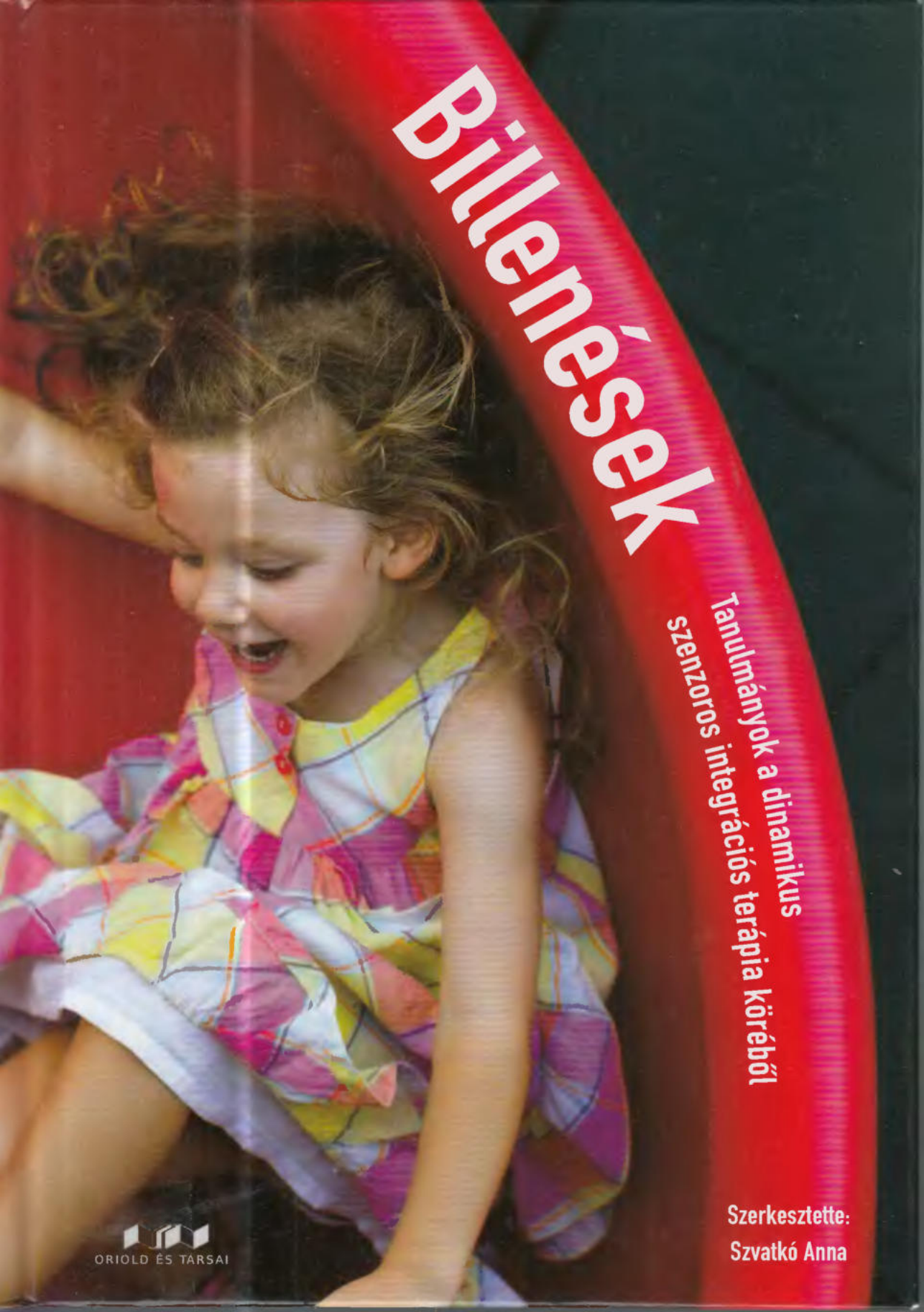


Billenések

Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből

Szerkesztette:
Szvatkó Anna

ORIOLD ÉS TÁRSAI

Tudunk-e lényeges összefüggéseket találni egyes afrikai törzsek gyermeknevelési szokásai és a fejlett világban felnövő gyerekek pszichológiai hiánybetegségei között? Mi történik az érzékelési élményekkel, ha megfosztódnak a mozgásrészüktől? Hogyan segítenek magukon a gyerekek, hogy minden káros civilizációs befolyás dacára megszervezzék saját magukat, még akkor is, ha ez megnehezíti a mindennapokat önmaguk és a környezet számára egyaránt? Hol nyújtanak segédkezet mindebben a kapcsolatok, melyek, ha léteznek, örök érvényű lehetőséget biztosítanak a támaszkereső, felfedező, magabízó emberpalántának?

Nyugtalanító kérdések ezek. A társadalomtudományokban éppen úgy, mint a természettudományokban számtalan elképzelés született az utóbbi időkben, amely utakat és egyben megoldási kísérleteket kínál a válaszhoz. Ebben a kötetben a dinamikus szenzoros integrációs terápia (röviden DSZIT) szemszögéből látunk rá erre a problematikára. Megismerkedhetünk olyan gyerekeknek szóló mozgásterápiás eljárásokkal, amelyek pszichoterápiás kiindulásúak, játékra épülők, a gyerekek önálló és felelősségteljes döntésein alapulnak. A felelősség és az önállóság pedig a saját test értelmes működtetésében rejlik: egyedül felmászni, ugrani, pörögni, lendülni, billegni egy olyan térben, melyet a gravitáció általános érvényű szabálya urál, nem csekély feladat, de egyben öröm, mely magában hordja a felemelkedést, kibontakozást.

Ezt a kötetet elsősorban gyermekekkel foglalkozó gyógypedagógusoknak, pszichológusoknak, óvodapedagógusoknak, tanítóknak, gyógytornászoknak, orvosoknak állítottuk össze, annak érdekében, hogy tudásukat bővítő és elmélyítő ismereteket nyújtsunk. Mindemellett célunk volt a gyermekségre, a gyermeki problémákra fogékony más szakemberek és az érdeklődő laikusok tájékoztatása, a szenzoros integrációs terápiák sajátos szemszögének megismertetése, és tágabb kontextusa fele orientálása.

Hazánkban negyedszázados múltja van már ennek a szelíd, korai érzékszervi ingerlésen alapuló gyógymódnak, amely nemcsak ingereken, behatásokon alapul, hanem elsősorban valaki mással megosztható testi-lelki tapasztalaton, élményeken. A szerzők erről a tapasztalati körről számolnak be, ennek elméleti keretét vázolják fel, és egyben kirándulni invitálják az elszánt olvasót egy vadregényes, színes világba, mindnyájunk egyedi, és ebből felépített közös valóságába. A világunkba.

9 786155 443367

Ára: 5500 Ft

BILLENÉSEK

TANULMÁNYOK A DINAMIKUS SZENZOROS INTEGRÁCIÓS TERÁPIA KÖRÉBŐL

szerkesztette:
Szvatkó Anna

II. Rákóczi Ferenc Megyei és Városi Könyvtár
201000910764X

M2

ORIOLD ÉS TÁRSAI
BUDAPEST, 2016

B 63

© Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft.
Minden jog fenntartva. A könyv bármilyen módon történő másolása, sokszorosítása a kiadó és a szerző írásbeli engedélyéhez kötött.

A könyv megjelenését a Nemzeti Kulturális Alap támogatta.

nka

896 063

II. Rákóczi Ferenc Könyvtár Miskolc

Szerkesztette: Szvatkó Anna

Nyomtatás: Érdi Rózsa Nyomda, Érd
Nyomdai előkészítés: Szekér Ella
A borító Szabó István munkája

ISBN 978-615-5443-36-7

Kiadja: Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft.
1155 Budapest, Szent korona útja 11. 1./4.
www.orioldbooks.com | info@orioldbooks.com

Megrendelhető a kiadó fenti elérhetőségein.

„A szenzoros integráció az érzékelések hasznos rendezése. Érzékszerveink informálnak bennünket testünk fizikai állapotáról és környezetünkről. Az érzékelés úgy fut az agyba, mint patak a tóba. Minden pillanatban megszámlálhatatlan egységnyi információ jut az agyunkba nemcsak a szemünkből és a fülünkből, de testünk minden részéből is."

Anna Jean Ayres

Tartalomjegyzék

A szerkesztő előszava 13

A mozgásos pszichoterápiák elméleti háttere

Szenzoros integráció a kulturális antropológia szemszögéből 21
H. Pozsár Beáta – Rózsa Sándor

Mozgásfejlődés a különböző kultúrákban 22
Tükörképek 22
Lendület 23
Korlátok 26
A vitatott mászás 27
Útelágazások 28
Kiteljesedés 30
A rejtélyes bölcső 31
Varázslatos kapcsolat 33
A beavatási rítusok 33
Transzállapotok és átváltozások 35
Összegzés 37
Irodalom 38

A „közös érzék" – Multimodalitás és interszubjektivitás filozófiai összefüggése .. 41
Vermes Katalin

A multimodalitás az újabb fenomenológiában 41
Az eredeti multimodalitás jelenségének visszaigazolása az újabb pszichológiai kutatásokban 47
A multimodalitás értelmezésének tágabb jelentősége a filozófiai hagyományban 52
Terápiás konzekvenciák 58
Irodalom 61

Szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása a korai lelki fejlődésben 63
Campos Jiménez Anna

Az Ayres-féle szenzoros integrációs terápia légkörének pszichoterápiás aspektusai 63
A DSZIT mozgásterápiás folyamatot megvilágító pszichológiai elméletek. Az anya-gyermek kapcsolat korai szakaszának fontossága 64
A korai fejlődés: szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása 77
Testképzetek, szavak előtti emlékezet 90
Következtetések a terápiás folyamatra 97
Irodalom 102

A korai szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő biológiai és pszichológiai szabályozás szenzoros integrációs aspektusai 105
Kökönyei Gyöngyi

Bevezetés ... 105
Pszichológiai fejlődés ... 109
Agyi fejlődés ... 114
Oxitocinrendszer ... 117
Összefoglalás ... 118
Irodalom ... 119

Az idői mintázódások jelentősége a dinamikus szenzoros integrációs terápiában ... 129
Varga Izabella

Bevezetés ... 129
Időképzetek, időszemléletek az emberiség történetében ... 131
Az idői mintázódások biológiai megközelítése ... 137
Mintázódás a magzati létben ... 147
A gyermek a nagyvilágban ... 154
Irodalom ... 173

Mozgásos pszichoterápiák gyerekeknél

Ölbeli játékok ... 183
Jakobi Nóra

Rövid történeti kitekintés ... 184
Az ölbeli játékok ... 186
Hordozás, elhelyezés ... 189
Pszichológiai szempontok ... 194
Irodalom ... 205

Játék a dinamikus szenzoros integrációs terápiában ... 209
Szvatkó Anna

Játék a szenzoros integrációs terápiákban ... 209
Életkorok és játék ... 215
A szenzoros feldolgozás zavaraival küzdő gyerekek játéka ... 216
A DSZIT-terápia játékfelfogása ... 218
Játékok a jelenben ... 220
Irodalom ... 223

Mozgás és tánc terápiás alkalmazása gyerekeknél ... 225
Jarovinszkij Vera – Kiss Tibor Cece

Mozgás- és táncterápia gyerekekkel ... 225
A gyermek mozgás-táncterápia jelene ... 235
A DSZIT és a gyermek-táncterápiák ... 257
Konklúzió ... 258
Irodalom ... 258

Hiperaktív gyermekek pszichomotoros terápiája – Ernst J. Kiphard és Jürgen Schindler gondolatai ... 263
Varga Izabella

Irodalom ... 274

A dinamikus szenzoros integrációs terápia és helye a pszichoterápiák és gyógypedagógiai terápiák világában

A szenzoros integrációs terápiák története, hazai evolúciója ... 277
Szvatkó Anna

A tanulási zavarok területe, mint a szenzoros integrációs terápia első színpada ... 277
Ayres és a szenzoros integrációs mozgalom ... 279
A szenzoros integrációs terápiák hatásvizsgálata és kritikája a szakirodalomban ... 281
Újabb fordulatok az Ayres-féle szenzoros integrációs terápia továbbfejlődésében ... 285
A szenzoros integrációs terápiák hazai története ... 288
Irodalom ... 295

Nondirektivitás a dinamikus szenzoros integrációs terápiában ... 299
Arató Domonkos – Duzsné Víg Zsuzsanna

Bevezetés ... 299
A nondirektivitás megjelenése a különböző diszciplínák szakirodalmában ... 299
Hogyan gondolkodik a DSZIT-terápia a nondirektivitásról? ... 307
Ami a nondirektivitásba belefér – intervenciós eszközök a DSZIT-terápiában 308
Befejezés ... 315
Irodalom ... 317

A diagnosztikus munka szemlélete és egyes elemei a dinamikus szenzoros integrációs terápiában ... 319
Arató Domonkos – Donauer Nándor – Szvatkó Anna

Hogyan gondolkodunk a diagnosztikus munkáról? ... 319
A diagnosztikus szakasz célkitűzései és feladatai ... 319
A diagnosztikus munka menete és eszközei ... 324
Diszfunkciók, diagnosztikus kategóriák ... 339
Diagnosztikus szemléletünk ... 343
Esetpélda ... 345
Irodalom ... 348

Egyes poszturális reflexek szerepe a kisiskolások viselkedéses és tanulási sajátosságaiban ... 353
Szvatkó Anna

A primitív reflexek fejlődése ... 353
Kitekintés: a szimmetria és aszimmetria néhány személyiséglélektani implikációja ... 360
A reflexek vizsgálatának módja ... 361
Korai reflexek vizsgálata kisiskolás csoportban ... 364
Irodalom ... 369

Gurgula – Dinamikus szenzoros integrációs terápiás foglalkozások fogyatékossággal élő fiatal felnőttekkel ... 373
Kunos Vera

Keretek ... 373

A legkorábbi kapcsolatok jellemzői, a korai perceptuális és kommunikációs fejlődés néhány aspektusa ... 375
Testorientált, nonverbális hangsúlyú terápiák, az önkifejező mozgás és az érintés gyógyító ereje ... 378
Játék ... 384
Összefoglalás ... 396
Irodalom ... 397

„Apait-anyait beleadtunk" – Közös szülő-gyerek csoport a dinamikus szenzoros integrációs terápia keretei között ... 399
Kocsor Judit – Molnár Magda

A csoport összeállítása ... 400
A gyermekek rövid jellemzése ... 400
Terápiás csoportunk sajátosságai ... 402
DSZIT-foglalkozásaink vázlata ... 403
Befejezés ... 407
Irodalom ... 408

A három kismalac iskolába készül – Nagycsoportos óvodások érésének elősegítése dinamikus szenzoros integrációs terápiás módszerrel ... 409
Bedő Ilona – Papp Tímea

Irodalom ... 415

Szellemvilágban – Egy örökbe fogadott gyermek terápiája a labirintusban ... 417
Bedő Ilona

Bevezető ... 417
Gergő története ... 418
Gergő terápiája ... 420
Tapasztalatok ... 423
Irodalom ... 425

Életünk, a hétköznapi

Úszni a búzaboldogságban ... 429
Jánó Annamária

Mintha világot csinálnék magamnak ... 433
Molnár Magda

Hintaló ... 433
Ablaktörlők, csapok ... 434
Síelés – a szenzoros integrációs nehézségek megmutatkozása a sípályán ... 435
A használható világ ... 438

„Léleknyitogató bolyongás" – A dinamikus szenzoros integrációs terápia szemlélete gyógypedagógusszemmel ... 441
Jánó Annamária – Ódorné Mátyássy Ágnes

A diploma nem elég – szakmai útkeresés, módszerválasztás ... 441
A gyógypedagógus terápiás identitásának formálódása – a tanulás, mint élmény ... 447

Identitás újszerű keretben ... 452
Összegzés ... 455
Irodalom ... 456

Fent és lent, fényben és sötétben – A fizikai környezet és a dinamikus szenzoros integrációs terápia kapcsolata ... 457
Bedő Ilona – Papp Tímea

A térről ... 457
A költözés ... 458
A sötétről ... 459
Terápiás helyszíneink ... 460
Esetvignetták és következtetések ... 461
Irodalom ... 464

Út a sötétben ... 465
Molnár Magda

Irodalom ... 470

Tapasztalataink túlmozgásos és autista gyerekekkel

Tartóhálót a semmibe – Az idegrendszer mintázódásának elősegítése a dinamikus szenzoros integrációs terápia során ... 473
Molnár Magda

Ritmus – Az autista gyermekek szenzoros integrációs terápiájának lehetőségéről és a ritmus terápiás jelentőségéről ... 485
Bedő Ilona

Irodalom ... 492

Esetvignetták

Születés az alagútban... – Egy öt és fél éves kisfiú játéka ... 497
Arató Domonkos

A játék ... 497
Pali története ... 498
A játék elemzése ... 501

Piroska eltévedt, avagy Lili, hol vagy? – Egy nem beszélő kislány terápiája ... 505
Bedő Ilona

A játék ... 505
Lili története ... 505
A terápiás folyamat ... 506
Záró gondolatok ... 509
Irodalom ... 510

A büdös sün – Egy nem beszélő kislány terápiája ... 511
Filep Hajnalka

A játék ... 511
Emma története ... 511

Emma további játékai 513
Az anya játéka 514
Az apa játéka 516
Összefoglalás – a terápia néhány jellemzője 517
Irodalom 518
Tarolás – Egy óvodás kisfiú játéka 519
KUNOS VERA
A játék 519
Dani története 519
További játékok 521
Kunyhóépítés, lezáró játék 522
Dani újra csoportban 522
A játék elemzése 523
Vadászat-gyűjtögetés – Egy nyolcéves kislány játéka 525
KUNOS VERA
A játék 525
A DSZIT-terápia kezdete 525
Reni története 526
További játékok 528
A játékok elemzése 529
Dühből öröm: „düröm" – Egy óvodás kisfiú harca az elvárásokkal 531
MOLNÁR MAGDA
Legény a talpán – Egy nyolcéves kisfiú terápiája 535
PAPP TÍMEA
A játék 535
A gyermek története 535
A játékok elemzése 539
Irodalom 542
Zuhanás a mélybe, repülés az égbe – Egy hatéves, magatartásproblámákkal küzdő gyermek játéka 543
ZAGYI LINDA
A játék 543
Ambrus története 544
A terápiás folyamat 545
Összefoglalás 546
Szakkifejezések jegyzéke 549
A kötet szerzői 555
Képmellékletek 56

A szerkesztő előszava

Örömmel ajánlom a reménybeli Olvasó figyelmébe ezt a kötetet, bizakodva abban, hogy sok olyan gondolatot, összefüggést, meglepetést talál benne, amely tudatosabbá teszi a gyermekek világához fűződő viszonyát, és saját elmúlt gyermekségét is könnyebben visszaidézi, mintha csak azzal a bizonyos teába mártott madeleine sütemménnyel találkozna, melyet a zajoktól és fényektől elzárkózó Proust hozott *Az eltűnt idő nyomában* című regénye által a köztudatba. A világ megragadása, megismerése érzékszerveink állandó működése és idegrendszerünk elemző munkája folytán lehetséges. Az érzékletekhez való többé-kevésbé kritikus viszonyunk azonban már a teljes psziché működésének eredménye, a furcsaság, az idegenség vagy a meghittség, a biztonságosság érzése pedig minden pillanatunkban a teljes életünk és kapcsolataink lenyomata is. Az érzékszervi benyomások tehát soha nem állnak magukban, objektivitásuk egyszerre evidens és mélyen kérdéses.

Colette egyik önéletrajzi feljegyzésében olvashatjuk a következőket: „Füléhez tapasztja a mogyorót és hallgatózik. »Dalol. Hu-huuu, azt mondja.« Hallgatja, a szája kissé nyitva, felvont szemöldöke a homlokába fésült hajához ér. Ahogy így mozdulatlanul figyel, mintegy a világtól elvonatkoztatva, szinte nincs is kora. [...] »Látom! Látom a dalt! Olyan vékony, mint egy hajszál, mint egy fűszál, olyan vékonyka!« [...] jövőre betölti a kilencedik évét. Nem szól többé ihletetten a felnőtteket zavarba ejtő igazságokról. Minden nap egyre jobban eltávolítja élénk, eszes és mindenkor bizalmatlan lényétől, amely olyan fölényesen lefitymálja a tapasztalatot, a jó tanácsot, a rutinos okoskodást. Jövőre visszajön ide, a bőrét megaranyozó fövenyhez, a sózott vajhoz és a habzó almaborhoz. Viszontlátja rozzant kunyhóját, és városi lába ismét felölti a természet adta kéregtalpat, amely a kovaköveken és a lekaszált barázdákon lassan megvastagodik. De lehetséges, hogy gyermeki érzékenységét már nem találja meg, sem azt a fölényes érzékelő képességet, amellyel illatot ízlelt a nyelve, színt tapint és látja – »olyan vékony, mint egy hajszál, mint egy fűszál, olyan vékonyka« – egy képzeletbeli dal vonalát" [1] Vajon megértjük-e a gyermeki ihletettség érzékszervi és mozgásos megnyilvánulásait, nem homályosítja-e el rutinos okoskodásunk? Vajon egy századdal később változik-e az ihletettség természete?

Ez a tanulmánygyűjtemény a dinamikus szenzoros integrációs terápiával foglalkozó szakmai műhely (röviden DSZIT Műhely) gondolkodásának tükre, közel negyedszázados tapasztalatból származik. E kötetben artikulálódik először a gyermekterápiák szenzoros integrációs szemléletű hazai praxisa, mely a nemzetközi irányzatok között is originális helyet foglal el. Az eredeti Ayres-féle eljárást a budapesti iskola hagyományai alapján újraértelmezve alakult ki a mára már sok területen jó hatásfokkal

1 Colette: *Édenek és börtönök*. Gondolat, Budapest, 1971.

alkalmazott mozgásos- kapcsolati megközelítés. A szerzőknek több évtizedes tapasztalata van a témában, a dinamikus szenzoros integrációs terápia gyakorlott művelői. A szerzők másik csoportjába azok tartoznak, akik határterületi tudományokban jártasak, és ebben a kötetben azokat az eredményeket foglalják össze, amelyek a tágabb kontextus megértéséhez segítik hozzá az olvasót, a szenzoros integrációs gondolatkör mélyebb filozófiai, pszichológiai és kulturális gyökereinek megismertetése által. A tanulmányok egymásutánisága tagadhatatlan színességet kölcsönöz a kötetnek, de ennél fontosabb célunknak tartjuk az eltérő szakmai látásmódok együtteséből adódó gazdagabb tartalom megvalósulását.

Kötetünk címének értelmezéséhez az egyik esettanulmányból idézünk: „...a *billenés* az integráció mellett a másik legfontosabb történés konkrétan és átvitt értelemben is a DSZIT-terápiában. Billenés a testiből a szellemibe, a szellemileg alsóbb szintről a magasabba, testiből, szellemiből érzelmibe, billenés a tudattalanba, s a tudatalattiból a tudatosba, billenés a magzati létbe, onnan a mába, a részlegesből az egészbe, a káoszból a rendbe." (Bedő Ilona)

A mozgásos pszichoterápiák elméleti hátterének ismertetésével indul a kötet. Amit a civilizáció elfeledtet velünk, az ősi tapasztalat eszünkbe idézi – H. Pozsár Beáta és Rózsa Sándor tanulmánya ezt a gondolatot mélyíti el a kulturális antropológia eszközeivel a bölcsők rejtélyeitől a transzállapotok megértéséig. Ha az ősi tapasztalatokat nem szorítjuk ki gondolkodásunkból, nem vágjuk el a régmúlthoz fűződő szálakat életünkben, olyan források közelébe kerülhetünk, amelyek nem egyértelműségükkel, leegyszerűsítésükkel hatnak ránk, sokkal inkább a napi rutint megkérdőjelező közvetlen erejükkel.

A következő, Vermes Katalin által írt tanulmány a dinamikus szenzoros integrációs terápia nevében is megfogalmazott célterületét, az érzékszervi integrációt vizsgálja meg a filozófia tudománya felől közelítve. Felhívja a figyelmünket a filozófiai érdeklődési területek (Arisztotelésztől a fenomenológiai irányzatig), az idegtudományok és a fejlődéspszichológiai felismerések (Stern, vitalitásaffektusok) között fellelhető összefüggésekre. Ezzel munkánkat mélyen meghatározó szempontokra mutat rá, gazdagítja a mozgásterápiák elméleti hátterét, ugyanakkor írásában gyakorlati konzekvenciákra is kitér.

Campos Jiménez Anna fejlődéslélektani, gyermek-pszichoterápiás munkájában az anya-gyermek kapcsolat korai szakaszának fontosságát elemzi mértékadó pszichoanalitikus munkák segítségével a szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódásának szemszögéből. A korai, beszéd előtti tapasztalatok jelentőségét, az énélmény alakulását az Ayres-féle szenzoros integrációs terápia szellemiségével párhuzamba állítva értelmezi.

A korai szülő-gyerek kapcsolat a témája Kökönyei Gyöngyi írásának is, azonban egy hazánkban a gyakorlati szakemberek által kevéssé ismert aspektusból, az extrém mértékű korai pszichoszociális depriváció hatását hosszmetszetben vizsgáló kutatás szempontjából. A romániai árvaházakból az 1990-es évek elején örökbe fogadott gyermekek fejlődését követték nyomon részben a depriváció pszichés működésre kifejtett hatásait azonosítva, másrészt ebben kihangsúlyozva az agyi fejlődésre hatást

gyakoroló közvetítő tényezőket, azokat, amelyek az egészséges, tipikus fejlődés esetén is szervező keretként szolgálnak.

Varga Izabella az idői mintázódás kérdéskörével foglalkozik kötetbeli első tanulmányában. A téma kultúrtörténeti, biológiai és fejlődéslélektani perspektíváinak elemzésével irányítja rá figyelmünket az idő megélésének jelentőségére a terápiás munkában. Az írás gondolati újdonsága egyebek mellett az, hogy összekapcsolja az emberléptékű terekre való igényünket – jelentsen ez bármilyen konkrét térelrendezést vagy térhasználatot – és a nem lineáris időélmény elvárására való jogosultságunkat. A tanulmány apropóját a szenzoros integrációs elmélet történeti jelentősége adja: a civilizáció adott pontján a folytonos előrehaladás irreális eszményképe vált általánossá, amelyet jól érzékelhetően egyre több gyermek nem tudott / nem tud teljesíteni, és a velük való munkában a törzsfejlődés ősibb szakaszaiban alapvető agytörzsi integráló mechanizmusok gyógyító lehetőségei kerültek előtérbe.

A következő fejezetben kissé szűkítjük témánk körét és a mozgásos pszichoterápiák megvalósulását vizsgáljuk meg a gyermekek esetében. Jakobi Nóra, rímelve az előző fejezetben tárgyalt agyfejlődési és lélektani törvényszerűségekre, az ölbeli játékok komplex hatását elemzi, melyből világossá válhat számunkra ennek a játékkörnek neuropszichológiailag is megragadható prevenciós jelentősége. Az ölbeli játékok szenzoros integrációs nézőpontból a korai fejlődés testi-lelki-kapcsolati táplálékát adják.

Szvatkó Anna írásában szintén a játék áll a középpontban, de a dinamikus szenzoros integrációs terápia konkrét nézőpontjából vizsgálva. Ebből a játékfelfogásból elemzi az egészséges csecsemők és kisgyermekek ma divatos „fejlesztését", a fejlesztőjátékok fogalmát és megvalósulását valamint korunk riasztó számítógépes játékinvázióját.

Jarovinszki Vera és Kiss Tibor Cece hiánypótló írása a mozgás és tánc gyermekek körében való terápiás alkalmazásáról szól. A történeti visszapillantás mellett nagy hangsúllyal jelenik meg a jelen: a kiemelkedő nemzetközi szerzők, mint például Suzi Tortora munkássága és a magyarországi irányzatok, gyakorlatok. A tanulmány segít abban is, hogy el tudjunk képzelni egy mozgás-táncterápiás alkalmat, az egyéni és csoportos foglalkozásokat különböző problematikájú gyermekeknél.

A gyermekekkel folytatott pszichomotoros terápiák körében Varga Izabella segítségével Ernst J. Kiphard és Jürgen Schindler hiperaktív gyerekek esetében alkalmazott eljárásaiból kaphatunk ízelítőt. Tudnunk kell, hogy a pszichomotoros keretek sok vonatkozásban rokoníthatók a szenzoros integrációs módszerrel, így ezek megismerése jótékonyan tágíthatja horizontunkat, és pontosabban azonosíthatjuk a hasonló vonások mellett az eltérőket is.

A harmadik fejezetben, továbbszűkítve a fókuszt, a dinamikus szenzoros integrációs terápiák helyét igyekszünk meghatározni a pszichoterápiák és a gyógypedagógiai terápiák között. Szvatkó Anna írásában a történeti szempontok mellett az eljárás hazai kialakulását, fejlődését, a kezdeti tapasztalatok jelentőségét ismerteti, hangsúlyozva a módszer kibontakozását segítő szakembercsoport együttműködésének, műhelymunkájának fontosságát.

Arató Domonkos és Duzsné Víg Zsuzsanna a dinamikus szenzoros integrációs terápia egyik legkényesebb pontját világítják meg tanulmányukban, a gyermekeknek szükséges szabadság és struktúraadás egyensúlyát a kezelés folyamatában. A nondirektivitás kérdését a társtudományokban való megjelenésének ismertetése mellett gyakorlati példákkal teszik jól érthetővé, továbbgondolhatóvá.

A dinamikus szenzoros integrációs terápiák diagnosztikus gondolkodásmódjáról tájékoztatnak írásukban Arató Domonkos, Donauer Nándor és Szvatkó Anna. A tájékozódástól az anamnézis felvételén át a szenzoros integrációs elmélet mai állásának megfelelő diagnosztikus kategóriákba sorolásig követhetjük nyomon a gyermekek nehézségeinek megismerési útvonalát – a strukturált megfigyelést, teszthasználatot is követve. A szerzők esetpéldával láttatják a folyamat megvalósulását.

A diagnosztikában az egyik fontos szempontsor a poszturális, testhelyzettel kapcsolatos ősi reflexek áttekintése, integráltságuk mértékének megítélése. Szvatkó Anna ezzel kapcsolatos saját kutatását ismerteti és helyezi a nemzetközi szakirodalom eredményeivel összefüggésben személyiséglélektani perspektívába.

Ezt követően a dinamikus szenzoros integrációs terápiák világába úgy kapunk betekintést, hogy az egyes tanulmányok különböző csoportokkal való foglalkozásokat ismertetnek, melyeket esetekkel gazdagon illusztrálnak.

Fogyatékossággal élő fiatal felnőtteknek vezetett mozgáscsoportokról számol be Kunos Vera. Hangsúlyozza, hogy a mozgásukban is gátolt, súlyos állapotú fiatalok számára milyen elementáris erejű a testorientált, önkifejezésre serkentő, az érintést is preferáló megközelítés.

Kocsor Judit és Molnár Magda írásában a közös szülő-gyermek csoport fejlődését, az egyes gyermekek alakulásának történetét követhetjük a dinamikus szenzoros integrációs terápia keretei között.

Nagycsoportos óvodások idegrendszeri érését és ezzel párhuzamosan társas képességeit fejleszti a mesés, kreatív, spontaneitásra épülő játéksorozat, amelyet Bedő Ilona és Papp Tímea iskola-előkészítő céllal alkalmaznak. Cikkükben megelevenedik az a biztonságot adó csoporthelyzet, amelyben fogócskáznak, bújócskáznak, ringatóznak a gyerekek, ahol saját maguk alkothatnak visszatérő játékokat, melyeknek mozgásos és fantáziarészét is átélhetik.

Egy egyéni terápia lebilincselő története a Bedő Ilona által közölt esettanulmány: egy örökbe fogadott kisfiú bontakozását követhetjük nyomon a dinamikus szenzoros integrációs terápia eszközei segítségével.

A negyedik fejezet a hétköznapoké. Tudjuk, hogy van egy szemüvegünk, melyet, ha magunkon viselünk, mindent egy kicsit másképp (is) látunk: ez a szenzoros integrációs elmélet „szemüvege". Jánó Annamária saját gyermekkori érzéseire ismert rá általa, Molnár Magda tárgyi környezetünket értette meg pontosabban a segítségével. Jánó Annamária és Ódorné Mátyássy Ágnes a gyógypedagógusok szakmai útkeresését elemezte ennek segítségével, főképpen a szenzoros integrációs képzés önismereti szakaszának visszajelzései alapján. Bedő Ilona és Papp Tímea a fizikai környezet és a dinamikus szenzoros integrációs terápia kapcsolatának egyes sajátosságaira figyeltek fel a terápiás helyiség kényszerű elköltözése miatt. Molnár Magda a sötétség használatának terápiás lehetőségeiről informál bennünket a sötéttel való játék korai élményekkel, szorongásokkal való kapcsolata révén, egy csoportos szenzoros integrációs terápiás folyamat vázlatos ismertetésével.

Az ötödik fejezetben a dinamikus szenzoros integrációs terápiával kezelt két leggyakrabban előforduló diagnosztikus képpel, a túlmozgásos és az autizmus spektrumba tartozó képekkel való munkáról adunk hírt Molnár Magda és Bedő Ilona tanulmányai segítségével.

Végül nyolc esetből közlünk lényeges részleteket, hogy élményszerűen elmélyítsük a dinamikus szenzoros integrációs terápia munkamódjának megértését.

A kötetet a szerzőkről szóló rövid bemutatás és szószedet zárja.

Köszönetet kell mondanom Ackermann Ritának a szövegekkel kapcsolatos türelmes és lelkiismeretes munkájáért, sőt első olvasónkként a lelkesültségéért, a gyerekeknek és szüleiknek a fotók és a rajzok megjelenéséhez való hozzájárulásukért, valamint a kiadó munkatársainak kitartásáért, mellyel munkánkat segítették.

Köszönet minden szerzőnknek a közös munka örömééért!

Budapest, 2016. május

Szvatkó Anna

896063

II. Rákóczi Ferenc Könyvtár Miskolc

A MOZGÁSOS PSZICHOTERÁPIÁK ELMÉLETI HÁTTERE

Szenzoros integráció a kulturális antropológia szemszögéből

H. Pozsár Beáta – Rózsa Sándor

Jelen tanulmányban néhány kultúrantropológiai párhuzamon keresztül szeretnénk szemléltetni a szenzoros integráció ősi, sok ezer éves technikáit. A különböző népcsoportok évszázadokon keresztül kikristályosodott hagyományait és rítusait megvizsgálva látni fogjuk a levegő és a föld harmóniáját megteremtő gravitációs játék misztikus, vagy éppen nagyon is racionális jelentőségét.

Az emberi viselkedés olyan átfogó, testi-lelki, valamint társas mezőben formálódik (bio-pszicho-szociális megközelítés), amelyben a kultúrának alapvető szerepe van. A teljes megértéshez vezető úton hasznos segítőtársunk lehet az évezredek óta felhalmozódott tapasztalatok és hagyományok felelevenítése.

Mindannyiunk előtt jól ismert, hogy a régi korok emberei milyen szoros harmóniában éltek a természettel. Joggal beszélhetünk korunk emberének természettől való elszigeteltségéről, személyes terének beszűküléséről, vagyis a természettel – a földdel és a levegővel – való kapcsolatának elszegényesedéséről. A korunk felgyorsult, deritualizálódott és elmítosztalanodott világában élő emberek egyre nagyobb szükségét érzik, hogy az elveszett kapcsolat egyensúlyát helyreállítsák. Úgy vélem, hogy a szenzoros integrációs terápia természetessége és nyitottsága lehetővé teszi, hogy az elszegényedett mozgásmintázatok fejlesztésével és a szerzett élmények szakrális jelentőségének megtapasztalásával egyike legyen azon eszközöknek, amely segíthet visszaállítani e megbomlott harmóniát.

A terápiás beavatkozás pszichofiziológiai hatásmechanizmusa meglehetősen jól dokumentált, a kultúrantropológiai nézőpont azonban segítségünkre lehet abban, hogy a terápiát alkotó mozgásmintázatok archaikus jellegéből fakadó élmények hatásmechanizmusát jobban megérthessük. A következőkben a szenzoros integrációs terápia és a kulturális antropológia három lehetséges kapcsolódási pontját fogjuk áttekinteni:

- Elsőként a mozgásfejlődés azon kulturális aspektusait vizsgáljuk, amelyek a születéssel, a csecsemők elhelyezésével és gondozásával kapcsolatos hagyományokat érintik.
- Ezt követően a gyermeki létből a felnőtté válás folyamatát fogjuk áttekinteni, kiemelve a beavatási rítusok jelentőségét.
- Végül néhány analógiát láthatunk a szenzoros integráció és a különböző társadalmi és törzsi ünnepek, illetve transzállapotok kapcsolatára.

| Mozgásfejlődés a különböző kultúrákban

A kulturális antropológia olyan tükröt tart a nyugati társadalmak elé, melyben megpillanthatják önmagukat egy másik – hagyományosan egy távoli –, törzsi-társadalmi alapon nyugvó kultúra szemszögéből. Minél nagyobb a kontraszt, annál élesebben válik láthatóvá, mi az, amit az ipari társadalmakban természetesnek élnek meg – hisz ebben szocializálódtak –, mégis megkérdőjelezhető. Néhány klasszikust említve Bronisław Malinowski a Trobriand-szigeteken, Margaret Mead a mikronéz szigetvilágban végzett terepmunkát, a magyar kutatók közül Róheim Géza Ausztráliában, Boglár Lajos Dél-Amerikában járt az őslakosok közt. A kutatók részletes megfigyelésekkel és pontos leírásokkal segítettek képet alkotni a különböző társadalmi-kulturális környezetben élő népek, népcsoportok életéről. Módszerük a „résztvevő megfigyelés": hosszabb időre beköltöznek egy adott népcsoporthoz, részt vesznek a mindennapjaikban és az ünnepeiken egyaránt. Az adatközlők segítségével tárják fel a látottak jelentését és tapasztalataikat rendszerbe szervezik. A tudományos igényű megfigyelések a kultúrközi kutatások alapját képezik, amelyek kiegészülnek az összehasonlítás módszertanával. Ugyanúgy, mint a kísérleteknél, olyan csoportokat hasonlítanak össze, amelyeknél a lényeges változók megegyeznek, csupán egy fő szempontból különböznek. Így vonhatnak le következtetéseket az adott különbség hatásáról. A csecsemők mozgásfejlődése a kultúrközi kutatások kedvelt témája. A természeti és a szociális környezet hatása ezen a területen jól megragadható, gyakran hetekben, hónapokban mérhető.

A dinamikus szenzoros integrációs terápia (DSZIT) szempontjából is kiemelt jelentőségű a gyermekek mozgásfejlődése. A fejlődés menete, mintázata fontos információval szolgál az idegrendszer érésének folyamatáról, az elakadásokról vagy épp a felgyorsulásokról. A mozgásos tapasztalatok a személyiség kialakulásának alapját is képezik.[1] A terápia ebben a vonatkozásban is támaszkodik a mozgásfejlődés anamnesztikus adataira, illetve alkalmazza, mint korrekciós lehetőséget.

A kultúrközi összehasonlító vizsgálatok eredményeinek megismerése egy szélesebb perspektívát kínálva gazdagíthatja szemléletünket, s amint látni fogjuk, több ponton közvetlenül kapcsolódik a DSZIT-terápia gyakorlatához.

| Tükörképek

James Peoples és Garrick Bailey nyomán pillantsunk be két különböző afrikai törzs életébe (Peoples, Bailey 2012), s máris nyilvánvalóvá válik, milyen erőteljesen hat a fizikai és a társadalmi-kulturális környezet a mindennapokra, beleértve a gyermeknevelési szokásokat is.

Az aka törzs a közép-afrikai esőerdőben vadászó-gyűjtögető életmódot folytat. Huszonöt-harminc fős csoportokban vándorolnak, többségükben rokonok. A csecsemő

1 Erről bővebben lásd e kötetben Campos Jiménez Anna *Szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása a korai lelki fejlődésben* című írását.

az idő nagy részét közvetlen fizikai kapcsolatban tölti: gyakran az anyára kötözve, de az apa is bevonódik – fizikai és érzelmi síkon egyaránt – a gyermeknevelésbe: a négy hónapnál fiatalabb csecsemő az idő egyötödében az apával van, s erős kötődés alakul ki közöttük. A közösség tagjai is kiveszik a részüket a csecsemő ellátásából: a gyermeknek számos gondozója van. Ha sír, azonnal reagálnak rá, és akkor szopik, amikor szeretne (általában három-négy éves koráig, vagy a kistestvér születéséig tart a szoptatás). A szülőkkel együtt alszik. Az aka apa igen engedékeny, a testi fenyítés nem jellemző rá. A gyermek, ha már a saját ritmusában, fejlődését nem sürgetve megtanult járni és beszélni, akkor kisebb feladatokra kérik meg: sepregetés, tűzifa gyűjtése, vízhozás..., de tiszteletben tartják az autonómiáját. Az aka törzsre jellemző az értékek megosztása, s kerülik a versengést.

A gusii törzs Kenyában él, állattartó-földműves társadalomban. Jellemző náluk a többnejűség: a feleségek a saját leszármazottaikkal laknak együtt félig független háztartásban, esetleg a feleségek megosztják a munkát maguk között. A lányok tizenévesen mennek férjhez, s törekednek a sok gyermekre (általában nyolc-kilenc gyermek van egy családban), mert magas a gyermekhalandóság, valamint kell a dolgos kéz a földeken. A fiatal férfiak feladata a marhák védelme: aki nem képes harcolni, azt gyengének gondolják, és ismételt támadások érik a marhacsordáját a többi gusii vagy más törzsek irányából. Az apák megpróbálják gyarapítani a csordát, hogy a fiaiknak megfelelő örökséget, a lányaiknak elegendő hozományt tudjanak adni. Igyekeznek előnyös szövetségeket kötni a család boldogulása és védelme érdekében – ami időigényes, így a családi életben kevésbé tudnak részt venni.

Látható, hogy mindkét törzsben a társadalmi-kulturális értékeknek megfelelően egészen különböző gyermekgondozási szokások alakultak ki. Eltérnek abban is, hogy milyen viselkedési formákat támogatnak, s tartanak kívánatosnak. Mégis, mindkét törzsbeli szülők törekednek a gyermekeiknek a legjobbat adni: a személyes vagyonnal nem rendelkező akák a jelenlétet, és a közös időt, a gusiik a társadalmi sikerességhez szükséges feltételek megteremtését. A nyugati társadalmakban is ismerős, milyen nehéz az egyensúlyt megteremteni, ha „elég jó" szülők akarunk lenni.

| Lendület

A gyermekgondozási szokások és szülői elvárások aligha tudják befolyásolni az olyan biológiailag meghatározott, az idegrendszer érése által irányított folyamatot, mint a mozgásfejlődés – gondolták régebben. A leggyakrabban felhozott példa, amivel ezt alátámasztották, az ugandai csecsemők és újszülöttek megfigyelésének eredménye volt. Marcelle Geber (Geber 1958, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010) vizsgálati eredményei szerint jelentős különbség figyelhető meg az ugandai és az amerikai újszülöttek között: az afrikai babák tökéletes fejkontrollal rendelkeznek, s a végtagjaikat is teljesen ki tudják nyújtani, míg amerikai kortársaik feje inkább lóg, végtagjaik be vannak hajlítva. A további mozgásfejlődés során is megmutatkozott az ugandai csecsemők előnye, amint az a következő táblázatból kiolvasható.

1. táblázat. *Az afrikai és amerikai gyerekek mozgásfejlődésének összehasonlítása*

	Uganda	Amerikai Egyesült Államok
egyedül ül	4 hónap	6 hónap
feláll	7 hónap	11 hónap
önállóan jár	10 hónap	11,7–12,5 hónap
fut	14 hónap	18 hónap

Leginkább az újszülöttek eredményeiben látták igazolódni a genetikai meghatározottságot. Azonban több kutató kétségét fejezte ki ezzel kapcsolatban, főképp a módszertan gyenge pontjai miatt: például azért, mert az újszülöttek kora kvalitatívan volt megadva. A későbbi kutatások eredményei nem támasztották alá egyértelműen a két csoport közötti különbséget: a Berry Brazelton által 1973-ban kifejlesztett újszülöttskálával (Brazelton Neonatal Assessment Scale) vizsgálva a zambiai újszülöttek elmaradtak a nyugati normáktól (Brazelton, Koslowski, Tronick 1976, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010), az ugandai és az európai újszülöttek összevetése során pedig nem mutatkozott szignifikáns különbség (Warren, Parkin 1974, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010). A kenyai újszülötteknél az izomtónusban mutatkozott minőségi különbség, ezért ezzel a szemponttal is kiegészítették a Brazelton-skálát, hogy adekvátabban tudja leírni a mozgást (Keefer, Tronick, Dixon, Brazelton 1982, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010).

A környezet hatására hívta fel a figyelmet az a tény is, hogy olyan készségekben mutatkozott előny az afrikai csecsemőknél, melyeket a gyermeknevelési szokások ösztönöztek, és ez az előny eltűnt, amint a kontextus változott, s a gyakorlás megszűnt.

Brian Hopkins és Tamme Westra kutatása ezt a jelenséget próbálta megragadni: Jamaikából Angliába bevándorolt családokat figyeltek meg, s összehasonlították azokat, akik megtartották az afrikai gyermeknevelési szokásaikat azokkal, akik asszimilálódtak, s inkább „nyugati stílust" vettek fel. Eredményeik szerint az előbbi csoportban élő csecsemőknél egy hónaposan erőteljesebb volt a fejtartás, az önálló ülés és a járás pedig hamarabb jelent meg a mozgásfejlődésükben, mint az utóbbi csoport családjaiban élő kortársaiknál (Hopkins, Westra 1988).

Érdekes módon azon mozgások, amelyet kulturálisan nem értékelnek Afrikában, s így nem is gyakoroltatnak – mint például a gurulás – az amerikai csecsemőknél hamarabb jelentkezett, mint az afrikaiaknál (Bukatko, Daehler 2012).

Hogyan néznek ki azok a gyermeknevelési szokások, amelyek ilyen előnyt biztosítanak? Ez a kérdés számos kutatóban felmerült, s az egyik leginkább vizsgált területté vált. Abban egyetértenek a szakemberek, hogy a gyakorlásnak fontos szerepe van a mozgás fejlődésében. Amíg a nyugati társadalmakban a gyermekgondozás számos területe különböző foglalkozás formájában intézményesült, s ezáltal az otthon falain kívülre került (pl. babamasszázs, énekes-zenés foglalkozások, babaúszás, játszóház),

addig az afrikai és a keleti kultúrákban az alábbi gyakorlatok a mindennapok részét képezik, s ezáltal sokkal hatékonyabbak.

Szembetűnő a különbség például abban, ahogyan a csecsemőket fürdetik a nyugati társadalmakban, illetve Afrikában. Természetesen, ez összefüggésben van azzal, hogyan tekintenek a csecsemőkre az anyák, milyen elképzelésük és elvárásuk van a képességeiket illetően. Amerikában és Európában úgy kezelik a csecsemőt, mint egy „hímes tojást": fürdetéskor fejét alulról megtámasztva, fekvő pozícióba helyezik, majd a fürdés befejeztével puha törölközőbe bugyolálják. Maliban a bambra törzs anyái egyik hónaljuknál fogva, ülő pozícióban fürdetik csemetéiket, durva szivaccsal megmossák, majd a fürdés végeztével lerázzák róla a vizet (Bril 1988, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010).

Gyakran emlegetett példa az indiai és a karib térségbeli szülők gyermekgondozási szokása is, ahol a masszázs és a nyújtás beletartozik a mindennapi rutinba. A fürdetés részét képezi, hogy a csecsemő végtagjait passzívan kimozgatják, nyújtják, a bőrét dörzsölgetik és bekenik olajjal. Húzzák a végtagokat, az ujjakat, a lábfejet és a pénisszt. A fejet és a bébi arcát is megmasszírozzák. A gyermek testét rázzák, lógatják, dobálják, bokájánál fogva megpörgetik, ízületeit megropogtatják. Az anya vagy a nagymama felhajtja a csecsemő lábait a homlokához, kezeit keresztezi a hátánál, mind a négy végtagját keresztezi egymással, végül a gyermek úgy néz ki, mint egy labda. A fürdés végén általában bepólyálják a babát. Ezek a mozdulatok erősen ritualizáltak, de az anya szabályozza a beavatkozás erejét és intenzitását a csecsemő igényeinek megfelelően (Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010).

Jól látható, hogy a természeti népek gyakorlata olyan ősi szabályozórendszereket érint, mint a taktilis és a vesztibuláris rendszer, melyek a dinamikus szenzoros integrációs terápiában is kiemelt jelentőségűek.

Afrikában és a karib térségben jellegzetes szavak figyelhetők meg, melyek a gyermekek sajátos tanítására, gyakoroltatására utalnak. Az önálló ülés és járás megjelenését elősegítő gyakorlatok közül elterjedt az, amikor a csecsemőt ülő pozícióban az anya az ölében tartja, s közben a derekát megtámasztja. Gyakran egy földbe vájt lyukba ültetik a csecsemőt – három hónapos korától kezdve. A lyukat kényelmesen kibélelik anyagokkal és párnákkal, hogy tartsa a gyermek derekát és hátát (Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010). A csecsemőket itt jóval többet tartják vertikális pozícióban, mint nyugati kortársaikat, akik a nap nagyobb részében horizontálisan, fekvő pozícióban vannak.

A járás előmozdítását úgy érik el, hogy a csecsemőt a szülő az ölébe állítja és erőteljesen „höcögteti". A gyermek erre gyakran úgy válaszol, hogy fellépked a felnőtt testén. Amikor már meg tudja tartani a saját súlyát, a szülő egy székhez támasztja, fogja a kezét, és bátorítja a járásra. Jamaikában feljegyezték azt is, hogy ha egyéves korára nem tanul meg járni a gyermek, akkor leviszik a partra, térdig betemetik a homokba, s a közeledő hullám látványa gyorsan járásra készteti őt (Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010).

A gyakoroltatásnak kulturális hajtóereje is lehet: Ugandában például az ülés megjelenése fontos, mert a szociális viselkedés egyik kifejező formája (különböző helyze-

tekben más és más ülési pozíció van előírva), valamint előfeltétele egy sajátos névadási ceremóniának is (Ainsworth 1967).

S ahogyan a gyakoroltatás előmozdítja a mozgásfejlődést, úgy az is megfigyelhető, hogy a hiánya hogyan hátráltatja azt.

| Korlátok

Az élet adta a deprivációs kísérleti helyzetet: a harmincas évektől kezdve sorra jelentek meg beszámolók az árvaházban nevelkedett csecsemők motoros fejlődésének drámai elmaradásáról.

Wayne Dennis és Pergrouhi Najarian a libanoni árvaházban végzett vizsgálatot. Az újszülötteket itt bepólyálva bölcsőkben helyezték el. A bölcsők közt nagy drapériák feszültek, melyek megvonták a csecsemőtől a vizuális ingereket. A gondozók csak röviden, egy-egy pelenkázás idejére vették ölbe a gyermekeket, az etetést is az ágyban, párnával megtámasztva oldották meg. Az idősebb csecsemők számára kevés hely volt mozogni, valamint korlátozott volt a játéklehetőség is. A 3–12 hónapos árvák átlagosan 63 pontot értek el a Cattel-skálán, míg amerikai kortársaik átlaga 101 pont volt (Dennis, Najarian 1957, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010). Hasonló körülmények között, az iráni árvaházban azt jegyezték fel, hogy a háromévesek-nek csak a 15%-a tudott járni (Dennis 1960, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010). Beszámolók szerint azonban már az olyan apró beavatkozások, mint a bölcső megemelése és néhány színes játék megjelenése is jelentős változást hozott az árvák fejlődésében (Sayegh, Dennis 1965, idézi Rathus 2013).

Kína egyes vidékein, ahol kevés a víz – a pelenka megóvása céljából – elterjedt a „homokszatyor". Ez egy kis szatyor az alján homokkal kitömve, s ebben töltik a csecsemők hanyatt fekve a napjaik nagy részét (a 12–24 hónapos gyermekek több mint napi 16 órát), csak a kezük tud rendesen mozogni. A homokszatyorban lévő gyermekeknél az ülés és a járás megjelenése jóval későbbre datálódik ugyanezen régió pelenkás gyermekeihez képest (Mei 1994, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010).

Számos helyen a csecsemők biztonsága érdekében korlátozzák a szabad mozgást: Kenyában például azért nem bátorítják az önálló mozgást, mert a csecsemő számos veszéllyel találkozhat, így félnek, hogy az egy-két éves gyermek könnyen megsérülhet, lebénulhat, főképp, ha belemegy a tűzbe (Ishak, Tamis-LeMonda, Adolph 2007, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010).

A vándorló népek életében szintén fontos volt a csecsemők elhelyezése, s ez együtt járt a gyermekek mozgásának korlátozásával. Az észak-amerikai indiánok gyermekhordozójától a szibériai népek bölcsőjén át az igencsak elterjedt babahordozó kendőig[2] számos eszköz szolgálta a gyermek védelmét és egyben megszabta mozgásterét is.

A mozgás korlátozásának hátterében különböző hiedelmek is szerepelhettek, például a mászást nem bátorították a balinéz anyák, mert nem tartották elég „emberinek" – ez a fajta mozgás inkább állatiasnak tűnt számukra (Mead, McGregor 1951).

2 Lásd még e kötetben Jakobi Nóra *Ölbeli játékok* című írását.

| A vitatott mászás

A mászással kapcsolatban nagyon sok hiedelem és egymásnak ellentmondó adat látott napvilágot. A gyermekek mozgásfejlődésében univerzálisnak tekinthető, s kultúrától függetlenül megfigyelhető a fogás (megragadás-elengedés), az ülés és a járás megjelenése. Ugyanez nem mondható el a mászásról. August Trettien (Trettien 1900, idézi Bornstein, Lamb 2011) több mint száz évvel ezelőtt amerikai anyákat kérdezett meg gyermekeik mozgásfejlődéséről. A beszámolók szerint a csecsemőknek csak a 42%-a mászott, a többiek húzták magukat a földön, kúsztak, vagy „kukacmozgással" haladtak előre. A gyermekek körülbelül 30%-a ülő pozícióban változtatott helyet: a fenekén csúszva, lábbal hajtva magát. Megint mások a hátukon közlekedtek, melyről a fej hátsó részén levő kopasz folt is árulkodott. Láthatjuk, hogy a helyváltoztatásnak számos módja van, s a fekvő pozícióból a felegyenesedett járásig különböző utakon lehet eljutni. Ki is próbálhatjuk, hányféleképpen tudunk felállni a földről! Nem csoda, hogy akkoriban a mászás kevésbé volt népszerű, hiszen a csecsemők hosszú ruhája akadályozta is azt.

David Tracer a Pápua Új-Guineában élő, vadászó-gyűjtögető életmódot folytató au törzsnél vizsgálta a mászás alakulását. 113 anya-gyermek kapcsolatot követett nyomon, s megfigyelése szerint 12 hónapos korukig a csecsemők az idő 86%-ában kézben voltak. Ha le is tették őket, akkor is inkább ülő pozícióba, s ennek megfelelően az au babák kihagyták a mászást, inkább a fenekükön hajtották magukat előre (Tracer 2009, idézi Wong 2009).

A kutatások szintén a gyermeknevelési szokások szerepére hívták fel a figyelmet: amíg Ugandában a teso törzs anyái tanítják a mászást gyermekeiknek, addig a kenyai kiprigis törzsben nincs lehetősége mászni a csecsemőnek (Super 1976). A teso babáknál átlagosan 5,5 hónaposan megjelenik a mászás, míg a kiprigisek általában kihagyják ezt a mozgásformát.

A mászást nem támogató nevelés hátterében különböző okok és hiedelmek állhatnak. Hopkins és Westra megfigyelése szerint a karib térség törzsei – a balinéz anyák már említett felfogásához hasonlóan – azért nem nézik jó szemmel a mászást, mert túlságosan állatias, „nem emberhez méltó" (Hopkins, Westra 1988).

Amint már említettük, a mozgás és így a mászás korlátozásának védelmi szerepe is lehet: ne menjen a tűzbe a gyermek, vagy a kígyóktól, rovaroktól óvják, továbbá szintén fontos szempont a betegségek megelőzése. Kate Wong egy Bangladesben végzett vizsgálatot idéz, mely szerint a mászó gyermekek közül szignifikánsan többen kapták el a hasmenést, mint a nem mászó gyermekek közül. Az ölben hordozás tehát csökkentette a földről származó megbetegedés lehetőségét. Wong azt is felvetette, hogy a mászás talán egy „újkeletű találmány", mely a higiénikusabb padlók elterjedésével vált lehetővé az utóbbi századokban (Wong 2009). Ez azonban nem valószínű, hiszen már az ókori görög dráma, Szophoklész *Oidipusz király*a (i. e. V. század) is utal a mászásra, a Szfinx talányában.

A nyugati társadalmakban a mászást fontos mérföldkőnek tartják a járás felé vezető úton. Megfigyelések szerint még az amerikai csecsemők között is van különbség aszerint, hogy hason vagy háton szokott-e lenni a csecsemő – az előbbieknél ugyanis

hamarabb jelenik meg a mászás (Pin, Eldridge, Galea 2007, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010).

A mászás gyakran kimarad, vagy a mozgásfejlődésben máskor jelenik meg az egészséges gyermekek között is a normákhoz képest. Mit nevezünk egészségesnek és hogyan állapítjuk meg a normákat? – ez egy újabb terület, ahol tetten érhető a szociokulturális hatás.

Útelágazások

A *normál fejlődés* a gyermekekkel (és felnőttekkel) foglalkozó szakemberek munkájának alapvető fogalmai közé tartozik: ehhez viszonyítva állapítható meg elakadás, zavar, patológia, ez segít a terápiás indikáció megfogalmazásában, a terápiás terv elkészítésében, a cél kitűzésében. Minden korban az adott társadalmi konszenzusnak megfelelően újra és újra – kimondatlanul is – megfogalmazódott és körvonalazódott, mi tekinthető normálisnak. A tesztek épp e közmegegyezést igyekeztek kvantifikálni, mérhetővé tenni.

Az 1900-as évek elején felmerült az igény, hogy az intelligencia méréséhez hasonlóan – lásd Alfred Binet munkásságát (Binet 1903) – a mozgás fejlődésének normáit is meghatározzák, hogy ezáltal mérhetővé váljon. A korszellemnek megfelelően úgy vélték, hogy a mozgás fejlettsége az idegrendszer biológiai érettségét mutatja meg.

Arnold Gesell nagyon sokat tett a mozgásfejlődés normáinak megismertetéséért és népszerűsítéséért. Filmekkel illusztrálta az adott életkorban elvárható mozgásformákat – a képeken azonban fehér háttér előtt, a szociokulturális környezetből kiragadott, amerikai középosztálybeli csecsemő volt látható (Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010). Az 1928-ban megjelent, nevével fémjelzett mozgásfejlődési skála sokat lendített a tudományos munkán: egy a gyakorlatban jól használható mérőskálát adott a szakemberek kezébe. Módszertani hiányossága azonban, hogy nagyon kicsi és homogén mintán (ötvenegy Észak-Európából származó, középosztálybeli amerikai csecsemőn) sztenderdizálta a tesztjét. Az a felfogás, amely a skála mögött meghúzódott – miszerint a csecsemő a fejlődése során meghatározott lépcsőfokokon halad adott sorrendben – igencsak behatárolta a normális fejlődésről való gondolkodást. Eszerint nem lehet kihagyni vagy átugrani lépcsőfokokat, s feltételezte, hogy egy adott fejlettség elérése magában foglalja a korábbi fázisok sikeres teljesítését. A Gesell-skála inspirálta később Nancy Bayley munkásságát is.

A mozgásfejlődés számszerűsítésének lehetősége pedig a kultúrközi összehasonlító vizsgálatok áradatát indította el. A kutatók igyekeztek megragadni különböző népeknél a fejlődési mérföldköveket, s a vizsgálatok nagy része a mérőeszköz adott kultúrában történő sztenderdizálására vonatkozott. Az összehasonlító vizsgálatok visszahatottak a mérés metodológiájára is: egyrészt finomították a vizsgálati eszközöket, másrészt az eredmények értelmezésébe a biológiai érettség mellé olyan szempontok is bekerültek, mint az anya-gyermek kapcsolat, az anyai elvárás és más, a szociokulturális környezetből fakadó hatások.

Az intelligenciavizsgálati eljárások hasonló utat jártak be: a nyugati társadalom középosztálybeli normáitól indultak, majd más kultúrákkal találkozva szembesültek saját korlátaikkal, prekoncepcióikkal, valamint a különböző kultúrákban használatos eltérő intelligenciafogalommal. Amíg a nyugati kultúrákban az intelligencia alatt leginkább „a racionális gondolkodás képességét, a helyes logikán alapuló döntéseket értik [...], keleti és az afrikai kultúrákban ezzel szemben sokkal inkább a társas kapcsolatok sikeres fenntartását és a csoporttársakkal való eredményes együttműködést jelenti" (Molnár 2007).

Talán éppen a mászás volt az egyik legjelentősebb „szálka" a kutatók szemében, és sarkallta őket a továbbgondolásra. A mászás kimaradása – amint láthattuk sok törzsi társadalom szokásaiban – önmagában még nem jelent patológiás mozgásfejlődést, de hatással lehet a későbbi mozgáskoordinációra.

Feljegyeztek egy beszélgetést, amely Margaret Mead, a neves antropológus és Moshé Feldenkrais, a híres mozgásterapeuta első találkozásakor hangzott el valamikor, az 1970-es évek vége felé:

Mead: „Ha maga olyan nagy szakértője a mozgásnak, akkor magyarázza meg nekem, hogyan lehetséges az, hogy egy törzs, amely elképesztően sokoldalú, és gyönyörűen táncol, nem tudja kivitelezni azt, hogy a kezeit keresztezve ütögeti a térdét a tánc vagy a mozgásrepertoár részeként."

Feldenkrais így válaszolt: „Azt gondolom, két lehetőség van. Az egyik az, hogy az ön megfigyelése nem elég pontos. A másik az, hogy csecsemőként nem másztak eleget."

S valóban, az említett balinéz törzsnél az anyák ölben hordozzák gyermekeiket, amíg elég erősek nem lesznek ahhoz, hogy elbírják saját súlyukat – akkor pedig a járás elkezdését bátorítják (Feldenkrais 1978).

A mászás talán éppen azért jelentős szakasz a csecsemők fejlődésében, mert – a járás mellett – a leginkább összetett helyváltoztató mozgás. A gravitáció ellenében a saját súly megtartásán kívül a négy végtag szimultán egyensúlyozását és összehangolását igényli. Megjelenik az alternáló mozgás, tehát az ellenoldali kezek és lábak ellentétes irányba mozdulnak el. A fej tartása, kiemelése szükséges a szem-kéz koordináció megvalósításához. Nem utolsó szempontként azt is számításba kell venni, hogy a mászással jelentősen növelhető a mozgás sebessége, ami a feldolgozási folyamatok gyorsulását vonja maga után. A mozgás paradoxonja, hogy épp a mozgásos tapasztalat által fejlődik.

A mászás szükségességét először talán leginkább Carl Delacato hangsúlyozta (Delacato 1963; Delacato 1970). Ő a nyelvi problémával küzdő gyermekek vizsgálata közben figyelt fel arra a jelenségre, hogy sokuknál kimaradt vagy nagyon rövid ideig tartott a mászás. Elmélete szerint, amíg a gyermeket nem hagyják elég ideig kúszni-mászni, addig akadályozzák az idegrendszer fejlődését, hiszen ez a mozgásforma segíti hozzá a csecsemőt az egyik keze és az ellenoldali térde koordinálásához, valamint a két szem együttes használatának megtanulásához. Az idegrendszer fejlődésében fontos szempont a két félteke közti kommunikáció. A gyermekeknél kétéves kortól kezd kialakulni az oldaliság, tehát valamelyik szem, kéz, láb domináns lesz. Ha a dominancia nem alakul ki, akkor az agy hiányosan szerveződik, s ez mutatkozik meg az olvasásban és más nyelvi problémákban (Stevens 1974).

Delacato és Glenn Doman kultúrközi vizsgálatot folytatott az elmélet alátámasztására Afrikában és Brazíliában. Elmentek az amazóniai dzsungel kőkorszaki módon élő kingu, caraja és kalapalo törzseihez – akik még fémeszközt sem használtak –, s kutatásaikról így számoltak be: „Mindenfelé kerestük a kisbabákat a földön, de egyet sem találtunk. Minden faluban felajánlottuk, hogy fizetünk az anyáknak, ha leteszik a 18 hónapnál nem idősebb gyereküket a földre, de ők visszautasították azt." Ezeknél a csoportoknál azt figyelték meg, hogy nehézséget jelent a csecsemők számára a két szem egyidejű használata, „borzasztóan ügyetlen" volt a kúszásuk, és csak kevesekné alakult ki az oldaliság. Bár a törzsbéli gyerekek megtanulták, hogyan kell lelőni a madarakat, íjjal és nyíllal halat fogni a víz alatt, vagy fát aprítani, de a tesztekben éppoly gyengén szerepeltek, mint az olvasási problémával küzdő amerikai kortársaik. Delacato fontos megállapítása, hogy a kúszás-mászás kihagyásával az idegrendszeri fejlettség kapacitása nem teljeskörű, s ez épp a szimbólumokkal való bánásmódban kerül napvilágra: amilyen az írás és az olvasás (Hayakawa 1972).

A kanadai gyerekek és az ottani bennszülött gyerekek összehasonlító vizsgálata is azt mutatta, hogy amíg a nagymotoros képességek terén az őslakosok csoportja előnyben van, s hamarabb jelenek meg a mozgásfejlődési állomások ezen csecsemőknél, később mégis a nyelvi területen hátrányba kerülnek, s az iskolai teljesítményük is általában elmarad a nem bennszülött gyermekekétől (Findlay, Kohen, Miller 2014).

| Kiteljesedés

Az au csecsemők nem másznak, s ez közrejátszik abban, hogy a Bayley-féle mozgásfejlődési skálák (Bayley Scales of Infant Development) horizontális tesztjeiben a nyugati kultúrák gyermekeihez képest gyengébb eredményt érnek el. A vertikális pozíciókban viszont nagyon jók (Tracer 2009, idézi Wong 2009).

Ez alapján joggal merül fel a kérdés, hogy a szociokulturális környezet megerősítő hatása hogyan jelenik meg a későbbiekben.

Amíg a nyugati kultúrákban a tanulás leginkább kognitív szinten zajlik, és főképp ismeretek elsajátítását jelenti, addig a törzsi társadalmakban az ismeretek mellett hangsúlyos a különböző készségek megtanulása is. Ezt leginkább megfigyelés és utánzás útján teszik magukévá a gyermekek. A *Sivatagi show* című filmben (Uys 1974) remek példát találunk arra, hogyan adják át a busmanok az állatok utánzásával a róluk szerzett tudást a csemetéknek. A természeti népek a gyermekeket már három-négy éves koruktól kezdve bevonják a háztartás körüli teendőkbe, kisebb feladatokat bízva rájuk. Mead leírja, hogy a Szamoához tartozó szigeteken a hat-hét éves nagyobb testvérek feladata kisebb testvéreik felügyelete. Ezek a gyermekek a mindennapi gyakorlás révén olyan tudás birtokában vannak, amelyet nyugati kortársaik csak jóval később, vagy egyáltalán nem tudnak produkálni. Ilyen például, hogy felgyalogolnak a pálmafa törzsén (lásd Képmelléklet 1.), vagy egy borotvaéles kés egyelten csapásával felbontják a kókuszt... A nyolc-kilenc évesek a nagyobbaknak segítenek, s itt már elkezdődik a nemek közötti differenciálódás: a lányok a kisgyermekek cipelésében, ellátásában, a háztartás teendőiben vállalnak szerepet, a fiúk pedig általában a nagyobb fiúknak segédkeznek. A pubertás körül végre kinyílik a világ, s az ifjú csatlakozhat a család idősebb tagjaihoz. Ekkor tanulnak meg halászni, szőni s rengeteg ismeretet szereznek a körülöttük lévő tágabb világról. Olyannyira megszokott volt ez a gyermekektől elvárt tevékenység, hogy amikor a tankötelezettség általánossá vált, és a gyermekek a nap nagy részét az iskolában töltötték, „összeomlott" az őslakosok háztartása, mert a nőknek nem volt gyakorlatuk abban, hogyan egyeztessék össze teendőiket a kisgyermekek ellátásával (Mead 2001).

Az utánzáson alapuló tanulás, s a kisgyermekkortól jelen lévő, mindennapos gyakorlás extrém módon kitágíthatja az ember teljesítményét egy-egy területen.

Láthattuk, hogy az afrikai anyák hogyan tartják fenn a lépegető mozgást a gyakoroltatással, s az első lépést követően hogyan támogatják folyamatosan az önálló járás megjelenését. Szükség is van a járás elsajátítására, mert mind a vadászó-gyűjtögető, mind a földművelő-állattartó életmód napi jó pár kilométer megtételét igényli. John Devine felmérése szerint Dél-Amerikában és Ázsiában napi 56–64 kilométert is gyalogolnak a családok – beleértve a gyermekeket is –, gyakran terheket cipelve, akár szélsőséges időjárási viszonyok között (Devine 1985).

A délnyugat-amerikai Tarahumara indiánok jól ismertek kitartó futásukról. A futóversenyeken 150–300 kilométert is megtesznek, amely akár a modern maratoni táv hatszorosánál is több. Az egyik versenyük arról szól, hogy „lefutják a szarvast". Ez körülbelül kétnapi folyamatos futást jelent, amíg az állat ki nem merül (Devine 1985).

Szintén közismert, hogy a törzsi társadalmakban milyen elképesztő terheket képesek cipelni az emberek. A nyugat-kenyai nők kifejlesztettek egy járásmódot, amellyel mechanikai energiát tárolnak, s így a testsúlyuk 20%-át minden erőfeszítés nélkül képesek vinni (Maloiy et al. 1986, idézi Adolph, Karasik, Tamis-LeMonda 2010).

Az indonéz nők hihetetlen ügyességgel egyensúlyoznak a fejükön nehéz tárgyakat. Ezt már kora gyermekkoruktól fogva gyakorolják (lásd Képmelléklet 2.): amikor játszanak, gyakran a fejükre tesznek dolgokat. A férfiak inkább a vállukra veszik a terhet, ami szintén az egyensúlyozás magasiskolája (lásd Képmelléklet 3.).

A nepáli serpák szintén híresek a cipekedési képességükről, amelyet ráadásul szélsőséges körülmények között kamatoztatnak. A Himalájában a magasság miatt oxigénben szegény a levegő, a hegyen igen hideg van, és gyakran erősen fúj a szél. Ők a hátukon viszik a terhet, de a súly a homlokpánt segítségével a gerincre terhelődik, és így egyenletesebben tud eloszlani.

Igen elterjedt Ázsiában és Afrikában is az a sajátos, guggoló ülésforma (lásd Képmelléklet 4.), amelyben gyermekek, nők és férfiak egyaránt órákat, sőt, egész napokat el tudnak tölteni. Ez a pozíció kora gyermekkortól fogva megszokott, s a rutin és a súlypont optimalizálása hozzájárul ahhoz, hogy ilyen sokáig kényelmes tudjon maradni.

| A rejtélyes bölcső

Az előbbiekben a szociokulturális környezet támogatásának és a gyakorlásnak a fontosságát emeltük ki a mozgásfejlődésben, amelyek nemcsak korábbra hozzák egy-egy

képesség megjelenését, de a fejlődés végpontját szélsőségesen ki is tudják terjeszteni. Van azonban egy jelenség, amelyre a kutatók is keresik a választ. Ha olyan fontos a mozgásfejlődésben a tapasztalás, vajon hogyan lehetséges, hogy a bölcsőben leszíjazott csecsemők mozgásfejlődése nem marad el számottevően a szabadon mozgó társaikétól?

Sok észak-amerikai indián törzsnél, így a hopiknál, a hanoknál, a zuniknál, az akomáknál... elterjedt szokás volt, hogy a csecsemőket babahordozóba szíjazták, amelyet a hátukra véve könnyen tudtak szállítani. Wayne és Marsena Dennis megfigyelése szerint a babahordozót használó és a nem használó gyermekek járásának kezdete nem tért el jelentősen (Dennis, Dennis 1940, idézi Bukatko, Daehler 2012). A későbbi vizsgálatok megerősítették ezt.

Az egyik magyarázat szerint a gyermekek minél nagyobbak lettek, annál kevesebb időt töltöttek a hordozóban, s annak az időnek is a nagy részében inkább aludtak.

Egy másik feltevés arra hívja fel a figyelmet, hogy a babahordozóban folyamatosan kapja a csecsemő a taktilis és a vesztibuláris ingerlést, valamint erőteljes proprioceptív visszajelzés érkezik a saját testéből, s ez a szüntelen adaptálódást igénylő folyamat serkenti a fejlődését. Itt tehát nem annyira a mozgáson, inkább az érzékelésen van a hangsúly.

Eshter Thelen és Linda Smith 1994-ben megfogalmazott dinamikus rendszerelméletükben mind a biológiai, mind a környezeti tényezőt megpróbálták integrálni. Szerintük minden kifinomult mozgás sok összetevő együttes jelenlétét kívánja meg, ilyen például a motiváció, az idegrendszer megfelelő fejlettségi szintje, mely a posztúrát és az egyensúlyt szabályozza, a csont- és az izomerő, a test arányaiban történő változás... Ezt az együttállást később a test biodinamikája és a kulturális kontextus módosítja. Amint a tényezők összessége rendelkezésre áll, a gyermek az adott készséget mesterfokon fogja művelni, illetve készen áll továbblépni, s egy újabb kompetenciaszintet meghódítani (Thelen, Smith 1994, idézi Bukatko, Daehler 2012).

A bölcső használata nem csupán Észak-Amerikában volt elterjedt. A szibériai őslakosok körében például ötféle bölcsőt különböztetnek meg. Az újszülött általában kap egy fekvő bölcsőt, amelyet pár hónapig használ, majd egy másikat, amely már nagyobb, s a háttámlája megemelhető ülő pozícióba. A bölcsőket utazás közben a szánra erősítik, de általában egy faágra akasztják, így a hintázás szinte folyamatosan biztosított. A nagyobb bölcső alján hagynak egy kis rést, ahol a gyermekek lába kilóg, s így magukat is tudják ringatni. Az anya folyamatosan magához közel helyezi el a bölcsőt, a gyermekkel állandó kapcsolatban van. A bölcsőkön – a gyermek nemének megfelelő – kis szerszámok lógnak, hogy felnőve már ismerősek legyenek számára. A bölcsőt akár két-három éves korig is használják, mert egy eszkimó mondás szerint: „A korán elinduló gyermek korán hal" (Kornyilova 2012). A bölcső használata azonban – bár jelentősen korlátozza a szabad mozgást – itt sem jelenti a teljes mozgás-deprivációt. Azon gyermekeket, akik már ülőbölcsőt kaptak, a sátorban kiveszik belőle, és egy szíjjal kikötik őket a derekuknál fogva, hogy biztonságban legyenek a tűztől. Amint az anya kimegy a sátorból, a gyermeket visszaszíjazza a bölcsőbe. Különösen odafigyelnek a lábak lekötözésére. Hitvilágukban a gyermek fokozatosan érkezik meg az emberi világba: a lelke már ideért, de a teste nincs még teljesen jelen (Dyekiss 2015)

– ezért is fontos a lábak rögzítése. Az őslakos gyermekek finommotorikája igen fejlett: a hároméves lányok már szépen fűznek apró gyöngyöket, fiú kortársaik lasszóval dobnak, és megkapják első saját, éles késüket, hogy az önálló evés során azzal vágják el a nyers húst a szájuk előtt, alulról felfelé. A fejlődést serkentő tényezők közt itt is számolhatunk a taktilis, vesztibuláris és proprioceptív ingerekkel, s van még valami, ami valószínűleg legalább ennyire fontos: az anyához fűződő kapcsolat.

Varázslatos kapcsolat

Minden gyermek várja, hogy a szülői tekintet tükrében megpillanthassa önmagát. A megfelelő biológiai és fizikai körülmények mellett a gyermek fejlődésének fontos összetevője a szociális tér, melyben mindez megvalósul.

A belülről fakadó mozgást a másik motiváló jelenléte csalja elő, akivel megoszthatók az élmények, a benyomások, érzések. A világ akkor tud a kíváncsiság és a felfedezés tárgyává válni, ha biztonságos alapokról lehet kiindulni, s oda vissza is lehet térni. A természeti népeknél jellemző az anya (vagy más rokonok) és csecsemője közötti folyamatos kapcsolat: akár a testre kötözve állandó bőrkontaktusban, akár a közös alvás meghittségében, akár az énekek közvetítésével.

Yvonne Leféber és Henk Voorhoeve egyik példája segít megmutatni, milyen jelentőséggel bír a kapcsolat, illetve annak hiánya. Egy bennszülött, egyéves gyermek került kórházba: szinte semmit nem evett, nem tudott ülni és járni. Soha nem nevetett és nagyon depressziós benyomást keltett. A történetéből kiderült, hogy az anyja meghalt a születésekor, s nem volt sem nagymamája, sem más rokona, aki a gondját viselte volna. Csak feküdt a kórházi ágyban. Diagnózisa: megkésett mozgásfejlődés, depresszió és a kontaktus hiánya. Felmerült, hogy a nővérek hordozzák őt a hátukra kötözve. Pár napon belül a gyermek elkezdett enni, sőt, néha nevetett is. A mozgásában és a viselkedésében szintén nagy fejlődés volt tapasztalható (Leféber, Voorhoeve 1998).

Lehet, hogy a fizikai és a szociokulturális környezet eltérő a különböző népek esetében, s ennek megfelelően az életmód is egészen más formákat ölt, mégis a másikhoz, azon belül is az anyához, apához, gondozóhoz fűződő kapcsolat nélkülözhetetlen, s a fejlődés mozgatórugójaként van jelen. Ez a szélsőséges példa ráirányítja a figyelmet arra, milyen nagy jelentősége van a személyességnek bármely szerepben is találkozunk egy gyermekkel: ápolóként, fejlesztőként, logopédusként, pszichológusként... s legfőképp szülőként – minden esetben a teljes személyiségünkkel veszünk részt a kapcsolatban.

A beavatási rítusok

Az emberi lét univerzális „állapotváltozásait", a születést, a felnőtté válást, a házasságot, az anyaságot, illetve az apaságot, a betegséget, a gyógyulást, valamint az elmúlást az átmenet rítusai kísérik. Ezen szimbolikus aktusok átvezetnek az egyik létezési módból, szociális szerepből a másikba. Gondoljunk csak a születést követő kereszt-

telőre, a névadóra, a beavatási szertartásokra, a nászútra vagy az elmúlást kísérő temetési ceremóniára. A mítosz és a rítus ugyanazon pszichológiai bázis két oldala, míg az egyik a szóbeliség, a másik a cselekvés szimbolikáját hordozza (Kluckhohn 1942). Napjainkban talán a túlzott racionalizáció következtében a rítus és a mítosz kapcsolódáspontja meglazult, ünnepeink, szertartásaink, rítusaink értéküket vesztették, elüresedtek.

Érdekes párhuzamokat figyelhetünk meg az egyes átmeneti rítusok és a szenzoros integrációs terápia módszerei között. A természeti népek rítusai és beavatási szertartásai igen változatos példákkal szolgálnak a vesztibuláris ingerlésre, vagy ennek ellenkezőjére, a szenzoros deprivációra.

A beavatás a „tudatlanság homályából", a profánból, az értékvesztett szociális státuszból a misztikus mindenható szentbe, egy magasabb szociális vagy vallási státuszba vezet át. E folyamat általában egyfajta „szimbolikus halál", melyet az újjászületés és a feltámadás követ. Érdemes megjegyezni, hogy a felnőtt szenzoros integrációs terápiák élményanyagának elemzésekor gyakran találkoztunk a fentiekhez hasonló újjászületési élményekkel. A terápia különböző helyzetei (pl. átbújás a csövön, gólyalábon történő járás, lengés a hálóban) sokszor olyan regressziót eredményez, amely a gyerekkori élmények tucatját idézi elő.

Elsőként egy olyan serdülőkori beavatási rítust veszünk szemügyre, melyet még napjainkban is gyakorol néhány afrikai törzs. Itt a serdülők érettségük és felnőtté válásuk bizonyítékaként egy hatalmas emelvényt építenek faágakból, s minden fiatal bátorságának megfelelő magasságban kijelöl egy pontot, ahonnan a beavatás napján a törzs ünnepségén egy liánnal a lábára erősítve leugrik. A gyermeki létből a felnőtté zuhanásba való átmenetet sok fiatal nem éli túl. Egyes törzseknél a fiatal leendő szociális rangja a bátorságától függ, azaz, hogy milyen távolságban állítja meg testét a nem éppen rugalmas liánköteg a földtől.

A beavatás ősi szimbolikája a téri és idődimenziók egyfajta mitikus transzformációját rejti. Talán nem túl távoli asszociáció, ha a szenzoros integrációs terápia hálójában ég és föld között lebegő gyermeket az előbbi archaikus cselekedetet végrehajtó fiatallal vetjük össze. Ide kívánkozik egy nagyon érdekes, napjainkban is fellelhető jelenség. Jól ismert tény, hogy napjainkban a serdülőkori beavatási rítusok erejüket vesztették, bár társadalmi szükségességük nyilvánvaló. A serdülőkori beavatási rítusok megkönnyítik a leválást a szülőkről, az identifikációt a felnőttszereppel, elősegítik a pszichoszexuális fejlődést, a szociális kompetenciát, a szexuális érettség elérését, valamint előkészítik az ifjút a párválasztásra. Olyan kultúrákban, ahol a beavatási rítus elvesztette mitológiai gyökereit, ezen kultúra fiataljainak afféle önmaguknak indukált szertartáson kell átesniük. Ha nem képesek e belső beavatásra, kapcsolatba lépni igazi énjükkel, beavatást keresnek a külvilág egy gazdasági vagy intellektuális státuszába (pl. hadsereg, sport). E kevésbé formális alternatívák problémája – Carl Gustav Jung szerint –, hogy az agresszív maszkulin energiák (melyek tradicionálisan a társadalom szolgálatában állottak) most szociálisan zűllesztő csoportviselkedésbe torkollhatnak. Napjainkban a serdülő fiatalok kibontakoztatásának kevés társadalmilag elfogadható útja van, így a beavatás kompenzációként megjelenhet az alkohol, a drog, vagy egyéb destruktív cselekedet formájában. Napjainkban több helyen megfigyelhetünk

mélybeugrást (bungee jumping) végző fiatalokat. A gumikötéllel végzett mélybeugrás hasonlít a már bemutatott archaikus beavatási szertartáshoz.

Érdekesség, hogy a lányok beavatási rítusai szegényesebbek, magyarázat lehet erre, hogy az anyáról való leválás természetesebb, s az ő nagykorúságuk az első menstruáció megjelenésével viszonylag jól körülhatárolható. James Frazer (Frazer 2005) átfogó munkái alapján látható, hogy a lányok beavatási szokásai inkább statikusak, nagyon gyakori a szenzoros depriváció: a talaj érintésének és a nap megpillantásának tilalma. A serdülő lányokat több törzsi kultúrában egy naptól, és minden emberi pillantástól védett cölöpökön nyugvó ketrecbe, kunyhóba zárták, míg az érettséget el nem érték. Ez akár több évig is eltarthatott, ezalatt az őket gondozó asszonyokon kívül senki sem láthatta a lányokat, és lábukkal semmilyen körülmények között nem érinthették a földet. E sajátos ég és föld között eltöltött türelmi időt, moratóriumot egy nagy ünnepség követte, ahol a lányt kiszabadulásakor már érett nőként tisztelték. Ilyen népszokásokat jegyeztek le a hajdani dél-afrikai törzseknél, Új-Guineában, Borneón, Kambodzsában és számos indián törzsnél.

Az ingerek keresésének talán legintenzívebb módja a vándorlás. A legtöbb gyűjtögető és vadászó nép állandó vándorlás közepette kutatott élelem után. A vándorlás azonban – írja Hermann Imre (Hermann 1984) – kicsit más mint a keresés, a vándorlásnál a keresés egy ideig rejtett, és csak az út vége felé válik nyilvánvalóvá. A vándorlás során, mint az ismeretes, a magasság és a szélek preferenciája érvényesül. Kitüntetett szerep jut a magaslatoknak és a partmenti sávoknak. Sok kutató megfigyelte, hogy a „vándorlás ösztöne" a serdülés korához közeledve felerősödik. A serdülő mélyről jövő szükségét érzi annak, hogy az életet „kinn" is megismerje, elszakadjon a szülőktől, a családtól, és teljes lényét betöltse a felfedezés élvezete. Nagyon sok kultúrában a gyermek felnőtté válását megelőzi a fiatal vándorlása. Számos törzsnél éppen úgy, mint a mesékben, a fiatalnak egy álló esztendeig kellett vándorolnia, majd visszatérvén szülőhazájába a társadalom már felnőttként tisztelte. Hasonló szokásokat figyelhetünk meg napjainkban a serdülőlányoknál, akik gyermekgondozóként, baby-sitterként indulnak világot látni.

A serdülőkori beavatási rítusok ég és föld között lebegő állapotát, az idői és téri dimenziók fellazításának lehetőségét kínálják napjaink kedvelt szórakozóhelyei (diszkók, technópartik, rockkoncertek stb.). A vibráló hang és fényeffektusokat nagyon gyakran a kábítószer- vagy alkoholhatás teszi komplett utazássá. Ezen a ponton érdemes rátérnünk a transzállapotok előidézésének néhány további fortélyára.

| Transzállapotok és átváltozások

A kultúrantropológia bővelkedik transzállapotok előidézésének leírásaiban. Az alábbiakban szeretnék bemutatni néhányat, amelyek a fokozott vesztibuláris ingerlés miatt jól illeszthetők a szenzoros integráció terápiás mechanizmusához.

Elsőként talán a legismertebbet, a sámánok transzállapotát tekintsük át. A remegés, a borzongás, az ájulás, a földre rogyás, vonaglás, habzó száj, a forrósággal, hideggel, fájdalommal szembeni érzéketlenség, arcrángás, hangos zihálás a transzállapot

legfőbb jellemzői. A sámán a transzban figyelmét egyetlen dologra összpontosítja, és azon kívül eső dolgokról nem vesz tudomást. A sámán által átélt transzállapot a többnyire kontrollált volta miatt tér el a megszállottságtól. A sámánná válás próbatételei véglegesen megváltoztatják a személyt. A sámántranszt előidézésének egyik legfontosabb eleme a ritmus, a tánc, a fej ritmusos mozgatása, melyet leggyakrabban csörgőkkel, dobokkal kísérnek. A „megváltozott tudatállapotok" iránti érdeklődés elvezette a kutatókat a zene, különösen a dobolás neurofiziológiai hatásának vizsgálatához. A dobolás a kutatók szerint az agy idegtevékenységét a hangok vibrációs gyakoriságával tartja egyensúlyban. A percenkénti 200-as pulzus a tapasztalattal nem rendelkezőket is igen gyorsan „megváltozott tudatállapotba" ragadhatja. Itt kell megjegyeznünk, hogy a fény pulzálásának hatását szintén úgy írták le a kutatók, mint amely képes epileptikus görcsöket kiváltani, vagy extázist előidézni. Ezeket a technikákat azonban nem csak az ősi sámánok és segítőik ismerik, de a technóütemeket keverő és villogást előidéző modern DJ-k is.

A szúfi dervisek rituális énekléssel és a test tengelye körüli hosszan tartó, akár 5–10 órás pörgéssel érik el az eksztatikus állapotot. Az egész héten cellájukban pihenő dervisek a hét bizonyos napjain szédítő iramú forgással, a retikuláris izgalom kellemes hatásán keresztül villanyozzák fel idegrendszerüket. Ezeket a személyeket már nagyon fiatalon edzik, s a kezdeti néhány perces forgás után később akár több órás forgásra is képesek. Milyen érzés több órán keresztül pörögni?

A szédülésérzet kellemes vagy kellemetlen voltáért a kutatások szerint az egyensúlyközpontból a retikuláris rendszerbeli vegetatív központokhoz menő rostösszeköttetések felelősek. Az egyensúlyzavar a retikuláris rendszer erőnlétének vagy fáradságának megfelelően vált ki kellemes vagy kellemetlen szervérzeteket. A gyermekeknél, akiknek a retikuláris központja még fiatal, erős, a hintázás, pörgés kellemes szervérzeteket vált ki, ezzel szemben idősebbeknél vagy kifáradt szervezetben a kellemetlenség érzete gyorsan jelzi az energiaközpont kapacitásának határát (Vígh 1985).

Mindannyiunk előtt jól ismert a jógik csodálatos képessége. Ők a meditáció és jó néhány testi gyakorlat tökéletesítésének segítségével jutnak el a megvilágosodás állapotába. A gyakorlatok sorából szeretném kiemelni az egyensúlyközpontra ható-kat. Gyakori a fejen- és kézenállás, s ezek különböző variációi. A jógi a gyakorlatok végzése során fokozott figyelemmel kíséri belső testi történéseit. Ehhez az őseredeti helyzethez való eksztatikus visszatérés révén idézik elő a nappali tudat szétpattanását.

India egyes részein igen népszerű a horoghinta-szertartás. Egy ősi szokásból származik, amelyben a csoport egyik tagját az isteni hatalom képviselőjévé nevezik ki. A kiválasztott férfi szerepe, hogy az év egy adott időszakában néhány szomszédos faluban megáldja a gyermekeket és a termést. Ami figyelemre méltó a szertartásban, hogy egy speciális kordé tetejéhez rögzített erős kötelek végein lévő fémhorgokat a férfi hátán lévő bőr és izmok alá fúrják. A kordét azután faluról falura húzzák. A férfi általában a kötélen függ, amikor a kordé mozog. De a szertartást csúcspontján, amikor megáldja a gyermekeket és a termést, szabadon lóg a hátába mélyedő horgokon.

Ezen a ponton érdemes kitérőt tennünk a gyógyítás témaköre felé is. Számos kultúrában a sámán vagy orvosságos ember közreműködésével segítik újjászületni a

beteg személyt. Gyakorta kör alakú rongyból, fahéjcsból készült takolmányon kell áthúzni a beteget, szimbolizálva ezzel a testi és szellemi újjászületést.

Nepálban a rituális megszületést úgy érik el, hogy a személyt egy magas fenyőfára – amelyet életfának hívnak – erősített emelvényre ültetik, majd később a szemét is bekötik. A sámán, aki egészen eddig elkísérte, most egyedül hagyja, és elmegy az avatások házában tartott nagy lakomára. Ha a személy nem esik le addig, amíg visszatérnek, lesegítik és kikérdezik, hogy milyen látomásai voltak. A látomások, az archaikus tudattartalmak kivetítése szerves részét képezik az egyén újjászületésnek, a személyiség integrációjának.

Az orvosi antropológiából jól ismert Aszklépiosz-szentélyek olyan helyek voltak, ahol az istenség elé járuló beteg személyeket a szentélyben vagy annak közelében szuggesztiók közepette álomba merítették, s a beteg álmából, képeiből állapították meg a beteg felgyógyulásának módjait. A módszert joggal tekinthetjük a pszichoterápia ősének.

Mindezt párhuzamba állíthatjuk a szenzoros integrációs terápia során megtapasztalt igen intenzív élménnyel, amely sok esetben képekben jut kifejeződésre. Láthatjuk azt is, hogy ezen élmények, látomások, hogyan állíthatók hatékonyan a személyiség integrációjának, individuációjának szolgálatába.

Az átváltozás és újjászületés rítusát, mágiáját fellelhetjük számos gyermekjátékban is (bújócska, szerepjátékok, fantáziajátékok). Az átváltozást indukáló kislány hármat pördül a tengelye körül, és mesebeli királykisasszonnyá válik. A társadalmi normák keretei közül való időszakos kilépés, a profán időbeli és téri keretek áttörése a legtöbb kultúrában megfigyelhető. Az archaikus mechanizmusok újjáéledésének fontos eszköze a vesztibuláris ingerlés. Az ilyen ünnepek alkalmával – melyeket a legtöbb esetben ritmusos tánc kísér (pl. riói karnevál) – a tartós fizikai megterhelés fontos szerepet kap. Intenzív vesztibuláris ingerlést biztosító eszköznek tekinthetjük a falusi búcsúk közkedvelt körhintáit. Bálint Mihály (Bálint 1997) elemzésében a világ majd minden részén megtalálható, a kikapcsolódást szolgáló vidámparkok legfontosabb elemeit a szédüléssel járó, illetve az egyensúly megbomlásából vagy annak elvesztéséből fakadó olyan örömök jelentik, mint amilyenek a hinta, a körhinta és a hullámvasút.

A mulatságok pszichodinamikáját tekintve – írja Bálint – a vidámparkok biztonságos szelepet kínálnak olyan felgyülemlett indulatok és ösztönös vágyak kiélésére, amelyek a civilizált, jól nevelt felnőttek esetében kielégítetlenek maradnak, de biztonságos keretek között időszakos levezetést kívánnak.

Összegzés

A fejezet elsődleges célja az volt, hogy néhány kultúrantropológiai párhuzam segítségével rávilágítson a szenzoros integrációs terápia archaikus mélységekből jövő mechanizmusaira, melyek a környezetből származó szenzoros inputok integrációjával a személyiség integrációját, individuációját is magukban hordozzák.

| Irodalom

ADOLPH, K. E.; KARASIK, L. B.; TAMIS-LEMONDA, C.S. (2010): *Moving between cultures: Cross-cultural research on motor development.* In: Bornstein, M. H. (ed.): *Handbook of cross-cultural developmental science, Vol. 1, Domains of development across cultures.* Psychology Press, New York, 61–88.

AINSWORTH, M. D. S. (1967): *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love.* John Hopkins Press, Baltimore.

BÁLINT M. (1997): *A borzongások és regressziók világa.* Animula, Budapest.

BINET, A. (1903): *L'étude expérimentale de l'intelligence.* Schleicher, Paris.

BORNSTEIN, M. C.; LAMB, M. E. (2011): *Cognitive development: An advanced textbook.* Psychology Press, New York.

BRAZELTON, T. B.; KOSLOWSKI, B.; TRONICK, E. (1976): *Neonatal behavior among urban Zambians and Americans.* Journal of American Academy of Child Psychiatry, 15/1, 97–107. http://www.jaacap.com/article/S0002-7138(09)62263-9/pdf (Letöltve: 2015. december 21.)

BRIL, B. (1988): *Bain et gymnastique néonatale: Enfants bambara au Mali.* Vidéo couleur, Centre d'Etude des Processus Cognitifs et du Langage (École des Hautes Etudes en Sciences Socieles), Paris.

BUKATKO, D.; DAEHLER, M. (2012): *Child development: A thematic approach.* Wadsworth, Belmont.

DELACATO, C. H. (1963): *Ontogeny of reading problems.* Claremont Reading Conference.

DELACATO, C. H. (1970): *A new start for the child with reading problems.* David McKay, Philadelphia.

DENNIS, W. (1960): *Causes of retardation among institutional children: Iran.* Journal of Genetic Psychology, 96/1, 47–59.

DENNIS, W.; DENNIS, M. (1940): *Cradles and cradling practices of the Pueblo Indians.* American Anthropologist, 42/1, 107–115.

DENNIS, W.; NAJARIAN, P. (1957): *Infant development under environmental handicap.* Psychological Monographs, 71/1, 1–13.

DEVINE, J. (1985): *The versatility of human locomotion.* American Anthropologist, 87/3, 550–570.

DYEKISS V. (2015): *„Vándorol a hang": A nganaszan hagyományos világnézet a folklórszövegek tükrében.* Doktori disszertáció, ELTE BTK, Budapest. http://doktori.btk.elte.hu/lit/dyekissvirag/tezis.pdf (Letöltve: 2016. január 07.)

ELIADE, M. (1987): *A szent és a profán: A vallási lényegről.* Európa, Budapest.

FRAZER, J. G. (2005): *Az aranyág.* Osiris, Budapest.

FELDENKRAIS, M. (1978): http://www.feldenkraismethod.com/his-life/margaret-mead-moshe-feldenkrais (Letöltve: 2015. december 20.)

FINDLAY, L.; KOHEN, D.; MILLER, A. (2014): *Developmental milestones among Aboriginal children in Canada.* Paediatrics and Child Health, 19/5, 241–246.

GEBER, M. (1958): *The psycho-motor development of African children in the first year, and the influence of maternal behavior,* Journal of Social Psychology, 47/1, 185–195.

HAYAKAWA, S. I. (1972): *First You Must Learn to Crawl.* Chicago Tribune, July 16, 1972.

HERMANN I. (1984): *Az ember ősi ösztönei.* Magvető, Budapest.

HOPKINS, B.; WESTRA, T. (1988): *Maternal handling and motor development: An intracultural study.* Genetic, Social and General Psychology Monographs, 114/3, 377–408.

ISHAK, S.; TAMIS-LEMONDA, C. S.; ADOLPH, K. E. (2007): *Ensuring safety and providing challenge: Mothers' and fathers' expectations and choices about infant locomotion.* Parenting: Science and Practice, 7/1, 57–68.

KEEFER, C. H.; TRONICK, E.; DIXON, S.; BRAZELTON, T. B. (1982): *Specific differences in motor performance between Gusii and American newborns and a modification of the Neonatal Behavioral Assessment Scale.* Child Development, 53/3, 754–759.

KLUCKHOHN, C. (1942): *Myths and rituals: A general theory.* Harvard Theological Review, 35/1, 45–79.

KORNYILOVA, A. (2012): *Oroszország északi népei: a bölcső.* http://mama.tomsk.ru/babywearing/ethnic/russian_north.html (Letöltve: 2015. december 20.)

LEFÉBER, Y.; VOORHOEVE, H. W. A. (1998): *Indigenous customs in childbirth and child care.* Van Gorcum, Assen.

MALOIY, G. M. O.; HEGLUND, N. C.; PRAGER, L. M.; CAVAGNA, G. A.; TAYLOR, C. R. (1986): *Energetic costs of carrying loads: Have African women discovered an economic way?* Nature, 319, 668–669.

MEAD, M. (2001): *Coming of age in samoa: A psychological study of primitive youth for western civilisation.* HarperCollins, New York.

MEAD, M.; MACGREGOR, F. C. (1951): *Growth and culture: A photographic study of Balinese childhood.* Putnam's Sons, New York.

MEI, J. (1994): *The Northern Chinese custom of rearing babies in sandbags: Implications for motor and intellectual development.* In: Van Rossum, J. H. A. (ed.); Laszlo, J. I. (ed.): *Motor development: Aspects of normal and delayed development.* VU Uitgeverij, Amsterdam, 41–48.

MOLNÁR Cs. (2007): *A himbák és a mundurukúk – kulturális különbségek az emberi magatartásban.* http://www.origo.hu/tudomany/20071029-a-himbak-es-a-mundurukuk-az-emberi-magatartas-kulturalis.html (Letöltve: 2015. december 15.)

PEOPLES, J.; BAILEY, G. (2012): *Humanity. An Introduction to Cultural Anthropology.* Wadsworth, Belmont.

PIN, T.; ELDRIDGE, B.; GALEA, M. P. (2007): *A review of the effects of sleep position, play position, and equipment use on motor development in infants.* Developmental Medicine & Child Neurology, 49, 858–867.

RATHUS, S. A. (2013): *Childhood: Voyages in development.* Wadsworth, Belmont.

SAYEGH, Y.; DENNIS, W. (1965): *The effect of supplementary experience upon the behavioral development of infants in institutions.* Child Development, 36/1, 81–90.

STEVENS, J. (1974): *They're learning to crawl again,* The Age, October 25 1974.

SUPER, C. M. (1976): *Environmental effects on motor development: The case of 'African infant precocity'.* Developmental Medicine & Child Neurology, 18/5, 561–567.

TRACER, D. (2009): *Infant carrying and prewalking locomotor development: proximate and evolutionary perspectives.* Presentation, Seventy-eight annual meeting of American Association of Physical Anthropologist, Chicago.

Trettien, A. W. (1900): *Creeping and walking.* The American Journal of Psychology, 12/1, 1–57.
Thelen, E.; Smith, L. B. (1994): *A dynamic system approach to the development of cognition and action.* MIT Press, Cambridge.
Uys, J. (1974): *Sivatagi show.* Színes, dél-afrikai természetfilm.
Vígh B. (1985): *A jóga és az idegrendszer.* Gondolat, Budapest.
Warren, N.; Parkin, J. M. (1974): *A neurological and behavioral comparison of African and European newborns in Uganda.* Child Development, 45/4, 966–971.
Wong, K. (2009): *Hitching a ride: Crawling may be unnecessary for normal child development.* Scientific American, 301/1, 20–23. http://www.scientificamerican.com/article/crawling-may-be-unnecessary/ (Letöltve: 2015. december 21.)

A „közös érzék" – Multimodalitás és interszubjektivitás filozófiai összefüggése[1]

Vermes Katalin

A multimodalitás az újabb fenomenológiában

A multimodalitás fenomenológiai megragadása

A multimodalitás vagy interszenzoralitás a különböző érzéki modalitások – látás, hallás, tapintás, szaglás, ízlelés – közötti összekötöttséget vagy átjárhatóságot jelenti.

A filozófiatörténetben éppúgy, mint a pszichológia történetében számos vita zajlott az észlelés kétségtelenül működő interszenzoros természetéről, s arról, hogy vajon az észlelés már eredeti természete szerint egységes és multimodális, vagy pedig a különböző modalitásban megélt tapasztalatok utólagos szintézisekben kapcsolódnak egymáshoz. Az érzékek eredeti vagy utólagos kapcsolódásának gondolata a témán túlmutató szellemi konzekvenciákkal is együtt járt a gondolkodástörténetben. Jelen írás először is a multimodalitás tapasztalatának fenomenológiai és pszichológiai megközelítése között keresi a kapcsolódási pontokat, majd ezek mentén kitekint kissé az érzéki modalitásokat egybekötő tapasztalat – *sensus communis* – történetére. Célja ezzel az, hogy kitágítsa e jelenség megragadásának horizontját, s láthatóvá tegye annak az észlelés magyarázatán túlmutató jelentőségét.

Először is ragadjuk meg a fenomént magát. A multimodalitás, vagy interszenzoralitás működése észlelésünkben a legöntudatlanabb hétköznapi tapasztalatunk. Képzeljük el például, amint egy konferencián előad valaki. Miközben beszél, érzi a levegő kiáramlását a testéből, érzi a hangszálai rezonanciáját, ugyanakkor hallja a saját hangját, amint az betölti a teret. Az arcokon tükröződő kifejezés esetenként arra sarkallhatja, hogy hangszálai rezonanciáját felfokozza vagy lecsendesítse. Hanghordozása, amelynek tónusát nem formálja tudatosan, rejtélyes és bonyolult összefüggésben áll a jelenlévők arckifejezésével, testtartásával, közérzetével. Az előadó unalma, vagy felvillanyozottsága befolyásolja hallgatóságának hangulatát, éberségét. A hallgatóság hallja a hangját, de másképp, mint az előadó, kívülről. Ugyanakkor látja azt a testet is, amely képezi e hangot, s amelyet az előadó maga nem lát. A hang, a látvány átjut a köztük lévő távolságon, miközben proprioceptív módon észlelik saját, önmagukhoz

1 A fejezet két már publikált tanulmányon alapul, azok részben átdolgozott, összedolgozott változata. Eredeti megjelenések: Vermes K. (2009): *Multimodalitás és sensus communis.* In: Aspecto Filozófiai Folyóirat 2/1. 191–220., valamint Vermes K. (2011): *Intersensory and intersubjective attunement: Philosophical approach to a central element of dance movement psychotherapy.* Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 6/1, 31–42.

és egymáshoz képest elfoglalt helyzetüket a térben, abban a térben, amelyet a hang és kép éppen áthidal.

E helyzet aktuális valóságossága számtalan egymásba fonódó érzékelésünk folyamatos, komplex munkálkodására utal. S habár az aktuális, változatos érzéki dimenziókban megélt interszubjektív élmény valódiságát filozófusként olykor hajlamosak vagyunk kétségekkel illetni, a fenomenológia megtanított minket kételkedni kétségeinkben, s e mindenkor munkáló passzív szintézisek teremtő erőit tisztelettel szemlélni.

Ha váratlanul eltűnne a teremből az előadó látványa, de hangja változatlanul szólna, hallgatói némi zavart éreznének. Ugyanígy, ha az előadó hallaná saját hangját, de nem érzékelné testében a hangképzés rezonanciáját, kissé megrendülne. Az sem lenne könnyű helyzet számára, ha egyszerre csak az összes hallgatója a terem egy másik pontjára figyelne, olyan arckifejezéssel, mintha onnan jönne a hangja.

E példával azt a folyamatot kívántam illusztrálni, ahogy realitásélményünk állandó multimodális megerősítésekben képződik, s e multimodális élmény egyben interszubjektív – Maurice Merleau-Ponty nyelvén: interkorporális konstitúció is. E komplex – multimodális és interkorporális – szövedék textúrája megtart minket, mint egy háló, hogy ne zuhanjunk ki a semmibe. Alapvető biztonságérzet, saját létünk, intencióink, hangoltságaink elemi visszaigazolása, amelyre öntudatlanul támaszkodunk. E szövedék Emmanuel Lévinas fogalmával élve az őselem, arkhé, vagy Merleau-Ponty szavaival a hús melege, elevensége. Ha működik e multimodális valóságszövedék, fel sem tűnik jelenléte, mint ahogy nem tűnik fel a talaj, amely megtart, vagy nem figyelünk a levegőre, amelyet belélegzünk. Ha azonban hiány, szakadás lép fel benne, kétségbeesett reakciót vált ki belőlünk.

Ezen interszenzoros, interszubjektív szövedék hangsúlyozása, amely unásig emlegetett az újabb fenomenológiában, nem egészen újdonság a szellemtörténetben. Vessünk egy pillantást az észlelés preobjektív,[2] multimodális összefüggését tárgyaló eszmék történetére.

Gestalt-pszichológia

Az újabb fenomenológiai filozófiában leginkább Merleau-Ponty szövegei hívják fel figyelmünket a szinesztézia, az interszenzoralitás jelenségére. Közismert, hogy Merleau-Pontyra hatottak Edmund Husserl gondolatai a passzív szintézisről. Mind Husserlre, mind Merleau-Pontyra pedig nagy hatást gyakorolt a Gestalt-pszichológia, amely komoly lépeseket tett a multimodális észlelés megragadásában és az ún. pszichológiai atomizmus kritikájában.

A Gestalt-pszichológia berlini iskolája szállt ugyanis szembe azzal a modern filozófiai és pszichológiai gondolattal, amely a tárgyészlelés konkrét részeiként különbözteti meg a különböző érzékleteket, érzéki adatokat. A pszichológiai atomizmus kétségbevonása elvezette az ún. konstancia-hipotézis kritikájához is. A konstancia-hipotézis szerint egy az egyben megfelelés áll fenn a fizikai stimulus (például a hanghullámok)

2 Preobjektív: a kifejezett tárgyi tapasztalást megelőző.

és az általa közvetlenül okozott neurológiai esemény között, tehát azt feltételezi, hogy egy adott érzékszerv azonos stimulálása mindig azonos érzékletet fog okozni.

Maga a Gestalt fogalma is az „érzéki konstituensek olyan dinamikus struktúrájára, formájára utal, amelyben az érzékek kölcsönösen támogatják és meghatározzák egymást" (Embree 1997, 277.). E forma nem kívülről adódik hozzá az érzetadatokhoz, hanem magának a valóságészlelésnek a konstitutív sajátossága.

A Gestalt-irányzat egy jelentős alakja, akire erősen hatott a husserli fenomenológia, Aron Gurwitsch volt. Gurwitsch is azt gondolta, hogy a tapasztalatilag igazolhatatlan konstancia-hipotézis rögzítéseit elhagyva tárul csak fel igazán a percepció teljes, noématikus[3] jellege. Azonban Husserlt kritizálva visszautasította a kaotikus hületikus[4] adat és az értelemadó noématikus funkciók szétválasztását. Míg Husserlnél minden noéma rejtett utalást tartalmaz egy x-re, vagy tárgypólusra, Gurwitsch szerint ilyen külön-külön x-re való utalás nem tapasztalható. Egy tárgy struktúrája mint noémák struktúrája az érzékek teljességéhez, komplexitásához illeszkedik. A teljes noématikus struktúra alkalmazkodik a jelen perceptuális noéma felfogásához, mint önnön részéhez vagy tagjához. S hasonlóképpen nincs szükség egy szervező egó különleges aktivitására az önmagát szervező, komplex észlelésben. A Gestalt-pszichológia világában az észlelt tárgy és észlelő szubjektum oppozíciója meggyöngült, helyet adva az alany–tárgy viszonyt megelőző, átfogó komplex és dinamikus észleleti struktúrák gondolatának (Embree 1997, 280.).

A multimodalitás konstitutív szerepe Merleau-Pontynál

A Gestalt pszichológia eredményei nagy hatást gyakoroltak Merleau-Pontyra. Első könyvében, *A viselkedés struktúrájá*ban (Merleau-Ponty 1942) maga is kritizálta a konstancia-hipotézis atomizmusát. Ő volt az, aki a multimodális észlelés gondolatát azokban az időkben is fenntartotta, amikor az – a Gestalt-iskola második világháború utáni összeomlásával együtt – a pszichológiában háttérbe szorult.

Mint ismeretes, Merleau-Ponty Jean Piaget utódja volt a Sorbonneon. Piaget-t is foglalkoztatta az interszenzoralitás jelensége, de – szemben a Gestalt-pszichológia álláspontjával – azt tanította, hogy az érzéki modalitások közötti átjárás nem az észlelés eredeti sajátossága, hanem utólagos összekapcsolás eredménye. Piaget egy reciprok asszimilációs folyamat eredményeként írta le a haptikus séma és a vizuális séma integrációjának folyamatát. Merleau-Ponty szerint azonban maga a testi tapasztalás eleve az érzékek közötti átjárás tartománya. E felfogásával nemcsak Piaget-t szárnyalta túl, de – mint látni fogjuk – messze megelőzte a hetvenes, nyolcvanas évek pszichológiai kutatásainak eredményeit.

Az észlelés fenomenológiájában például ezt olvashatjuk: „testem már eleve kifejezetten az interszenzoros megfelelések és átvitelek rendszere. Az érzékek kölcsönösen egymásba fordulnak anélkül, hogy szükségük lenne bármilyen interpretációra, köl-

3 Noématikus: a dolgok tárgyi létének lényegét megragadó a husserli filozófiában.

4 Hületikus: a formai adottságoktól elvonatkoztatott érzéki, anyagi.

csönösen megragadják egymást anélkül, hogy szükségük lenne bármilyen idealizációra." (Merleau-Ponty 1945, 271.)

Merleau-Ponty szerint az érzékek „eredeti rétege" (couche originaire) korábbi, mint az érzéki minőségek szétválása. Ezt az eredeti réteget az „intencionális ív" (arc intentionnel) fogja össze, amely fenntartja a saját test és tárgyai intermodális egységét. Az intencionális ív nem más, mint a testsémát mozgósító testi intencionalitás, irányulás, törekvés, amely a testet mindig önmagán túl, más felé, egy világ felé löki.

A test eleve intermodális Világon-Lét (Être-au-Monde), eredeti elköteleződés a világban. Hiszen észlelni valamit azt jelenti: kilépni, elémenni, testileg jelen lenni az észlelt világ számára. A testi lét – világra nyílás. Saját testem megnyilvánít a világnak, kitesz engem a világ felé. E modalitásokon túlnyúló világ felé irányulás példája a rovar, akinek ha kitépik egy lábát, hangosabban zümmög. Ugyanezen világra nyílás zajlik bennünk, amikor egy sötét szobában jobban halljuk a neszeket, vagy a vak emberben, aki a botjával kezd „látni".

Merleau-Ponty ugyanakkor azt is állította, hogy az érzéki modalitások átjárhatósága összefügg a különböző szubjektumok tapasztalatainak átjárhatóságával, összjátékával. A multimodális tapasztalat interszubjektív tapasztalat is egyben.

Preperszonális szinten „minden észlelés kommunikáció vagy kommunió" (Merleau-Ponty 1945, 183.). Észlelő szubjektum vagyok, de az észleléseim gazdag sokrétűségét nem birtoklom, hanem ki vagyok neki téve. Valaki észlel bennem, és nem én észlelek. Én mint észlelő szubjektum, anonim vagyok. Közöttünk, világba testesült, észlelő szubjektumok között anonim koegzisztencia formálódik. Amint ki vagyunk téve észlelésünk sokféleségének, ki vagyunk téve egy nyitott, védtelen multiszenzoros kommunikációnak is. Ahogy spontán együttműködnek érzékszerveim, s testem különböző szervei, ahhoz hasonló szinergia, összjáték működik a saját és a másik test tapasztalata között. Egzisztenciánk legalapvetőbb, primordiális tapasztalata – interszubjektív folyamatokban formálódó és megélt testisége – általános és preperszonális alapot képez életünkben. A testiség maga a működő interszubjektivitás, interkorporeitás. Testünkben minden gondolkodás és szándékolt viszony előtt megéljük mások irányulásait, állapotait. „Mintha más emberek intenciói lakoznának testemben, és az enyém az övéikben" (Merleau-Ponty 1945, 85.). Az életemet hordozó anonim koegzisztencia pedig közvetlenül benne munkál érzékszerveim működésében. „Amikor az észlelés felé fordulok [...] újra megtalálok észlelőszerveim munkájában egy gondolatot, amely öregebb nálam, s amelynek e szervek puszta nyomai" (Merleau-Ponty 1945, 404.). Benne munkál azonban az emberek közötti spontán, interszenzoros, érzéki együttműködésben is: „ahogy az én testem részei rendszerré állnak össze, úgy az én testem és a másik test egyetlen egész, egyazon fenomén két oldala, és az az anonim egzisztencia, amelynek testem mindig megújuló nyoma, benne lakozik egyszerre mindkét testben" (Merleau-Ponty 1945, 407.).

Vagyis a multimodális észlelésben munkáló sokrétűség éppúgy, mint az észlelő személyek sokfélesége valamely mélyebb, preperszonális összetartozás, az érzékeket és létezőket összekötő nyitott, eleven egység megmutatkozása.

Interszenzoralitás és mélység

E gondolat továbbfejlődik a *Látható és láthatatlan* (Merleau-Ponty 1964) szövegeiben, ahol a modalitások és nézőpontok közötti elcsúszáson, hasadáson keresztül születik a lét eleven tapasztalatának, „húsának" valódi mélysége és egybentartottsága.

Ha egy szemmel nézelődünk, a tér mélységét kevéssé érezzük. A tér valódi mélységét azért észleljük, mert két szemünk különböző, egymással teljesen össze nem illeszthető, állandóan mozgó, vibráló képet mutat. Valóságélményünk mélysége, teljessége, „húsa" különböző modalitásokban keletkező, egymástól mindig kissé eltérő érzékeléseink elcsúszásai, differenciái által jön létre (Szabó 2005).

A saját testem intermodális működése által megélt tapasztalat pedig mások intermodális, észlelő testiségével való állandó kommunikációban, kereszteződésben realizálódik.

Eleve beágyazottak vagyunk egy interszenzoros és interkorporális észleleti világba. E vetületek egymásra hajlanak, egymásba göngyölődnek.

„A mélység révén ezek a nézőpontok a maguk összeegyeztethetetlenségében is egyszerre léteznek, egymásba csúsznak, egymásba ékelődnek, együtt egyetlen nyitott egészet alkotnak. Ezért lehet a dolgoknak húsa: ezért állíthatnak áthatolhatatlan akadályt fürkésző tekintetem útjába, és pontosan ez az ellenállás alkotja valóságosságukat, nyitottságukat, egységüket, *totum stimuli*"[5] (Merleau-Ponty 2006, 245.).

Minden érzéki tapasztalat az észlelés teljes, összefüggő univerzumát nyitja meg, ugyanakkor ezen univerzumba való beágyazottságunkat tárja fel. Ahogy David Abram fogalmaz: „Általában ha figyelmesen vizsgáljuk a testi érzékelést, azt vehetjük észre, hogy a mélység elsődleges tapasztalata mindig annak a tapasztalata, hogy a külvilág valamiképpen magába foglal. Ilyenkor úgy tűnik, hogy minden egyes dolog, amelyet tapasztalunk, maga után vonja az összes többit, s így a dolgok, a tájak, az arcok mind összefüggenek, s azt sugallják, hogy titokban ismerőseink, hogy kölcsönösen hozzátartozunk egy megnevezhetetlen jelenléthez, amely alapjául szolgál a magunkénak, de egyúttal át is ível felette" (Abram 2005, 332.).

Általánosság – alattunk

Merleau-Ponty szerint az észlelés egyszerre hordoz általános és egyedi sajátosságokat. Az észlelés általános, mert olyan minőségek ébrednek fel benne, amelyek nem korlátozódnak egyetlen tárgyra vagy részletre. Az este homályba borítja a kert minden zugát, így általánosul. A kávé illata bejárja a szobát, s nem csak a kávéscsészéhez kötődik, hanem a sietős reggel minden részletéhez. Az észlelés ugyanakkor egyedi is: minden este különböző, ismételhetetlenül sokféle érzéki szálat tart egyben, egy csomóban. Az általános és az egyedi csak ezen érzéki szövetből kiindulva jelent valamit: a sárga mindig konkrét módon mutatkozik meg: egy elpiszkolódott villamoson villan elő, vagy mint seben a jód, avagy a fű között, mint kutyatej sárgállik.

A sárga ugyanakkor az egész univerzumot új színben láttató „világsugár", amely megnyitja az általánosság új dimenzióját. „Az érzékszervileg felfogható minőségek

5 Totum stimuli: jelen szövegösszefüggésben: 'mindent áthatva'.

sajátja, [...] hogy az egészből *szakadnak* ki gyökerestül, és így az egészre vetülnek rá, áthágva a más létezőket tőlük elválasztó határokat" (Merleau-Ponty 2006, 245.). *Merleau-Ponty szerint előbb érzékeljük az észlelés minőségeiben születő rendeződést, univerzalitást, mint a dolgok, tárgyak univerzalitását.* „Eredendően nem dolgokat érzékelünk, hanem elemeket (víz, levegő...), világsugarakat, a dolgokban a dimenziót, a rajtuk keresztül megnyíló világot, elég beengedni magam ezekbe az elemekbe, és máris a Világ kellős közepén találom magam, átcsúszom a szubjektívból a Létbe" (Merleau-Ponty 1964, 271.).

Ugyanakkor e sajátosan egyedi „világsugarak" mindig egymással egybefonódva, szoros kapcsolódásokban, egymásra reflektáló sajátos formákban, ritmusokban érzékelhetők.

Ha feltesszük azt a kérdést: mi az, ami egybetartja az egymásra lefordíthatatlan érzéki minőségeket: a tenger színeit és hangjait, egy érintés érzetét és látványát, az este sötétjét és illatát – eljutunk egy másik keresztmetszethez, egy másik általánosuláshoz, tulajdonképpeni témánkhoz: az érzéki szövedék modalitásokat egybetartó „univerzalitásához".

Egy komplex tapasztalat különböző érzéki modalitásokban kivetülő dimenziói egymással feleselnek, egymást végtelen változatban tükrözik a minőségek, modalitások lefordíthatatlan különbségén, egy mindenkori elcsúszáson, hasadáson, „mélységen" áthajolva.

Az érzéki minőségek egyedi-általánosuló sugárzása, éppúgy, mint az érzéki modalitásokat egyben tartó ritmusok, formák, mintázatok eredeti általánosulása tárgyészlelés előtti rendeződésként jelenik meg észlelésünkben.

„Az általános nem felettünk van, hanem alattunk (Claudel), és nem előttünk van, hanem mindig a hátunk mögött – atonális zene –, megfelel a lét egységéről szóló filozófiai alapbeállításnak. Ugyanez érvényesül a nem figuratív, felismerhető tárgyak nélküli festészetben, amikor a festő nem a dolgok bőrét festi, hogy annál jobban megmutathassa a húsukat" (Merleau-Ponty 2006, 244.).

E modalitásokat összehangoló, tárgyiasulást megelőző nonfiguratív mintázat általános anonimitása ugyanakkor egyedi minőségek, „világsugarak" összekapcsolódásaiban rajzolódik ki. Az eredeti általánosulások és az eredeti, egyedi minőségek, forma és anyag eleve szétválaszthatatlan eleven szövedékben formálódik a hús ontológiájában, ami túl van minden hülomorfizmuson.[6]

Önreflexió és öröm, felelősség

*A látható és a láthatatlan*ban a multimodális észlelés a „hús" ontológiájának része, s mint ilyet Merleau-Ponty további dimenziókkal is összekötötte: a tükrözéssel, reflexióval és önreflexióval, s e tükrözés és reflexió örömével.

Az érzéki tapasztalat multimodális komplexitása összetartozik az érzékiség eredendő önreflexív jellegével. A „világ húsának", s általa saját húsunknak érzékelése pedig együtt jár az érzéki tükröződések természetes örömével. „A világ húsa (a »*quale*«) nem más, mint saját érzéki létemnek és a bennem önmagát érzékelő létezőknek az elválaszthatatlansága, gyönyör-valósága – A hús tükörjelenség, és a tükör pedig saját testem önmagához való viszonyának kiterjesztése" (Merleau-Ponty 2006, 286.). E tükröződés, azaz a lét és a megmutatkozás széthasításadása olyan széthasítás, amely már a tapintásban megvan: minden érintésben a megérintő és megérintett kettőssége jön létre. A látás, a hallás ugyanígy látó és látott, halló és hallott kettőződésével jár. Minden modalitás ilyen távolságot, hasadást teremt, ezáltal minden észlelés önészlelés. A modalitásokon belül és közöttük támadó hasadás az a rés, ahol a reflexió-önreflexió helyet kap – mint ahogy az ízületekben is az üres hely a visszafordulás helye, amely lehetővé teszi a mozgást.

Összefoglalva: az észlelés eredeti multimodalitása Merleau-Pontynál összekötődik a reflexióval, az önreflexióval, a valóságtapasztalat mélységével, az érzéki tapasztalat univerzalitásával, az interszubjektivitással-interkorporeitással és a sokdimenziós lét osztatlansága felett érzett örömmel.

Mindezt talán kiegészíthetjük egy a Merleau-Ponty életművében csak periférikusan megjelenő, mégis jelentős elemmel: az érzéki felelősséggel. A multimodális, interkorporális érzékiség sajátos értékkel bírt Merleau-Ponty gondolataiban. Írásait – habár nem írt etikát – áthatja egy sajátos etikai atmoszféra. Ahogy ő maga írja: „Valójában az egészért teszem magam felelőssé, az univerzális életet provokálom, ahogyan eleven jelenem és testem sűrűsége által önmagamat a térbe installálom" (Merleau-Ponty 1960, 94.). Ez az „egészért" viselt felelősség, az univerzális élettel való összetartozás egy tágasabb éthoszra utal, mint a konvencionális értelemben vett morál. A szubjektum megtestesülése a felelősség megtestesülésével, kitágulásával jár együtt. Az érzéki tapasztalat kinyílásának és elmélyülésének gondolata – amely Merleau-Ponty életművének fő teljesítménye – az értékek átértékelését is megelőlegezi.[7]

Az eredeti multimodalitás jelenségének visszaigazolása az újabb pszichológiai kutatásokban

Az észlelés veleszületett multimodalitását bizonyító kísérletek

Miután röviden áttekintettük, hogyan játszik a multimodalitás konstitutív szerepet Merleau-Ponty filozófiájában, vessünk egy pillantást azokra a pszichológiai kutatásokra, amelyek a maguk eszközeivel szintén az eredeti multimodalitás konstitutív jelentőségét hangsúlyozzák a szelfszerveződésben. A hetvenes-nyolcvanas évek pszichológiai kutatásai nem csak azért érdekelhetnek minket, mert megerősítették Merleau-Ponty elméletét az észlelés eredeti multimodális, interkorporális működésére vonatkozóan. Azért is izgalmasak, *mert felfedezték, hogy ezen eredeti interszenzoros kapacitás kulcsszerepet játszik a tárgyészlelés, a szelfszerveződés és a szelf–tárgy diffe-*

6 Hülomorfizmus: anyag és forma kettősségében való gondolkodás (Arisztotelész nyomán).

7 Merleau-Ponty filozófiájának etikai hozadékairól bővebben lásd Vermes 2006.

renciáció folyamatában. Ezzel összefüggésben pedig eljutottak oda, hogy a szelfszerveződés fejlődését Merleau-Pontyhoz hasonlóan multimodális, interkorporális folyamatokban gyökereztessék.

A hetvenes évek folyamán sorra születtek azon kísérleti eredmények, amelyek az újszülöttek meglepő amodális észlelési kapacitását igazolták (Kulcsár 1996, 127–132.).

A taktilis és vizuális érzékek közötti átjárást igazolták Andrew Meltzoff és Richard Borton kísérletei (Meltzoff, Borton 1979). A kísérlet folyamán háromhetes csecsemők szemét bekötötték, és dudoros cuclit adtak a szájukba. Később a kicsiknek dudoros és nem dudoros cumikat mutattak, ők pedig egyértelműen a dudorosat nézték jobban, vagyis felismerték a látványát annak a cuminak, amelyet korábban csak szopogattak.

Harry McGurk és John MacDonald azt igazolták, hogy az újszülöttek eleve képesek összekötni a látott alakot és az akusztikus élményt: filmeket vetítettek le előttük, amelyeken beszélő arcokat mutattak, miközben az egyik filmen különbözött a hallott hang a látott szájmozgástól, a másikon viszont megegyezett. Az újszülöttek egyértelműen azt a filmet nézték szívesebben, ahol hang és látvány megfelelésben volt (McGurk, MacDonald 1976).

Más kísérletek tanúsága szerint a csecsemők a fényerősség és a hangerősség változása között is képesek megfeleléseket észlelni: David Lewkowicz és Gerald Turkewitz a szívritmus változását mérve „kérdezett meg" háromhetes csecsemőket, akik a hangerősség bizonyos abszolút szintjeinek változására ugyanúgy reagálnak, mint a fényerősség bizonyos abszolút szintjeinek változására (Lewkowicz, Turkewitz 1981).

A proprioceptív és vizuális modalitás kapcsolatát Andrew Meltzoff és Keith Moore írta le (Meltzoff, Moore 1977), de bárki megfigyelheti e jelenséget: háromhetes csecsemők felnőtt viselkedésmintákat követve képesek kinyújtani nyelvüket, kitátani szájukat. Még egy ceruza kinyújtása is nyelvnyújtásra bír egy babát.

Újra felmerült a régi kérdést: vajon honnan tudják az újszülöttek, hogy nekik a másikhoz hasonló arcuk van? Honnan tudják, hogy a látott konfiguráció megfelel egy proprioceptív élménynek? Ezt a kutatók még ma sem tudják pontosan, de egy dolog már biztos: az újszülöttek az információt nem egyetlen sajátos modalitásban élik meg. Úgy tűnik, az érzéki tapasztalás már az újszülötteknél is túllép minden módon és csatornán, és valamilyen szupramodális folyamatban képződik.

Feltételezhető, hogy az észlelés multimodális globalitása eredendőbb, mint a különböző észleleti modalitások tapasztalatainak differenciált megragadása. Számos pszichológiai fejlődéselmélet szerint (Kulcsár 1996) az ontogenezis fejlődési folyamata a korai észlelés globális és diffúz, differenciálatlan állapotából a differenciálódás felé halad.

Barry Stein és Alex Meredith (Stein, Meredith 1990) kísérletei felhívták a figyelmet arra, hogy nincs egyetlen olyan szervezet sem a rovaroktól a főemlősökig, ahol ne működnének interszenzoros funkciók. Az újszülött embergyereknél már a születéskor működőképesek azok a középagyi (collicuralis) rendszerek, amelyek biztosítják a multiszenzoros észlelést. Azonban az emberi fejlődés folyamatában – 6–12 hónapos kor körül – a multimodális észlelés képessége meggyöngül, mert míg korábban a primitívebb collicularis rendszer biztosítja e képességet, 6–12 hónapos kor után ugyanazon funkciók ellátása magasabb szintű agykérgi területekhez kapcsolódik.

Abban a szakaszban, amikor egy primitívebb rendszer magasabbnak adja át a helyét, funkciókiesés támadhat.

Tom Bower elmélete szerint (Bower 1974) a születés táján az egységes érzékleti minőségek nem válnak még külön, ezek differenciálódása a fejlődés és tapasztalatszerzés folyamatában valósul meg. E differenciációt később követi egy másodlagos integráció. Kulcsár szerint „minden bizonnyal kétlépcsős folyamatról van szó, amelyben az intermodális funkciókat a legkorábbi életszakaszban más mechanizmusok biztosítják, mint a későbbiekben" (Kulcsár 1996, 233.).

Valószínű, hogy a Piaget által leírt reciprok asszimilációs folyamatok bizonyos értelemben valóban végbemennek, de nem egy elsődleges, hanem egy másodlagos integráció megragadásai. Vagyis genetikusan előbbi az észlelés multimodális minősége, mint a modalitások önálló működése. Az észlelés ősi, globális multimodális tapasztalata legkorábbi élményeinkhez kötődik, s e primitív, testi tapasztalásmód – átalakulva bár, de – egész életünkben fennmarad. Mindez a pszichológiai fejlődéselméletek felől bizonyos igazolását nyújthatja azon filozófiai elméleteknek, amelyek a multimodális észlelés eredetisége mellett érvelnek, mind pedig azoknak, amelyek a multimodális észlelés tapasztalatát a különböző modalitású érzékletek utólagos integrációjaként, szintéziseként értelmezik. Úgy tűnik, az emberi észlelés fejlődésében az eredeti multimodális érzékelés, és az érettebb szintetizáló folyamat egyaránt jelen van.

A MODALITÁSOK KÖZÖTTI ÁTJÁRÁS MEGÉLT TAPASZTALATA – A VITALITÁSAFFEKTUSOK

A pszichológiai észlelés- és fejlődéselméletek, valamint idegtudományok által leírt folyamatok objektivizáló megfigyelései természetesen legfeljebb csak közvetett módon lehetnek érdekesek a fenomenológiai gondolkodás számára. Sokkal közelebb áll azonban a fenomenológiai szemlélethez a pszichológusok által is fölvetett kérdés: *vajon megragadható-e valamely olyan elem, dimenzió magában a megélt tapasztalatban, amely az intermodális forgalmat biztosítja?*

Heinz Werner (Werner 1948) szerint az intermodális átvitel ilyetén tapasztalati hordozóiként ragadhatók meg a kifejeződő affektusok. Bárki átélheti, miként bonyolítják érzelmeink a modalitások közötti forgalmat. Pillanat alatt beazonosítunk egy dühös hangot éppúgy, mint egy dühös mozdulatot vagy képen látható dühös arckifejezést. Nemcsak egy tekintet, de egy zene, vagy akár egy érintés is lehet szomorú. Werner szerint még kétdimenziós vonalakat is láthatunk szomorúnak vagy vidámnak vagy dühösnek. Az érzelmi percepció működő amodalitása kétségtelen. Kérdés azonban, hogy képes-e az affektivitás tapasztalata a teljes transzmodális forgalmat lebonyolítani? Hiszen a szó szoros értelmében (darwini értelemben) vett affektusokat – örömöt, szomorúságot, félelmet, haragot, utálatot, csodálkozást, érdeklődést, szégyent – viszonylag ritkán élünk meg, az interszenzoros jelenségek viszont állandóan működnek a tapasztalás folyamatában. Így a kifejezett affektusokhoz kötni az interszenzoralitás jelenségét nem kielégítő magyarázat.

E problémát oldotta föl Daniel Stern, mikor azt javasolta, hogy bővítsük ki az affektus fogalmát, s alkossuk meg az affektíven színezett jelenlét egy új, tágabb kategóriáját (Stern 2002). A fent megnevezett kategorikus affektusokon túl megalkotta a vitalitási affektusok kategóriáját. Az interszenzoros forgalmat szerinte elsősorban ezek az úgynevezett vitalitásaffektusok bonyolítják.

A vitalitásaffektusok olyan affektív minőségek, amelyek állandóan jelen vannak életünkben. Mozdulataink sajátos íze, ritmusa, a testi és interkorporális jelenlét állandó affektív telítettsége, tónusa az affektivitás szélesebb jelentésére utal. A vitális affektusok folyamatosan átszínezik egyéni és interszubjektív jelenlétünket, s a környezettel, a természettel való elemi, vitális összehangoltságunkat. Ahogy kinyitok egy ajtót, ahogy felkapom a fejem, ahogy nevetek, ahogy haladok a járdán a többi gyalogos között, ahogy helyezkedek a széken szomszédomhoz képest, ahogy összevillan két szempár, ahogy összehangolódik a lélegzetünk ritmusa, vagy ahogy az egy teremben ülőket elfogja az álmosság stb. – ezek az intermodális átjárást állandóan hordozó vitális affektusok. Egy hanghordozásban és arckifejezésben megnyilvánuló vitalitásaffektus lehet közös: lehangolt, elengedett vagy felvillanyozott.

Mégis, a vitalitásaffektusok variációinak száma végtelen, de beazonosítani nehéz őket, mert olyan tárgyiasítás előtti tapasztalást képviselnek, amelyre nincsenek jó szavaink. Még leginkább a zenei terminusok alkalmasak a vitalitásaffektusok kifejezésére: crescendo, decrescendo, allegro, andante, staccato, legato etc.

Nem annyira az élmény tartalma, hanem sajátos színezete és formája jellemzi őket. Hasonló vitális formát, ritmust mutathat olykor a dühroham, a jókedv rohama vagy egy jó rohanás, gondolattolulás. A művészetben óriási jelentősége van e vitális ritmusnak, színezetnek, hisz ott gyakran fontosabb a kifejezés, az érzés megjelenésének módja, érzéki, vitális megformálódása, mint sajátlagos tárgya vagy tartalma. Például a „Madonna gyermekkel" címmel született millió festmény Mária-alakjainak arcán többnyire ugyanaz az érzés – ugyanaz a kategorikus affektus – tükröződik. Mégis óriási különbség van az ábrázolások között abban a sajátos minőségben, ritmusban, formában, ahogyan ez az érzés megmutatkozik. A kép művészi minősége, hitele, elevensége, „lelke" éppen ebben a sajátos ábrázolásban, vitalitásaffektusban testesül meg. A modern, nonfiguratív művészetek gyakran nem is ábrázolnak kategorikus affektust, mint ahogy nem festenek le felismerhető tárgyat vagy személyt. Amit viszont ábrázolnak, az maga a vitalitásaffektus a maga közvetlenségében.

A sterni vitalitásaffektusok e leírása emlékeztet Merleau-Ponty fentebb már idézett gondolatára: „Az általános nem felettünk van, hanem alattunk (Claudel), és nem előttünk van, hanem mindig a hátunk mögött – atonális zene –, megfelel a lét egységéről szóló filozófiai alapbeállításnak. Ugyanez érvényesül a nem figuratív, felismerhető tárgyak nélküli festészetben, amikor a festő nem a dolgok bőrét festi, hogy annál jobban megmutathassa a húsukat" (Merleau-Ponty 2006, 244.). Úgy tűnik, Stern ugyanarról a tapasztalatról gondolkodik, mint Merleau-Ponty.

A vitalitásaffektusok egyszerre képviselik az érzéki-érzelmi tapasztalat egy elvont, általános és egy rendkívül konkrét és egyedi dimenzióját. Közös öntőformaként, mintázatként kötik össze az eltérő érzéki, érzelmi és tapasztalati minőségeket, ugyanakkor az ismételhetetlen egyediség legközvetlenebb kifejezései.

Sternt nagyon érdekelte, hogy vajon miként tudnánk megragadni, lepárolni az érzékek eredeti amodális integráltságának sajátos, beszéd előtti és többnyire öntudatlan élményét. Azt az érzést, mikor először látunk meg valamit, amelyet addig csak tapintottunk. Talán olyan ez, mint mikor jelenlegi élményünket a korábbival egybecsengő, ismerős érzés tölti meg, a „minden rendben van" elemi érzése. Valószínűleg a valóság borzongató-gyönyörű ismerőssége, amelyet a „déjà vu" élményében átélünk, szintén e minden asszociációt megelőző transzmodális tapasztalásban gyökeredzik (Stern 2002, 62.).

Interszubjektivitás és tárgyészlelés

Azonban e primer multimodális élmény Stern szerint még egy további, rendkívül lényeges jellemzővel tartozik össze: interszubjektív folyamatokban formálódik, az interszubjektivitás tapasztalatának legelemibb hordozója.[8] *Stern szerint magának a szelf–tárgy differenciációnak a legkorábbi élményei a vitálisaffektusok intermodális és interkorporális szövetében artikulálódnak. A későbbi tudatos tárgyészleléseket éppúgy, mint az integrált önészlelést, illetve az interszubjektivitás érettebb tapasztalatát az észlelés eredeti multimodális egybetartottsága készíti elő.*[9]

A kisbaba nagy levegőt vesz, megrezonáltatja hangszálait, s azon nyomban hallja saját ordítását. Átéli ezen élmények időbeli mintázatának összetartozását. E hangra hol több, hol kevesebb idő után megjelenik az anya képe, s a proprioceptív és taktilis élmény, hogy karba vették, s az anya hangja beszél hozzá. Azok a multimodális észleleti szövedékek, amelyek az anyához tartoznak, illeszkednek ugyan a csecsemő vitális élményeinek ritmusához, de soha nem esnek teljesen egybe azzal. E kezdettől észlelt különbség, elcsúszás az alany–tárgy differenciálódás feltétele. *A multimodalitás interszubjektív működése tehát a pszichoanalízis nyelvén szólva egy tárgyállandóság előtti rendet valósít meg az észlelésben.* Hozzájárul önmaga és a másik bontakozó érzékeléséhez: a multimodalitás veleszületett rendezőelve biztosítja azt, hogy az újszülött számára az anyamell nem külön látható és külön szoptató emlő, mint ahogy Piaget képzelte, hanem a másik (egy részének) már integrált élménye. Ugyanakkor a vitalitásaffektusok szintjén zajló korai hangolódás minősége mélységesen (a szelfmag szintjén) meghatározhatja a gyermek intellektuális és érzelmi fejlődését, későbbi személyiségét.

„Azok a képességek – mondja Stern –, amelyek meghatározzák az észleletileg egységes világért felelős transzmodális egyenértékűséget, ugyanazok, mint amelyek lehe-

8 Az „interszubjektivitás" kifejezés némileg mást jelent a pszichológiai gondolkodásban, mint a fenomenológiában. Míg a fenomenológia az ember és ember közötti összekötöttséget és átjárást általában interszubjektivitásnak nevezi, a pszichológiában, így Sternnél is, az interszubjektivitásról csak akkor beszélhetünk, mikor a fejlődés folyamatában már érett, önálló szubjektivitással, érzelmi önállósággal rendelkező lények kerülnek kapcsolatba (erre az újszülött még nem képes). Itt én fenomenológiai, szélesebb értelmében használtam a szót.

9 A szelffejlődést részletesebben tárgyalja Campos Jiménez Anna *Szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása a korai lelki fejlődésben* című tanulmánya jelen kötetben.

tővé teszik az anya és csecsemő számára, hogy affektív összehangolódásba elegyedve érzelmi, hangulati interszubjektivitást érjenek el" (Stern 2002, 167.). De melyek vajon a különböző érzékleti modalitások átjárását biztosító képességek?

Stern szerint már az élet első napjától kezdve egész életünkön át munkálkodnak bennünk a vitális affektusok komplex működésén keresztül *az elvont, szupramodális reprezentáció képességei. Olyan elvont reprezentációk, amelyek még nem a látható, tapintható, hangzó tárgyakat prezentálják, hanem az élmény tárgytapasztalást megelőző, globálisabb minőségeit: alak, intenzitás, időbeli mintázat összetartozását.* Vagyis az alak, intenzitás, időbeli mintázat megegyezését kezdettől felismerik a csecsemők a különböző érzéki modalitásokban. Előbb képesek e multimodális forma általánosságának megragadására, mint a kifejezett tárgyészlelésre.

A multimodalitás értelmezésének tágabb jelentősége a filozófiai hagyományban

A „HATODIK ÉRZÉK" – SENSUS COMMUNIS ARISZTOTELÉSZNÉL

Már maga Stern is észrevette, hogy e szupramodális forgalmat biztosító minőségek rendkívül hasonlítanak az Arisztotelész által leírt ún. „hatodik érzékhez". Arisztotelész azt tanította ugyanis, hogy a különböző érzékeléseink mögött működik bennünk a hatodik, „közös érzék", a *sensus communis, amely nem szervekhez kötött. Ezáltal vagyunk képesek felfogni az érzet olyan minőségeit, amelyek elsődlegesek (azaz amodálisak), s amelyeken osztozik minden érzékszervünk: intenzitás, mozgás, nyugalom, egység, alak, szám (Stern 2002, 166.).*

Ahogy David Ross magyarázza: „Az érzékelést egyetlen készségként kell elgondolnunk, amely bizonyos funkciókat általános természeténél fogva lát el, más funkciók esetében pedig öt sajátos érzékelésfajtává oszlik, és különböző szerveket hoz létre avégett, hogy e sajátos feladatoknak eleget tegyen" (Ross 1996, 182.).

Vessünk most egy pillantást a multimodális „közös érzék" arisztotelészi fogalmára, s arra a hagyományra, amelyet ez megalapozott. Célunk e visszatekintéssel pusztán annyi, hogy a multimodális észlelés fenomenológiai jelentését egy tágabb horizont tükrében is megpillantsuk.

Ross összefoglaló elemzése szerint a *sensus communis* „kifejezés ritkán fordul úgyan elő [Arisztotelész] műveiben, ám jól kezelhető módon, összefoglalva nevez meg egy egész elméletet" (Ross 1996, 182.).[10] Ezen elmélet szerint pedig a *sensus communis* a következő jelentéseket vette fel:

A hatodik érzék egyetlen készség, amely az összes érzék forrása,
ezáltal lehetséges a közös és járulékos érzettárgyak észlelése.

[10] A Ross által megjelölt helyek: 425a27; *De Memoria* 450a10; *De Partibus Animalium* 686a31; vö. *De Somno* 455a15.

- E „közös érzék" egyben az önreflexió egy szerve,
- amely érzéki önreflexiónak affektív színezete van (észlelni az észlelést, vele a létezést – gyönyörűség).
- Mint ilyen, vonatkozik a jóra, s etikai jelentéssel is bír,
- s ezáltal a végső, isteni értelem felé vezet.

Arisztotelész szerint tehát az érzékek között eredeti összetartottság van. Ezen összetartottság azért is lehetséges mert miközben érzékelünk, azt is érzékeljük, hogy érzékelünk, s a különböző modalitásokban történő érzékeléseket tartalmazza ezen érzékek átfogó érzékelése. A minden modalitásban jelen lévő, s azokat átfogó önreflexív elem viszont a létezés örömével és jóságával van összekapcsolva. Az érzéki modalitásokat összekötő *sensus communis* tehát már Arisztotelésznél affektív színezetű, hasonlóképpen, mint Sternnél az interszenzoralitást hordozó vitalitásaffektusok. Talán nem véletlen, hogy a „közös érzék" székhelyét Arisztotelész a szívbe helyezte (Störig 1997, 143.).

Idézzük erről kicsit hosszabban a Nikomakhoszi etikát:

> „Mármost maga az élet mindig jó és kellemes; ez már abból is kiderül, hogy mindenki törekszik utána, sőt, legjobban az erkölcsös és boldog ember, mert hiszen neki legkívánatosabb az élet, s neki legboldogabb a sorsa; másfelől a látó észreveszi azt, hogy lát, a halló azt, hogy hall, a lépő azt, hogy lép, s éppígy egyéb cselekvéseinkben is mindig van valami, ami észreveszi azt, hogy tevékenységet fejtünk ki; pl. ha észreveszünk valamit, akkor észrevesszük azt, hogy észreveszünk, s ha gondolkodunk, akkor észrevesszük azt, hogy gondolkodunk; az a körülmény pedig, hogy észrevesszük azt, hogy észreveszünk vagy gondolkodunk, annyit jelent, hogy észrevesszük azt, hogy vagyunk, mert hiszen a létezést egybevettük az észrevevéssel, vagy a gondolkodással; annak az észrevevése pedig, hogy élünk, az önmagában véve gyönyörűséges dolgokhoz tartozik, mivel az élet természettől fogva jó, tehát annak az észrevevése, hogy a jó megvan bennünk, gyönyörűséget okoz; s az élet kívánatos, s elsősorban az erkölcsös embernek, mert neki a létezés jó, és gyönyörűséges: gyönyörűséget érez amiatt, hogy érzi magában annak jelenlétét, ami önmagában véve jó; s végül amilyen viszonyban van önmagával az erkölcsös ember, ugyanolyanban van barátjával is, mert a barát az ő második énje; ha tehát mindez igaz, akkor ebből az következik, hogy valamint a maga létezése minden embernek kívánatos, éppúgy vagy legalábbis hasonlóképpen, kívánatos neki a barátja létezése is. A lét pedig – fentebbi megállapításunk szerint azért kívánatos neki, mert észreveszi magáról, hogy jó [...] ez az észrevevés pedig már önmagában véve gyönyörűséges; észre kell tehát vennie a barátjáról is, hogy létezik, ez pedig csak a vele való együttélésben s a szóban és gondolatban való közösségben valósulhat meg" (Arisztotelész 1987, 268–269.).

A SENSUS COMMUNIS ÉS A RACIONALIZMUS KRITIKÁJA A FILOZÓFIATÖRTÉNETI HAGYOMÁNYBAN

A modalitások közös forrását képező hatodik érzék etikailag is telített arisztotelészi gondolatára később aztán egész humanista hagyomány épült rá, amely a „közös érzék" tapasztalatának ismeretelméleti és etikai telítettségét a racionalizmus kritikájaként használta.

A *sensus communis* már a sztoában[11] az összes ember közös fogalmainak szerve, a teoretikus, morális és vallási ösztön egy fajtája. Aquinói Tamás szerint a *sensus communis* a külső érzékek közös gyökere, illetve az őket kombináló képesség, amely valamennyi ember közös képessége (Gadamer 1984, 39.).[12] Shaftesbury szerint a közjó iránti érzéket jelenti, „a közösség vagy társadalom szeretetét, természetes vonzalmat, emberséget, szolgálatkészséget". Szociális erény, inkább a szív, mint a fej erénye (Gadamer 1984, 40.).

A 18. századi sváb pietista, Friedrich Oetinger a *sensus communis*t részletes vizsgálatnak vetette alá, amely a racionalizmus ellen irányult. A *sensus communis*t úgy határozza meg, mint amely „az egész emberiség számára jelen lévő tárgyak eleven és mélyreható észlelése, mindannak közvetlen tapintása és látása révén, amelyek a legegyszerűbbek" (Gadamer 1984, 43.), s ezt tekintette minden igazság forrásának. Visszanyúlt a látást, hallást stb. egyesítő „közös érzék" arisztotelészi kérdéséhez, s e közös tapasztalatot a voltaképpeni isteni élettitok igazolására használta. Az élet isteni titka annak egyszerűsége – s ha az ember a bűnbeeséssel ezt el is veszítette, Isten kegyelméből vissza tud találni az egységhez és egyszerűséghez. Isten jelenvalósága magában ebben az életben áll, amely a *sensus communis* által megközelíthető.

A közös igazságok iránti fogékonyságot Oetinger kifejezetten úgy értelmezte, mint „érzéki" igazságokat, mint ösztönök komplexumát, mint a természetes törekvések teljességét. Mint ilyeneket, megkülönböztette őket a racionális igazságoktól, amelyek ezen egészlegességből absztraháltak. „Szemben a természet erőszakos szétszabdalásával a kísérlet és a számítás révén, Oetinger az egyszerűből a sokfélévé való természetes kibontakozást az isteni alkotás és vele együtt az emberi szellem általános növekedési törvényének tartja" (Gadamer 1984, 43.).

A *sensus communis* komplex tapasztalatának felmutatása a XVII–XVIII. században megerősödött racionalizmus egyoldalúságát volt hivatott ellensúlyozni, hisz „a ratio gyakran Isten nélkül kormányozza magát a szabályok révén, az érzék mindig csak Istennel." (Gadamer 1984, 43.).

A XVIII. század végére azonban visszaszorult a pietizmus, s a *sensus communis* fogalom jelentése meggyöngült, leegyszerűsödött. Mindinkább mint puszta korrekciós lehetőséget értelmezték: ami ellentmond az érzékekben és ítéletekben rejlő konszenzusnak, az nem lehet helyes. A kifejezés jelentéssel telített komplexitása elhalványult. A *sensus communis* nem jelentette többé az érzékekben feltáruló

11 Sztoa: ókori filozófiai irányzat.

12 Hans-Georg Gadamer az *Igazság és módszer*ben összefoglalta e fogalom történetét. Itt nagymértékben támaszkodunk az ő áttekintésére: Gadamer 1984, 37–44.

létértelmet, nem hordozta az isteni élettitkot, az érték és értelem érzéki megmutatkozása kivonult a *sensus communis* tapasztalatából. A XVIII. század végére a fogalom intellektualizálódott, visszaszorult és kiüresedett. A *sensus communis*ra való hivatkozást már maga Immanuel Kant is elutasította.

SENSUS COMMUNIS ÉS FENOMENOLÓGIA

Az a törekvés tehát, ahogy a XX. századi fenomenológia, illetve a pszichológia, a pszichoanalízis egyes irányzatai újra felértékelik az érzékek és az élőlények intermodális és interkorporális összeszövődésének tapasztalatát, s ezen összeszövődést az értelemképződés terepének tekintik – egy régi gondolat újjáéledéseként is megvizsgálható. A fenomenológia azon erőfeszítése sem új, hogy ezen eleven életvilágbeli tapasztalatot egyfajta racionalizmuskritikaként, a kiürült és egyoldalú racionalizálás, a rögzült tárgytételezések kritikájaként használja.

A *sensus communis* hagyományos gondolatának számos aspektusa – új alakot öltve, új dimenziókat megnyitva – megjelent a fenomenológiában, elsősorban Merleau-Ponty filozófiájában, illetve a fenomenológiai kutatást megerősíteni képes pszichológiai elméletekben. Ezek az aspektusok nagyjából a következők:

- Az észlelés multimodalitása lehetővé teszi valóságtapasztalatunk mélységét, s egyben mélységes benne foglaltságunkat, involváltságunkat a valóságban.
- A különböző érzéki modalitások egybetartozása, egymásra vonatkozása összefügg az észlelés önreflexív jellegével.
- Ezen érzéki önreflexió, mint működő intermodalitás affektíven színezett.
- Az észlelés eredeti intermodalitása olyan rend, működő univerzalitás, amely megelőzi a tárgy- és öntudatot, s ezek alapját képezi.
- Az észlelés intermodalitása túlnyúlik az individualitáson, összetartozik a tapasztalat interkorporális-interszubjektív jellegével.
- A multimodális interkorporális észleléstől elválaszthatatlan az egészhez tartozás, a vad lét e szövedéke a végső értelemképződés terepe.
- Ez az egészhez tartozás egy univerzális, érzéki felelősség lehetőségét nyitja meg.

Itt épp csak felvetjük e témákat. Az észlelt világban való bennefoglaltság az észlelések egymást tükröző, mélyítő reflexív kapacitása – mint fentebb leírtuk – központi témája Merleau-Ponty filozófiájának. Az arisztotelészi *sensus communis*ban megjelenő önreflexív elem, éppúgy, mint a vele járó öröm, szintén nagyon közel állt gondolkodásához: saját húsunkban a világ húsa érzi magát, s az érzékelhető létnek ez a megélt osztatlansága maga a par excellence öröm: öröm-realitás – gyönyör-valóság (plaisir-réalité) (Merleau-Ponty 1964, 309.). A multimodális interkorporális észlelés eredendő összekötöttsége az affektivitással nem csak Merleau-Ponty filozófiájában nyilvánvaló, de az újabb pszichológiai szelfszerveződés-elméletekben is. Fentebb Stern vitalitásaffektusainak vizsgálatával egészítettük ki a testi-interkorporális szelfszerveződés fenomenológiai elméletét.

Arisztotelésznél a *sensus communis*szal összekapcsolódik a lét egészéhez való odatartozás érzése. Merleau-Pontynál az interszenzoros-interkorporális észlelés radikalizálása a létkérdés új felvetését teszi lehetővé, az érzékek dinamikus egységében a Lét egysége mutatja meg magát. „Az általános nem felettünk van, hanem alattunk, és nem előttünk, hanem a hátunk mögött. [...] Mindez a Lét oszthatatlan egységére megy vissza" (Merleau-Ponty 2006, 244.).

Mind az újabb fenomenológia, mind a sterni elmélet szerint az észlelés eredeti multimodalitása a direkt tárgyintenciót – én–tágy differenciációt megelőző – előkészítő rendeződése a tapasztalatnak. E „működő intencionalitás", a multimodális mintázatok passzív szintéziseinek, általánosulásainak és differenciálódásának tudat előtti világa tárgyak előtt és tárgyakon túl formálja valóságtapasztalatunk interkorporális szövetét. Ez a szerveződés előfeltétele és talaja a tárgyképződésnek, az alany–tárgy viszonynak, de láthatatlan, öntudatlan módon szervezi a tapasztalatot, így az objektív valóságészlelésben, a hétköznapi és tudományos tárgytételezések világában háttérbe szorul.

Amikor a tapasztalatok eltárgyiasítása túlszalad, bemerevül, a *sensus communis* pre- és posztobjektív, affektív és holisztikus rendje különleges értékre tesz szert. Máskor e tapasztalat kulturális, filozófiai képviselete visszasüllyedni látszik az öntudatlanság, a semmitmondó „közhely", vagy a miszticizmus, vitalizmus mocsarába. Valójában ilyenkor is munkálkodik, némán telítve bensőséges értelemmel, mélységgel a dolgok és tárgyak kétdimenziós világát, a valóság tudatos rendjeinek vázlatos térképeit. Az „életvilág", vagy a „hús" dinamikus rendeződéseit a tárgyak elvont, kétdimenziós világához képest a többdimenziós beágyazottság, multimodális mélység, bennefoglaltság, a holisztikus összetartottság és összetartozás elemi tapasztalata kíséri. Másrészt ugyanez a multiszenzorális, interkorporális szövet a nyitottság, a nyitott értelemgenezis talaja.

Az interszenzoralitás kétértelműsége

Madártávlatból tekintve azonban a különböző érzéki modalitásokat egybetartó „közös érzék", interszenzoralitás *két ellentétes interpretáció lehetőségét hordozza.*

Az egyik a fent leírt értelmezés: a *sensus communis*, mint a legelemibb érzéki, interszubjektív és holisztikus tapasztalat az elvont, túlhajtott racionalizmust kritizáló humanizmus talaja lett.

Másrészt azonban az a gondolat, hogy az érzéki tapasztalatok lefordíthatók egymásra, illetve a „másodlagos minőségek" lefordíthatók a mérhető „elsődleges" minőségekre (Galilei, Descartes, Newton, Locke) az érzéki univerzumba való beágyazottság tagadásához vezetett.[13] Az intenzitás, ritmus, egység, alak, szám modalitásokat átkötő öntőformái a valóság formalizálásával, matematizálásával kapcsolódtak össze, eltávolodva attól a közvetlen érzéki telítettségtől, amelyben funkcionálnak. A modalitások közötti átjárást biztosító formai elem absztrakciója alapját képezte annak a XVII. század óta végbemenő egyoldalú racionalizálásnak, amelyet a *sensus communis* holisztikus értelmezését képviselő humanizmus kritizált. A sajátos érzéki minőségek lefordítása egyetlen minőségre, a vizualitás mérhető tériségére, vagyis a minőség lefordítása mennyiségre, a valóság újkori matematizálásával, az értelem instrumentalizálásával kapcsolódott össze.

A gondolkodástörténet megmutatta: nem mindegy, hogyan értelmezzük a multimodalitás, az interszenzoralitás tapasztalatát: úgy, hogy az érzetminőségek egymásra lefordíthatók, vagy úgy, hogy az egymásra lefordíthatatlan érzetminőségek között eredeti összekötöttség és átjárás van.

Az előbbi értelmezés, miszerint az ún. másodlagos minőségek mindig lefordíthatók az elsődlegesre, a vizualitás és a racionális kontroll dominanciájához vezetett, az érzéki-interszubjektív beágyazottságot megtagadó, felülíró racionalizmushoz, s a vele járó technikai civilizációhoz.

A fenomenológia – elsősorban Merleau-Ponty filozófiája – a multimodalitás másik jelentését ragadja meg. Egyszerre állítja az érzéki minőségek, s egyedi nézőpontok redukálhatatlanságát és mélységes összetartozását. Mindamellett már látja a különböző leegyszerűsítések és redukciók veszedelmeit, s így lehetősége nyílik arra, hogy a „közös érzék" hagyományos tapasztalatát új szinten fogalmazza meg. Ebben segítségére lehetnek a pszichológiai kutatások fentebb vázolt eredményei, amelyek –felmutatva, hogy az észlelés eredendően multimodális, s a modalitások közötti összhangzás megtapasztalása nem igényel utólagos, tudati összekapcsolást – hasonlóképpen hozzájárulnak az öntudatot és környezetét élesen szembeállító karteziánus személyiségmodell felszámolásához.

Egy integráltabb személyiségmodell kialakítása azonban nem azt jelenti, hogy a *sensus communis* tapasztalatában megnyíló telítettséget és vitalitást idealizáljuk, szembeállítjuk az értelemmel, vagy akár fölé helyezzük az értelemnek. A fenomenológia számára megnyíló történelmi feladat sokkal inkább az értelem és a *sensus communis* újszerű összekapcsolása, s az utóbbiból kiszakadt racionalitás újraintegrálása – vagyis az életvilág jelentésszerkezetein alapuló racionalitás kidolgozása. Erazim Kohák szavaival: „zárójelbe kell tennünk saját világkonstrukcióinkat és nyitott szemmel tekintenünk életünk világára, melynek szerkezetét értelme és értéke alkotja, s az ésszerűségről alkotott fogalmunkat ezekre az értelmes struktúrákra alapozhatjuk" (Kohák 2005, 326.).

A *sensus communis*sal összefonódó értelem és értékdimenziók működése természetesen nem azt jelenti, hogy mindaz, amit megtapasztalunk érzéki környezetünkben, eleve jó és igaz. A közhelyként, puszta szokásként értett *sensus communis* önmagában nem hordoz etikai értéket.

De a *sensus communis* arisztoteleszi hagyománya – mint láttuk – többet jelentett, mint a meglévő tapasztalatok, szokások merev banalitása. Mint ahogy a multimo-

13 Edmund Husserl *Az európai tudományok válságá*ban írja: Galilei szemben a természet matematikai rendjének elsődleges objektivitásával „...a sajátosan érzéki minőségek pusztán szubjektív jellegét állítja. [...] Ha életünk szemlélhető világa csupán szubjektív, ez megfosztja értékétől a tudomány előttl és a tudományon kívüli élet összes igazságát is, amelyek életünk tényleges létét érintik, csak annyiban van némi jelenésük, hogy hamis voltuk ellenére mégis homályosan tudósítanak a lehetséges tapasztalat e világa mögött rejlő, hozzá képest transzcendens magánvalóról. [...] A természet 'igazi, magánvaló létében': matematikai." (Husserl 1998, 78.)

dális dimenziókat összetartó „hús" fogalma is többet jelent a szellemtől megfosztott nyers materialitásnál. Mindkét fogalom esetében az érzékekben már immanens módon benne munkáló értelem kifejezésének vagyunk tanúi. Együttérzés és értelem csak úgy érhet össze, ha az értelem már az érzékek munkájában is jelen van.

A fenomenológia feladata: saját mélysége felől megvilágítani, immanens értelme felől megnyitni érzéki valóságunkba való beágyazottságunkat. A filozófiai megértés dolga nem az, hogy egy kívülálló racionalitás nézőpontjából tárgyiasítsa, modellálja, széttördelje és instrumentalizálja a megélt tapasztalatot, hanem hogy abban a mélységben, ahol létünk közvetlenségét megéljük, tárja fel az értelem fényét.

Terápiás konzekvenciák

Az interszubjektív fordulat

Ahogy fentebb megmutattuk, a modern tudományos gondolkodás izolálta az emberi érzékszerveket és a személyeket is: az érzéki tapasztalatok atomizálódtak és magánüggyé váltak (Gadamer 1984). Nem volt véletlen, hogy ez a két elszigetelődés egy időben zajlott, mint ahogy az sem véletlen, hogy az interszenzoralitás és az interszubjektivitás elméletei párhuzamosan keltek új életre a huszadik század közepétől. A természettudományok túlzó és naiv racionalizmusával szemben a fenomenológia – mint fentebb láthattuk – visszatért a „közös érzék" humanista hagyományához.

A pszichológiában a filozófiához hasonló folyamat játszódott le. Sigmund Freud az elsődleges nárcizmus elméletének megfogalmazásakor – kortársaihoz hasonló módon – még figyelmen kívül hagyta a *sensus communis* interszubjektív hagyományát (Freud 1914). Azonban az 1950-es évek óta paradigmaváltás történt a pszichoanalitikus elméletben: az egyszemélyes, belső folyamatban való gondolkodást felváltotta a kétszemélyes pszichológia, az interszubjektív, kapcsolati modell, amely szerint a szelf eredete nemcsak testi, korporeális, hanem kapcsolati, interszubjektív is. Olyan megközelítésekre utalunk itt, mint a tárgykapcsolat-elmélet (Hamilton 1996), az interszubjektivitás (Stolorow, Brandchaft, Atwood 1983), a kötődéselmélet (Bowlby 1969) és Stern szelffejlődésmodellje (Stern 2002), amely – mint fentebb rámutattunk – összekapcsolta az interszubjektivitás és az interszenzoralitás elméleteit.

Interszenzoros-interszubjektív hangolódás a mozgás- és táncterápiában

Az interszenzoros és interszubjektív hangolódás megtapasztalása és finomodása a mozgás- és táncterápiák egyik központi eleme és terápiás komponense. A kreatív mozgás során aktiválódó interszenzoros és interszubjektív hangolódás hatására magszelfszintű újrastrukturálódásra nyílik lehetőség. Mobilizálódik a fejlődés egy korábbi rétege, a szelfmag primordiális, implicit mintákat hordozó tartománya (Stern 2002). Az implicit tudás – szemben a pszichoanalitikus „dinamikus tudattalannal" –

nem tudatos, mivel soha nem is volt tudatos, soha nem fojtódott el, soha nem is szimbolizálódott. (Stern 2009). Ennek az implicit tudásnak nagy része testi tapasztalat, nem fordítható át szavakba, ugyanakkor átdolgozható mozgással, nonverbális hangolódással. Mindazonáltal az implicit anyag egy része be tud lépni a szimbolizáció folyamatába. Így – a vitalitásaffektusok mobilizálódásának köszönhetően – terápiás változás lehetséges a mozgás- és táncterápiában azokban az esetekben is, ahol a szimbolizáció folyamata elakadt. A magszelf Stern modelljében a szelférzet korai formája, a személyiség alapját képező réteg, amely szavakkal rendszerint nem elérhető (Stern 2002). E szelfmagszintű hangolódás a mozgásimprovizáció folyamatát mélységesen áthatja és inspirálja, azonban a megfelelően előkészített mozgásimprovizáció az élmények preszimbolikus és szimbolikus, metaforikus megjelenését is lehetővé teszi (Samaritter 2009).

A sterni szelfszerveződés-modell a nyolcvanas évektől megerősítette és elméletileg alátámasztotta a mozgás- és táncterápiák gyakorlati tudását. A vitalitásaffektusok felfedezése igazolta a jól működő terápiás gyakorlatot, és elmélyítette az emberi mozgásra és önérzékelésre vonatkozó terápiás megértést. Az egyik első táncterapeuta, Marian Chace (1896–1970) a csoportegység és az interakciók terápiás hatását hangsúlyozta (Lewis 1979), a jungiánus modell a belső figyelemre helyezte a hangsúlyt. A különböző mozgás- és táncterápiás módszerek a *sensus communis más és más aspektusaira építenek.*

A szerző terápiás tapasztalatait a Merényi Márta (Merényi 2004) által kidolgozott pszichodinamikus mozgás- és táncterápia[14] (PMT) módszerével szerezte. A PMT-ben nagy jelentőséget tulajdonítunk a mozgásimprovizációt inspiráló interszenzoros-interszubjektív hangolódásnak, amely az „implicit kapcsolati tudás" rejtett mintázatait mobilizálja, és az önészlelés, valamint a személyközi helyzetek észlelésének új dimenzióira nyit kaput. Az improvizáció folyamatában olykor csukott szemmel mozgunk a belső, testi érzetekre koncentrálva, amelyek a hétköznapokban rendszerint fel sem tűnnek. De dönthetünk úgy, hogy szemünket kinyitva kilépünk a látható valóságba, miközben fenntartjuk a kapcsolatot a belső érzeteinkkel. Ekkor a belső és külső élmények ritmusa egybeszövődik, további mozgáslehetőségeket inspirálva. A mozgás során a tapasztalás különböző modalitásai működnek együtt: érintés, látás, hallás, szaglás rezonálnak egymásra és alakítják a saját folyamatot. Mindezeken túl, a mozgó személy testi érzeteinek, impulzusainak és mozgásának ritmusa összehangolódik a többiekével, s ebből a kölcsönhatásból közös, eleven tánc születik. A többdimenziós élmény erősíti az egyén koherenciaérzését és a csoportkoherenciát, az egybetartozás érzését is. Ezzel egyidőben az elkülönülés élményét is megadja: a mozgó személyek ritmusa differenciálódik, és az énhatárok észlelése pontosabbá válik. A mozgásos önérzékelés élményei mobilizálják a testi érzetekbe rögzült, preszimbolikus kapcsolati tudást, de felszínre hozzák a szimbolikusan megmutatkozó tudattalan tartalmakat is. Ezek az összetett (esetenként katartikus) mozgásélmények a verbális átdolgozással kiegészítve teszik lehetővé a terápiás változást.

14 Erről bővebben lásd e kötetben Jarovinszkij Vera és Kiss Tibor Cece *Mozgás és tánc terápiás alkalmazása gyerekeknél* című írását.

A SENSUS COMMUNIS FRAGMENTÁCIÓJA ÉS REINTEGRÁCIÓJA

Amint utaltunk rá, az érzékszervi modalitások differenciálódásának, valamint a személyek elkülönülésének tapasztalatát nyújtó törések, folytonossághiányok bizonyos mértékig a létezés élményének alapelemei. Azonban e törések szakadékká mélyülhetnek: a „látásközpontú" tudásparadigma által dominált és más érzékszervi modalitásokat elhanyagoló (Levin 1993) személyiségmodell elidegenít bennünket az interszenzoros-interszubjektív hangolódás organikus szövetétől. A valóság komplex érzékelését nemcsak pszichopatológiai, de kulturális tényezők is nehezítik. A képiség által mindinkább elárasztott kultúra a vizualitás aránytalan dominanciájához, s a többi érzék háttérbe szorulásához vezet: kívülről nézett, s közvetlenül átélt érzeteink szétszakadnak. Ha túlzott mértékben elragad minket a külső, vizuális világ, elveszíthetjük a megélt kapcsolatot többi érzékünkkel, közvetlenül megélt önmagunkkal. Másfelől azonban, ha túlzottan elárasztanak minket a közvetlen testérzetek, képtelenné válhatunk látni a másikat vagy önmagukat egy külső nézőpontból.

A külső képek által túlságosan uralt önérzékelés könnyen válik kétdimenzióssá. Katya Bloom Melanie Klein pszichoanalitikus elmélete (Klein 1975) nyomán paranoid-szkizoidnak nevezi a vizualitás által túlzottan eluralt önérzékelést – az ilyen személy önmagát a mások által látott mélység nélküli képpel azonosítja. Az érettebb depresszív pozíció a valóság és önérzékelés interszenzoros-interszubjektív mélységeit jelenti. Nemcsak egy mások által uralt külső kép vagyok, hanem sokféle belső-külső, szubjektív-interszubjektív érzéklet integrációja. „Amikor a »paranoid-szkizoid« pozíciót felváltja a »depresszív« pozíció, bekövetkezik egy váltás az élményben: a kifeszített felületként működő kétdimenziós felszínű szelférzettől egy háromdimenziós, belső mélységgel rendelkező létezésbe lépünk át" (Bloom 2006, 53.). Ha elveszítjük a kapcsolatot ezzel az interszenzoros-interszubjektív szövettel, elkerülhetetlenül a kozmikus magány és izolálódás lesz sorunk.

A mozgás- és táncterápiák egyik legfőbb feladata a *sensus communis* szétszakadt szövetének a reparációja. E reparáció lehetővé teszi a korai, preszimbolikus sérülések reparációját, a sérült, implicit kapcsolati mintázatok korrekcióját, s előkészíti a szimbolizáció új útjait (Merényi 2004). A szomatikus áttétel-viszontáttétel jelensége (Dosamantes-Beaudry 2007; Boas 2004) maga is a fent leírt interkorporális összekapcsoltságból, az interszenzoros-interszubjektív hangolódás egyesítő és differenciáló erejéből származik. E témákat jelen írás keretei között már nem tudjuk részletesebben megvizsgálni. Azt azonban mindenképpen megállapíthatjuk, hogy a mozgás- és táncterápiás csoportok világában a *sensus communis* – a „közös érzék" – új jelentéssel telítődik. A kiemelt testi figyelem és a mozgásos önérzékelés nemcsak a személyes témák átdolgozását teszi lehetővé, de a kulturális rögzüléseket is oldja. A mozgás- és táncterápiák gyakorlata túlmutat a személyes változásokon. Részét képezi annak az egész kultúrában zajló testi fordulatnak, amely – meghaladva a modern emberkép egyoldalúságát – újra felfedezi az érzékeket és személyeket összekötő interszenzoros-interszubjektív szövedéket, a *sensus communist*.

Irodalom

ABRAM, D. (2005): *Merleau-Ponty és a Föld hangja.* In: Lányi A. (szerk.), Jávor B. (szerk.): Környezet és etika: Szöveggyűjtemény. L'Harmattan, Budapest, 328–349.

ARISZTOTELÉSZ (1987): *Nikomakhoszi etika.* Európa, Budapest.

BLOOM, K. (2006): *The embodied self. Movement and psychoanalysis.* Karnac, London.

BOAS, S. (2004): *The body of culture. The transcultural competence in dance movement therapy.* In: Payne, H. (ed.): *Dance movement therapy. Theory, research and practice,* London: Routledge, 112–131.

BOWER, T. G. R. (1974): *Development in infancy.* Freeman, San Francisco.

BOWLBY, J. (1969): *Attachment and loss.* Hogarth, London.

DOSAMANTES-BEAUDRY, I. (2007): *Somatic transference and countertransference in Psychoanalytic Intersubjective Dance/Movement Therapy.* Journal of American Dance Therapy, 29/2, 73–89.

EMBREE, L. E. (1997): *Gestalt psychology.* In: *Encyclopedia of phenomenology.* Kluwer, Dordrecht, 276–281.

FREUD, S. (1914): *On narcissism. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud: Vol. 14.* Hogarth, London, 67–102.

GADAMER, H. G. (1984): *Igazság és módszer: Egy filozófiai hermeneutika vázlata.* Gondolat, Budapest.

HAMILTON, N. G. (1996): *Tárgykapcsolat-elmélet a gyakorlatban.* Animula, Budapest.

HUSSERL, E. (1998): *Az európai tudományok válsága I.*, Atlantisz, Budapest.

KLEIN, M. (1975): *The writings of Melanie Klein.* Volume 1–4. Hogarth, London.

KOHÁK E. (2005): *Az értelmes szív.* In: Lányi A. (szerk.), Jávor B. (szerk.): *Környezet és etika: Szöveggyűjtemény.* L'Harmattan, Budapest, 311–327.

KULCSÁR Zs. (1996): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók: Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai elemzésben.* Akadémiai, Budapest.

LEVIN, D. M. (1993): *Modernity and hegemony of vision.* University of California Press, Berkeley.

LEWIS, P. (1979): *Theoretical approaches in dance-movement therapy: Vol. 1.* Kendall, Hunt, Dubuque.

LEWKOWICZ, D. J.; TURKEWITZ, G. (1981): *Intersensory interaction in newborns: Modification of visual preferences following exposure to sound.* Child Development, 52/3, 827–832.

MCGURK, H.; MACDONALD, J. (1976): *Hearing lips and seeing voices,* Nature 264, 746–748.

MELTZOFF, A. N.; BORTON, W. (1979): *Intermodal matching by human neonates.* Nature, 282, 403–404.

MELTZOFF, A. N.; MOORE, M. K. (1977): *Imitation of facial and manual gestures by human neonates.* Science, 198, 75–78.

MERÉNYI M. (2004): *Mozgás- és táncterápia.* Pszichoterápia, 13/1, 4–15.

MERLEAU-PONTY, M. (1942): *La structure du comportement.* Presses Universitaires de France, Paris.

MERLEAU-PONTY, M. (1945): *Phénoménologie de la perception.* Gallimard, Paris.

MERLEAU-PONTY, M. (1960): *Signes,* Gallimard, Paris.

MERLEAU-PONTY, M. (1964): *Le visible et l'invisible.* Gallimard, Paris.
MERLEAU-PONTY, M. (2006): *A látható és a láthatatlan.* L'Harmattan, Budapest.
ROSS, S. D. (1996): *Arisztotelész.* Osiris, Budapest.
SAMARITTER, R. (2009): *The use of metaphors in dance movement therapy.* Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 4/1, 33–43.
STEIN, B. E.; MEREDITH, M. A. (1990): *Multisensory integration: Neural and behavioral solutions for dealing with stimuli from different sensory modalities.* Annals of the New York Academy of Sciences, 608, 51–70.
STERN, D. N. (2002): *A csecsemő személyközi világa a pszichoanalízis és a fejlődéslélektan tükrében.* Animula, Budapest.
STERN, D. N. (2009): *A jelen pillanat. Mikroanalízis a pszichoterápiában.* Animula, Budapest.
STOLOROW, R. D.; BRANDCHAFT, B.; ATWOOD, G. E. (1983): *Intersubjectivity in psychoanalytic treatment: With special reference to archaic states.* Bulletin of the Menninger Clinic, 47/2, 117–128.
STÖRIG, H. J. (1997): *A filozófia világtörténete.* Helikon, Budapest.
SZABÓ Zs. (2005): *A keletkezés ontológiája: A végtelen fenomenológiája.* L'Harmattan, Budapest.
VERMES K. (2006): *A test éthosza: A test és a másik tapasztalatainak összefüggése Merleau-Ponty és Lévinas filozófiájában.* L'Harmattan, Budapest.
WERNER, H. (1948): *Comparative psychology of mental development.* International University Press, New York.

Szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása a korai lelki fejlődésben

Campos Jiménez Anna

Mozgásterápia sokféle területen használatos eltérő célokkal, alkalmazható például az egészségügyben rehabilitációra, illetve képességfejlesztési céllal vagy pszichoterápiaként is. Az eltérő irányok részint közös, részint más-más elméleti bázison alapulnak. Az elnevezés igen tág, és a fejezet keretei határt szabnak annak, hogy minden irányvonalára külön reflektáljunk. Mégis közös elem bennük *a mozgás és a közben átélhető tapasztalatok, érzékelések használata,* amelynek segítségével a magasabb fokú integráció különféle testi vagy lelki lehetőségeihez juthatnak el a résztvevők, vagy egyébfajta önismereti út nyílik számukra. Ezekben a terápiákban főként a mozgáson keresztül kerülünk kapcsolatba a bennünket körülvevő térrel, tárgyakkal és emberekkel. Jelen írásomban a fókuszt a gyermekeknél használatos szenzoros integrációs terápia Anna Jean Ayres által kidolgozott formájára – amely saját elméletalkotására és kutatómunkájára épül (Ayres' Sensory Integration – ASI) –, illetve annak Magyarországon továbbfejlesztett irányára, a dinamikus szenzoros integrációs terápiára (DSZIT) helyezem.

Hogyan lesz a mozgásból, mozdulatokból magasabb fokú integráció, önismeret? Ahhoz, hogy ennek hatásmechanizmusát jobban érthessük, szükséges néhány fontos elméleti szál áttekintése, amelyek segítenek a mozgásterápiás folyamat mechanizmusainak későbbi megvilágításában, és érthetőbbé teszik azokat az alapokat, melyekre e terápiás folyamat épül.

Az Ayres-féle szenzoros integrációs terápia légkörének pszichoterápiás aspektusai

Ayres is megfogalmazza, hogy a perceptuális és motoros fejlődés nem izoláltan történik, hanem a környezettel való interakció során (Ayres 1999). A gyermek észlel valamit, és erre megpróbál adaptívan válaszolni, ami gyakran valamilyen szándékos mozgás, célirányos cselekedet által valósul meg. Kiemelném tőle azt a gondolatot, miszerint „az adaptáció feltételezi, hogy bizonyos mértékig uraljuk a környezetet, és ne a környezet uraljon bennünket" (Ayres 1999, 15.). Ebben az értelmezésben az adaptív válaszok kialakulása növeli a kompetenciaérzést, és csökkenti a kiszolgáltatottságérzést, a szorongásokat. Ugyanakkor ezek a válaszok – mint nevükben rejlik – alkalmazkodók is, tehát figyelembe veszik a környezetet, a fizikai lehetőségeket és akár más emberek szempontjait, ami kedvez a realitásérzék alakulásának és a társas kapcsolatok fejlődésének. Ayres szerint az adaptív válaszok funkcionális

jelentést adnak a mozgásnak. Ezen keresztül tanuljuk meg, hogy tevékenységünk hogyan hat a környezetre, milyen változást idéz elő, kialakul a helyzetek uralásának élménye. Kiegészíteném azzal, hogy ez a folyamat a szándékolvasás képességét is megalapozhatja (lásd később). A terápiás folyamatban segít minket tájékozódni az, hogy a gyermek cselekvése tükrözi, hogyan dolgozza fel a tapasztalt szenzoros ingereket. A neurális integrációt nem a gyakorlással segítjük elő, hanem a megfelelő környezet kínálásával, amely felfedezésre serkenti a gyermeket. Ebben a folyamatban Ayres szerint óriási a jelentősége az involválódásnak, az érzelmi részvételnek. Hogy ez létrejöhessen, leggyakrabban hagyjuk, hogy a gyermeket saját kíváncsisága, aktivitása vezesse.

Rendkívül fontos, hogy ez a terápiás folyamat kapcsolatban zajlik, két vagy több résztvevő kölcsönös párbeszéde, találkozása. Amennyire fontos a gyermek involválódása, ugyanennyire fontos a terapeuta érzelmi részvétele, jelenléte (Benincasa 2000). A terapeuta figyel, észrevesz, segít vagy háttérben marad, megerősít, ajánl, tükröz, részt vesz a gyermek játékában, fantáziájában – mindezt a gyermek tevékenységére hangolódva teszi. Ez a légkör kedvez az önkifejezés kibontakozásának, a fantázia kibomlásának, mely felfedezésre indítja a gyermeket. A spontán mozgásos játék úgy fűződik, mint felnőtteknél a szabad asszociáció lánca. Így a szenzoros integráció fejlődését támogató folyamat a pszichoterápia szolgálatába is állítható.

A DSZIT mozgásterápiás folyamatot megvilágító pszichológiai elméletek

Az anya-gyermek kapcsolat korai szakaszának fontossága

Ebben a fejezetben azt szeretném bemutatni, hogy a különféle pszichoanalitikus elméletek miként bontják ki az anya-gyermek kapcsolat korai szakaszának fontosságát. Ezen keresztül érthetőbbé válnak bizonyos terápiás mechanizmusok, főként amelyek nem a szavak közvetítésével zajlanak. Számos elmélet kiemeli az anya-gyermek kapcsolat és a terapeuta-páciens kapcsolat párhuzamát. Az elméletek azt is megfogalmazzák, hogy a fejlődés nem egyedi és magába zárt, hanem kapcsolatban történik gyermekkorban és a terápiában is, és párhuzamba állítják az egyéni fejlődési folyamatot a terápiás folyamattal.

A korai fejlődés fókuszba kerülése megerősítette a csecsemőmegfigyelést mint fontos módszert, és ennek nyomán mind a humánetológia képviselői, mind jeles analitikusok fontos felfedezéseket tettek. Ezek a megfigyelések finomították, illetve átalakították a „tudományosan elképzelt csecsemő" képét (Halász 1998; Dornes 2002). Egyrészt a korábbi feltételezéseknél jóval kompetensebb-aktívabb csecsemő képe kezdett kirajzolódni, aki már születéskor rendelkezik kezdetleges énfunkciókkal, és képes szervezni az őt érő ingereket, az átélt tapasztalatokat. Másrészt egyre több adat szólt amellett, hogy a csecsemő születése pillanatától társas lény, biológiai szükséglete, hogy aktívan irányuljon anyja felé, és kevéssé tűnik autisztikusan magába zártnak. Ma már a kutatások is azt támasztják alá, hogy a kiscsecsemő is aktívan alakítja kapcsolatát gondozóival, nem

csak passzív befogadója annak. *Az anya és a gyermek párbeszéde, hangolódása központi fontosságú a fejlődés folyamatában, illetve később a terápiás kapcsolatban, és maga a hangolódás különféle folyamatokat foglal magában.* Bár a csecsemő biológiai érése, szenzomotoros fejlődése, az énfunkciók kibontakozása és a szelffejlődés egymással összefonódva és az anya-gyermek kapcsolatba ágyazottan történik, érdemes szétválasztva is megvizsgálni ezeket az aspektusokat különféle elméletek tükrében. Az elméletek taglalásakor azonban jó azt is szem előtt tartanunk, hogy többé-kevésbé spekulatív jellegűek, megfigyelésük tárgyához valamiféle prekoncepcióval közelednek. Az ember, illetve a csecsemő más-más énállapotát vagy aspektusát ragadják meg, így látszólag ellentmondásosak is lehetnek.

Az anya és gyermek párbeszéde

Az anya-gyermek párbeszéd jelentőségét – amely túlmutat a táplálkozáson – számos szerző kiemeli, így az analitikus irányzat jeles képviselői is. A fizikai ellátottság analógiájára Margaret Mahlernél megjelenik a „narcisztikus ellátás" fogalma, ahol az elismerő, bátorító, „libidinálisan tükröző" szülők stimulálják, energetizálják („elektrifikálják") a gyermeket. Mahler úgy gondolja, hogy amikor a gyermek már távolodóban van anyjától, de még függ tőle, gyakran maga is megkeresi anyját, hogy „narcisztikus fűtőanyagot" tankoljon tőle, majd feltöltődve továbbindul felfedezni a világot (Kulcsár 1996).

René Spitz (idézi Vikár 1993) Sigmund Freuddal egyetértésben pszichológiailag differenciálatlannak tekinti az újszülöttet, aki nem tudja elválasztani sem a külvilágot saját testétől, sem a külvilág egyes tárgyait egymástól, és Mahlerrel egybehangzóan úgy gondolja, hogy az újszülött érzékelését igen magas ingerküszöb védi. Sőt, maga az anya is óvja a külvilág ingereitől, például beburkolással. A viselkedés első formái főként belső érzékelésen, cönesztéziás típusú percepción alapulnak. Ez kezdetben diffúz és lokalizálhatatlan, továbbá összefolyik az érzékszervi észleléssel. Később az érzékelés diakritikusra vált át, és a perifériás érzékszervekből indul ki, miközben a külvilág ingerei jelentéssel telítődnek. Ezt a folyamatot normális anya-gyermek kapcsolatban a két személy „dialógusa", akciók és reakciók egymást követő ciklusai indítják és szabályozzák. Az érzékszervi modalitások elkülönítése fejlődés eredménye. A fejlődés a diffúz cönesztéziás érzékeléstől a közvetlen észrevevésen át a távolsági észrevevésig (látás) vezet. Az észrevevés „bölcsője" szerinte a száj és a szájüreg, ahol az érzékszervi és cönesztéziás érzékelés találkozik. Az orális zóna tehát Spitznél is a viselkedés szabályozásának első területe, akárcsak Freudnál, de emellett kiemeli a kéz, a labirintus és a bőr szerepét. Ezek az érzések sajátos élményegységgé olvadnak, a szopás ritmusához kapcsolódva folytonosan ismétlődnek az első időkben, és feltehetően valamiféle emléknyomot is hátrahagynak.

Spitz az anya-gyermek kapcsolat normális fejlődésében a dialógust, az akciók-reakciók egymásra hatását emeli ki. A gyermekeknél fellépő patológiák szerinte az anya-gyermek kapcsolat elégtelenségéből adódnak: vagy azért, mert a kapcsolat

inadekvát, vagy mert részben, illetve teljességgel hiányzik. Vizsgálatait többek között csecsemőotthonokban nevelt gyermekek között végezte. Felfigyelt arra, hogy a 3 hónapos korukban anyjuktól elválasztott csecsemők, bár testileg megfelelő ellátásban részesültek, először az anaklitikus depresszió jeleit mutatták, majd három hónap elteltével új szindróma alakult ki náluk: a motórium meglassúbbodása és teljes passzivitás (hospitalizmus). Mozgásfejlődésük lemaradt, a második életév végén a norma 45%-át teljesítették, és a megbetegedések, illetve a halálozások arányszáma is nőtt.

A KÖTŐDÉS

Ferenczi Sándor és a hatására született budapesti pszichoanalitikus iskola (Ajkay 1994) – a Bálint házaspár, Hermann Imre és a mások – már igen korán hangsúlyozták, hogy a csecsemő figyelme kezdettől az anya felé is fordul, és nincs olyan rövid periódus élete kezdetén, amikor figyelme csak magára irányulna (ez akkoriban ellentétben állt a Freud által meghatározott uralkodó nézetekkel).

Hermann (Hermann 1984) szerint az embercsecsemő a megkapaszkodás és keresés ösztönellentétpárjával jön a világra, megkapaszkodása azonban – a majomősökkel ellentétben – eleve kielégületlenségre van ítélve. Két szempontból is fontos ezeket a gondolatait kiemelnünk, egyrészt mert hangsúlyozzák a születéstől kezdődő társas létet, másrészt mert ennek biológia megalapozottságát is feltételezik. A társas létet tehát Hermann biológiailag legalább annyira adaptívnak gondolta, mint az én szolgálatában álló viselkedéseket. Ferenczi és Bálinték azt feltételezték, hogy a gyermek kezdetben nem tudja megkülönböztetni magát az anyjától, azzal „duálunióban" él, az elhatárolódás pedig hosszú fejlődés eredménye.

Mahler (Kulcsár 1996) az első analitikus, aki átfogó elméletet alakított ki a csecsemő korai fejlődéséről. Elfogadja Freud nézetét arról, hogy a csecsemő születésekor nem irányul aktívan a külvilág felé, autisztikusan magába zárt. A normál autizmus szakaszában (1. hónap) a csecsemőt ingerbarrier védi a külvilág ingereitől, és ekkor a fiziológiai folyamatok dominanciája jellemző, a percepció pedig cönesztetikus jellegű. Az újszülöttet tehát igen differenciálatlannak tartja, és nem osztja azt a nézetet sem, hogy kezdetben aktívan keresné anyja társaságát. Úgy képzeli, hogy az anya gondoskodása irányítja a gyermek figyelmét egy kontaktpercepciós típusú kapcsolat révén a testbelső felől a test perifériája felé, és az „ingerpajzs" átterjed az anya-gyermek kettős egységére. Ebben a második, szimbiotikus szakaszban a csecsemő teljes függésben van, és saját feszültségcsökkentő eljárásai nem különülnek el számára az anya gondozó viselkedése nyomán nyert tapasztalataitól. Bár a modern csecsemőkutatások nem erősítik meg a szimbiózis létét abban az értelemben, hogy a csecsemő ne lenne képes elhatárolni magát a külvilágtól, de Gergely György (Gergely 1993) és Kulcsár Zsuzsanna (Kulcsár 1996) rámutat arra, hogy a csecsemő homeosztatikus szabályozása még erősen függ az anyától, ilyen értelemben tehát igaz lehet a szimbiózis léte. A kezdeti hónapokban az élmények első szervezési elve a kellemes-kellemetlen események elkülönítésén alapul, amint erre – többek között – Mahler és Otto Kernberg is rámutatott. Kernberg (Kulcsár 1996) szerint a pozitív, illetve a negatív

érzelem a komplex, fiziológiás, perceptuális, viselkedéses és affektív élményt közös emléknyomba sűríti. A csecsemőben zajló történések és a külvilág eseményei tehát szerinte sem különülnek el a gyermek élményvilágában, csak a kellemes, illetve kellemetlen élmények. Mahler szerint nemcsak a szimbiózist határozza meg az anyával való testi kontaktus, hanem a differenciálódás folyamatát is, az anyától való elkülönülést, illetve a testtudat megélését (pl. testhatárok). Ezt nevezi individualizációs folyamatnak. A többféle modalitás összeszerveződésének is fontos szerepe van Mahler elméletében, a testkép egységessé szerveződésében a látásnak például kiemelkedő funkciót tulajdonít.

Melanie Klein (Kulcsár 1996) a társas kapcsolatok, testi történések korai reprezentációit emeli ki, melyek a fantáziában jelennek meg. Igen fontosnak tartja ezeknek a testi fantáziáknak a létét, mivel ezekben a csecsemő pozitívan, illetve negatívan-destruktívan viszonyulhat az anya testéhez. Elmélete nemcsak azért izgalmas, mert a korai anya-gyermek kapcsolatot primitív testi történések szintjén próbálja megközelíteni, hanem mert rámutat arra, hogy a gyermek – pl. frusztráló, félelmetes – fantáziái hogyan torzíthatják el észlelését, ami ronthatja anyjáról alkotott reprezentációit, és így vele való kapcsolatát is. (A folyamat fordítva is igaz, az anya fantáziái is megnehezíthetik csecsemője reális észlelését.)

Harry Harlow különböző helyzetekben vizsgálta a depriváció hatását a korai tanulásban majmoknál, és azt is kutatta, mi történik a kis rhesusokkal társmegvonási helyzetben, ha anyjuktól vagy társaiktól elválasztják őket (Harlow, Harlow 1986). Szerinte a társas kapcsolatok szerepe döntő a fejlődésben, és rámutat arra, hogy az anya-gyermek kapcsolatban a táplálkozáson túl a testi kapcsolatnak olyan minőségei is létfontosságúak, mint a testmeleg vagy a ringatás. Mindkét kutató, Spitz és Harlow eredményei is egyaránt implikálják, hogy a fizikai ellátottság nem elegendő feltétele a fejlődésnek, a testi kontaktusnak is nélkülözhetetlen szerepe van.

Az *„attachment"* kifejezés John Bowlbytól (Bowlby 2009) származik: szerinte olyan ösztönös viselkedést jelöl, „amelynek következménye az anya közelségének fenntartása", és biológiailag ugyanolyan alapvető, mint például a táplálkozás.

René Zazzo (idézi V. Binét 1993) kiemeli, hogy ez is egy elsődleges szükséglet. Kifejti a fogalom megjelenésének előzményeit is: az analitikus irányzatból Kleint, Spitzet és a budapesti iskola képviselőit emeli ki: Hermannt, Ferenczit, Bálint Alice-t és Bálint Mihályt. Az etológusok közül Harlow munkásságát tartja kiemelkedően fontosnak, és úgy gondolja, hogy az attachment fogalma e két irány – etológia és analízis – találkozásából szövődött. Harlow az anyadepriváció hatását vizsgálta állatoknál, Bowlby ugyanezt Spitz nyomdokain embergyermekeknél kutatta.

Bowlby úgy gondolja, hogy a csecsemő veleszületett prediszpozíciókkal rendelkezik szociális kapcsolatok kiépítésére, s mivel a túlélést ez a szociális közeg biztosítja, a kö-

telékkereső viselkedés biológiailag adaptív jellegű. Mind a csecsemő kötődési viselkedése, mind a felnőtt válaszoló viselkedése az evolúció terméke, egymást kiegészítő, komplementer viselkedési rendszerek. Ezt az anya-gyermek kommunikációt több kutató is górcső alá vette, és újszülötteknél is figyelték ennek megnyilvánulásait (pl. imprinting). A későbbiekben a kötelékkereső viselkedést felosztották: vizsgálták az első hónapok kötődési mintázatait, míg az „igazi" ragaszkodás kialakulását (attachment) a 8. hó környékére tették. Bowlby szerint a kötődési rendszer célja, hogy fenntartsa az anya hozzáférhetőségét és érzékenységét, másik oldalról pedig az anyához való megfelelő mértékű közelséget. A gondozó rendelkezésre állása bizakodó elvárást alakít ki. A tapasztalatok alapján reprezentációs minták, vagy belső munkamodellek alakulnak ki. A kötődési rendszerrel kapcsolatban áll a felfedező viselkedési rendszer, a biztonságos kötődés talaján tud elindulni a felfedezés, amely számos készség kialakulására hat. A félelmi rendszer aktiválja a kötődési rendszert.

Alan Sroufe és *Everett Waters* (idézi Fonagy, Target 2005) újrafogalmazták később a kötődési rendszer célját: nem pusztán a fizikai közelség szabályozásának, inkább a biztonság érezhetőségének, vagyis a biztonságos kötődésnek feltétele a megfelelő szelfszabályozást lehetővé tevő gondozó, ellentétben azzal, amikor valaki alul- vagy fölülszabályozza csecsemőjét (lásd később).

Alexander Thomas és munkatársai (idézi Kulcsár 1996) újszülöttek megfigyelése alapján 6 „veleszületett" temperamentum-jellemzőt azonosítottak (pl. aktivitásszint, megnyugtathatóság), amelyek a csecsemő korai magatartását meghatározzák, és befolyásolják a kötődés alakulását. *Több elmélet megfogalmazza, hogy a korai anya-gyermek kapcsolat zavarai leginkább az anya és a csecsemő „össze nem illéséből" adódhatnak, amikor az anya a csecsemő temperamentumbeli jellemzőire nem képes ráhangolódni.* Ez olyan esetekben is zavarhoz vezethet, ahol az anya nem súlyosan patológiás személyiség. A csecsemő reflexeinek, temperamentumának felmérése segítheti a szülőt, hogy gyermekét jobban megismerje, és megelőzhet vagy leállíthat olyan „ördögi köröket" az anya-gyermek kommunikációban, amelyek a kapcsolat romlásához vezetnének.

A későbbi kutatások egy része arra irányult, hogy különféle kötődési típusokat azonosítson be gyermekkorban. Mary Ainsworth dolgozta ki az „idegen helyzet"-kísérletet (Fonagy, Target 2005), amelynek alapján négyféle csecsemőkori belső munkamodellt, vagyis kötődési típust azonosítottak, és később ezekhez eltérő anyai viselkedést tudtak kapcsolni. A négy csoport: a biztonságosan kötődő, a szorongó-elkerülő, a szorongó-ellenálló és a dezorganizált kötődési típus. Ezek a kutatások azután számos másikat indítottak el, amelyek vizsgálták a kötődés és az anya-gyermek kapcsolat összefüggéseit, illetve következtetéseket vontak le a patológiás fejlődés és a terápia vonatkozásában (Fonagy, Target 2005).

TÜKRÖZÉS, TARTALMAZÁS

Donald Winnicott szerint (Winnicott 1999) a csecsemő és az anyai gondoskodás eleinte egy egységet alkot. Egyik híressé vált kijelentése alapján nem létezik önmagában csecsemő, mivel a csecsemő világa nem képzelhető el anyai gondoskodás nélkül.

Winnicott úgy képzeli a legkorábbi időszakot, hogy a csecsemő a teljes függés állapotában van. A megfelelő anyai viselkedés ekkor az elsődleges anyai gondoskodás, amely az anya empátiáján alapul. Ez a nagyon speciális, igen érzékeny lelkiállapot a terhesség vége felé kezd kialakulni, és a szülés után néhány hétig tart. A szülő ennek segítségével észleli gyermeke állapotát, szükségleteit, és ez teszi lehetővé, hogy pontosan és érzékenyen reagáljon. Nem minden nőnél alakul ki, de azért belőlük is válhat jó anya. A szerző az anyai gondoskodás leírására a *holding* fogalmat használja. Ez egyrészt egy fizikai holding, a csecsemő biztonságos, jó tartása, amely nélkül létbizonytalanságot élne át, testkontaktus az anyával, aki védelmez, és biztosítja a szükségletek kielégülését. De az anya átvitt értelemben is „tartja", tartalmazza csecsemőjét, igyekszik megérteni gyermeke viselkedését, és reagálni rá. Az anyai gondoskodás – megfelelő esetben – alkalmazkodik a növekvő gyermekhez. Az anya, aki eleinte kitalálja csecsemője minden gondolatát, észreveszi, hogy gyermeke már tudja jelezni igényeit. Ha az anya még ilyenkor is túlzottan kitalálja gyermeke szükségleteit, késlelteti vagy megakasztja annak fejlődését, függetlenedését, és egy „mágikus" világban tartva őt nehezíti a realitáshoz való alkalmazkodását. Ilyenkor a kielégítés és frusztráció megfelelő aránya jellemzi az „elég jó anya" gondoskodását.

A megfelelő anyai tükrözés szükségességének gondolata jelenik meg Heinz Kohut és Günter Ammon (Ammon 1992) munkásságában, és az, hogy a pszichiátriai sérülékenység ennek a tükrözésnek a zavarára vezethető vissza. A csecsemő érzelmi állapotának szülői türközése egyéb szerzőknél is központi jelentőséget kap (pl. Margaret Mahler, Paulina Kernberg, Wilfred Bion, Donald Winnicott, Daniel Stern), főként mint olyan mechanizmus, amely a csecsemőt segíti a világ és önmaga egyre jobb megismerésében, az érzelmi szabályozásban, és a belső reprezentáció kialakításában.

Wilfred Bion (Mitchell, Black 2000; Symington, Symington 1999) és az Esther Bick–Martha Harris szerzőpáros (Bick, Harris 1987) a megfelelő anyai gondoskodás mellett írnak az anya „konténerfunkciójáról", illetve a megfelelő anyai tartalmazásról. Szerintük a gyermeknek szüksége van arra, hogy anyja felfogja lelkiállapotát, ezt magában átdolgozza, és a megfelelő reagálás mellett ezt az átdolgozott érzést valamilyen formában visszaadja. Ha például egy csecsemő „erőteljesen jelez", mert éhes, az anya észlelheti a csecsemő viselkedését rá irányuló dühként, követelőzésként, és reagálhat rá primer módon dühvel, türelmetlenséggel, idegességgel. Előfordulhat, hogy képtelen a gyermek vagy a saját érzéseinek elviselésére és negligálja őket, nem reagál rájuk. De átélheti és át is dolgozhatja magában csecsemője állapotát: játékos formában visszajelezheti, közben nyugtathatja, etetheti, egyéb interakciókban lehet vele. *Az anya tehát ekkor is észreveszi gyermekének felé irányuló, akár feszültséget keltő viselkedését, de átérzi, átdolgozza, és így tükrözi vissza.* A csecsemő így kezdi megérteni a világot, és egy megértő anyával azonosulhat. Ha az nem válaszol a distresszre, vagy nem megértő, a gyermek ebben a kellemetlen, félelemteli állapotban marad, és ez rakódik el emlékezetében. A pszichoterápiákban a *terapeuta konténerfunkciója* szintén kiemelkedő jelentőségű, nagyon fontos, hogy a terapeuta érzékelje és bírja a gyermek által keltett érzéseket, feszültségeket, segítsen azokat szabályozni, és a gyermekkel együtt megérteni. Ez a folyamat időnként szinte észrevétlenül működik, máskor nagy terhet ró a terapeutára. Ezért nagyon fontos végigmennie egy saját önismereti folyamaton.

Gergely részletesen kifejti elképzelését ennek a tükrözésnek a finom mechanizmusairól. Gergely és kutatótársa, Watson abból a feltételezésből indul ki – melyet a modern csecsemőkutatások alátámasztanak –, hogy az újszülött nem érzékenyebb a belső, testéből származó ingerekre, mint a külsőkre, sőt már kezdetekkor igen intenzíven irányul figyelme a külvilágra (Gergely, Watson 1998). Megfelelő szülői magatartásnál a tükröző tevékenység automatikusan beindul. Eközben a szülő modifikálhatja – alávagy föléhangolhatja – a csecsemő érzelmi állapotát, ezzel megnyugtathatja, vagy éppen fölkeltheti érdeklődését (részletesen lásd a következőkben Sternnél). Gergelyék kiemelik a tükrözés másik funkcióját, vagyis a reprezentációépítő funkciót. Ilyenkor a csecsemő átéli saját lelkiállapotát, és közben látja azt megjelenni a gondozó arcán, viselkedésén. De ennél az interakciónál a szülő mégsem realisztikusan tükrözi az érzelmet, hanem kissé átalakítva, „megjelölve", a gyereknek szólóan. Az anyák gyakran automatikusan használják a kisbabájukkal való beszélgetésnél a „baby talk" és „baby face" jelenségeket: eltúlzó arckifejezések, gesztusok, gügyögés stb. A csecsemő megtanulja, hogy a realisztikus érzelemkifejezés az anya lelkiállapotához tartozik, saját érzéseit fejezi ki így, míg ez a fajta „megjelölt", „mintha"-érzelemtükrözés reá vonatkozik. A szülő tehát miközben „jelölt" módon tükröz:

1. képes gyermeke hangulatát befolyásolni, például megnyugtatni őt;
2. építi gyermeke belső reprezentációs világát, segíti a csecsemő számára önmaga megélését, állapotai tudatosítását, és ezzel fejlődését;
3. segíti őt abban, hogy elkülönítse, mi az, ami benne zajlik, és mi az, ami a szülőben.

Ha nem történik meg a „jelölt" tükrözés, súlyos következményei lehetnek, például a gyermek nem tudja elkülöníteni saját, illetve gondozója (később mások) érzelmeit.

A SZELF ALAKULÁSA, AFFEKTÍV HANGOLÓDÁS

Az ego és a szelf fogalmi különbségére először Heinz Hartmann hívta fel a figyelmet, de a szelf központi fogalommá Kohut elméletében vált (Monsen 1999). Kohut megfogalmazásában ez önmagunk, érzéseink, gondolataink, cselekvéseink élményszintű megélése, ezek birtoklásának, összefüggésének, eredetiségének érzete. Másképpen fogalmazva: mély önmagunk, amely jóval a verbalitás és a szimbolizáció előtt megjelenő énélmény.

Stern (Stern 2002) is a szelf fejlődését helyezi elmélete középpontjába, de az anyával történő affektív dialógus szerepét is kiemeli. Tulajdonképpen elmélete már a korai fejlődésben megpróbálja megragadni és leírni valamilyen kezdetleges szelf létét. Gondolatai a modern csecsemőkutatások tükrében számos vonatkozásban megerősítést nyertek. Stern az újszülöttet nem látja differenciálatlannak, szerinte *számos készséggel rendelkezik, mellyel a külvilágot el tudja határolni magától, aktívan kapcsolatba lép és ismerkedik vele, illetve maga is alakítja az anya-gyermek kapcsolatot. A csecsemő nem vész el az őt érő ingerek között, aktívan szervezi az információkat,* és absztrahálja őket. A szelfszerveződés neurobiológiailag is meghatározott, ugyanakkor kezdetektől formálódik is abban az interaktív folyamatban, amelynek a csecsemő aktív részese (Tényi 1997). A szelférzet bizonyos szintjei születéstől adottak, mások fokozatosan

alakulnak ki, s a szülők automatikusan reagálnak ezekre a változásokra, követve gyermekük fejlődését. Ezek a szelférzetek, ha kialakultak, az egész élet során aktívak és funkcionálnak. A fejlődés a preverbális, tapasztalati szelf érzetétől egy verbálisan tudatosítható szelf érzete felé tart.

Stern a szelférzet négyféle szintjét körvonalazta, és ezeknek megfelelően a szociális kapcsolat különböző szintjeit találta. A négyféle szint: (1) „felbukkanó szelf": 0–2. hónap; (2) „szelfmag érzete": 2–6. hónap; (3) „szubjektív szelf érzete": 7–15. hónap; (4) „verbális szelf érzete": 15–18. hónap.

A „felbukkanó szelf" tulajdonképpen egy testi szelf, formálódásában fontos szerepet játszik a Stern által leírt „amodális percepció" jelensége, vagyis hogy a csecsemő képes az egyik modalitásban tapasztalt jelenséget átvinni egy másik modalitásra.

> Például a 3 hetes csecsemő kétféle műbimbó közül azt nézegeti többet, amelyet előtte bekötött szemmel szophatott (lásd pl. Andrew Meltzoff kísérleteit, idézi Dornes 2002). Az újszülött információkat szerez az egyik érzékszervi csatornán, és rögtön le tudja fordítani azokat egy másik érzékszervi minőségre. Reprezentációi sem látványok vagy hangok, inkább olyan minőségekkel írhatóak le, mint intenzitás, lefutás. Mindenesetre ezekkel a készségekkel a csecsemő már a kezdetektől képes szervezni tapasztalatait. A globális percepció másik fontos jelensége – az amodális percepció mellett – a vitalitás affektusok léte.

A 2. hónaptól kezdődően az interperszonális aktivitás fokozódik, ezt a szakaszt Stern „interperszonális mézeshetekként" jellemzi. A csecsemő és az anya aktívan explorálják, és ezzel stimulálják egymást. Jellegzetes anyai viselkedés a már említett „baby-talk" és „baby-face" jelensége, amikor az anya redukált szókincset használ eltúlzott hangsúlyokkal, illetve egyszerűsített és eltúlzott mimikát. Az anyák arra is „automatikusan" rájönnek, hogy úgy tudják gyermekük figyelmét a legtovább fenntartani, ha nem teljesen azonos, csak kicsit különböző mozdulatokat vagy szavakat ismételnek. Szintén ráéreznek az optimális stimulációs szintre, mely még nem kellemetlen a csecsemőnek, de mégis fenntartja figyelmét. Az anya-gyermek interakciók során 4–6. hónap között kialakul a szelfmag érzete, amelyet a szelfműködés, szelfkoherencia, szelfaffektivitás és a szelftörténet alkot. A szelfműködés fontos része az akarat vagy hatóerő („én teszem") átélése, amely segít, hogy cselekvéseinket sajátunknak éljük meg. (Úgy tűnik, ez korántsem automatikus minden esetben, bizonyos pszichiátriai betegségeknél a páciensek cselekvéseiket énidegenként élik meg, mintha valaki végrehajtatná velük.) A szelfkoherencia kialakulása azt jelenti, hogy birtokában vagyunk egy nem széttöredezett, egységes testi szelf megélésének. A szelftörténet segíti a létezés folytonosságának megélését.

A következő ugrásszerű változás a 7–9. hónap körül következik be, amikor a csecsemő felfedezi, hogy tudatának tartalma, szándéka, figyelmének tárgya, érzései megoszthatók másokkal (interszubjektivitás, a szubjektív szelf megjelenése). Az anyában ennek a szakasznak megfelelő viselkedés aktiválódik, az „affektív hangolódás" jelensége. Eddig az anya inkább követte, utánozta csecsemőjét. Az affektív hangolódást nehéz szavakkal leírni. Az anya próbálja követni a gyermekben zajló ese-

ményt, affektust, annak intenzitását, lefutását, erre reagál, de egy másik érzékszervi csatornán. Például a csecsemő hangadására az anya mozgással válaszol. Úgyis megfogalmazhatjuk, hogy ez egy nemverbális rezonancia a másik affektív állapotaira (Tényi 1997), teljesen automatikus és tudattalan, az interakciók a másodperc törtrésze alatt játszódnak le. Stern beszél az elhangolódás jelenségéről is, amelynek célzatos és valódi formáját különíti el. *A célzatos elhangolódással az anya befolyásolni tudja gyermeke állapotát, szándékosan és fokozatosan fölé-, illetve aláhangolódva a gyermek affektív állapotának.* Így tudja például megnyugtatni, vagy éppen aktivizálni. *Valódi elhangolódásnál az anya képtelen gyermekére hangolódni, ami a kapcsolat megromlásához és különféle zavarokhoz vezethet.* Több szerző kiemeli azt is, hogy ebben a szakaszban az anyai fantáziák jelentős hatást gyakorolnak a csecsemő szubjektív szelférzetének alakulására, befolyásolják érzelmeit, viselkedését. (Itt szintén gondolhatunk normális és megbetegítő jelenségekre. Az analitikus háttéren nyugvó csecsemőkonzultációk a szülők megbetegítő fantáziáit és az azok nyomán alakuló szabályozási zavarokat igyekeznek feltárni.)

A gyermek második életévébe lépve fokozatosan beszélni kezd, lassan kialakul a verbális szelf. Az eddigi szelférzetek nemverbális tapasztalatokon alapulnak, és bár továbbra is aktívak, a nyelv alig éri el őket. A nyelv használata hasíthatja a szelftapasztalatokat: megéltre, nonverbálisra és elmondhatóra, verbálisra. A nyelv össze is köt bennünket a másikkal, segít megosztani a tapasztalatok egy részét, de el is idegeníthet bennünket másfajta tapasztalatoktól. Ez különféle kulturális szokásokkal is összefonódik, amelyek megmutatják az egyénnek, mely tapasztalatait engedheti közel a tudatosság fényéhez, illetve melyeket élhet meg. Stern később a szeflérzetek ötödik formáját is kifejtette: a „narratív szelférzeti forma" a harmadik életévtől alakul. Itt az események narratívák formájában raktározódnak, ahol már értelmezni kezdi saját és mások összetett viselkedését, érzelmeit, szándékait (Monsen 1999).

Affektuselméletek

A Kohut utáni szelfpszichológia az affektusok integrálását helyezte középpontba, és ezt összefüggésbe hozta csecsemőkutatásokkal (pl. Demos és Stern). Itt is csak néhány gondolatot emelnék ki (jó összefoglaló található: Monsen 1999; Halász 1998).

Virginia Demos (idézi Monsen 1999) szerint a kezdeti szelférzetek a visszatérő affektusállapotok köré szerveződnek. Az, hogy a szülők mennyire képesek ezeket felismerni és adekvátan válaszolni rájuk, nagymértékben meghatározza a gyermek érzelmi és önszabályozó készségét. Stern (idézi Monsen 1999) *az affektív élményeket rendkívül fontosnak tartotta a szelfmagérzet kialakulásában.* Robert Stolorow és munkatársai (idézi Monsen 1999) szintén kiemelik, hogy az *affektusok megfelelően szervezik a szelfélményeket, ha a gyermek megkapja a szükséges megerősítő, megtartó, elfogadó, differenciáló és szintetizáló válaszokat. Ezen válaszok rendszeres elmaradása, vagyis a megfelelő visszhang nélkülözése törékeny, kevésbé integrált szelfrendszerhez vezet.* (Véleményem szerint itt nem mindig vagy-vagy jelenségről van szó, hanem a tükrözés bonyolult rendszeréről, ahol bizonyos területek jól működhetnek, mások kevésbé.) *A modern affektuselméletek egyetértenek abban, hogy a hiányos affektusintegrálás rengeteg pszichés zavar kialakulásának központi oka.* Stolorow és George Atwood szerint (idézi Monsen 1999) a fejlődés zavara akkor következik be, ha a hiányos érzelmi megerősítés túlstimulálással, elutasítással vagy elhanyagolással kombinálódik. Törést okozhat az is, ha a gondozó nem érzékeli vagy letagadja saját zavarait, érzelmi feszültségeit vagy a gyermekkel kapcsolatos elutasítását, illetve ha a kapcsolatban keletkező törés után visszatérően elutasítják a kapcsolat újrafelvételét vagy a békélés szándékát. Ha az anya kevéssé tud alkalmazkodni, hangolódni gyermekéhez, akkor ezt a gyermeknek egyedül kell megtennie, és figyelme az anya élményei körül kezd forogni a sajátja helyett. A kötődés érdekében lemond saját élményeiről vagy elnyomja azokat. Ehhez köthető, hogy a pszichoterápiás folyamatban a terapeutának fontos kapcsolatban lennie saját érzéseivel, viszontáttételi érzéseivel, egyébként ez ugyanúgy megakadást okozhat, mint az eredeti anya-gyermek kapcsolatban. (Itt utalok megint a saját élmény, illetve a szupervízió fontosságára.)

Silvan Tomkins (idézi Monsen 1999) átfogó elméletet alkotott arról, hogy miképp integrálódnak az érzelmek és a gondolkodás az emberi pszichében. Elméletében érdekes gondolat, hogy az ösztönrendszert kevésbé tartotta aktiválhatónak, szerinte az csak akkor aktiválódik, ha a test fenntartásához nincs elég információ, támpont. Ezzel szemben az affektusrendszer bármikor aktiválható, és nemcsak különféle stimulusok, testi ingerek, hanem az emlékezet vagy valamely mentális reprezentáció által is. Az affektusok adaptiv szomatikus reakciók, és kommunikatív értékük is van. Michael Franz Basch (idézi Monsen 1999) az akaratlan és automatikus affektusokat megkülönbözteti az érzésektől, amelyek már a szimbolikus reprezentáción és önreflexión alapulnak, és így a gyermek már képes azonosítani azokat. Az emóciók szerinte még összetettebb állapotok, és az érzésekkel együtt mindig tudatosak, ellentétben az affektusokkal. Azt is kiemeli, hogy az érzelmi kommunikáció képessége nem azonos az empátiával, amely feltételezi a fejlett énhatárokat és azt, hogy az egyén képes legyen érzéseit és emócióit ne csak közvetlen reagálásként, hanem jelzésként is használni. A kisgyermek is érzékeny mások affektusaira, és ez szabályozza viselkedését. Az empátia alapja szerinte, hogy a másik helyzetét mérlegelni tudjuk az affektív rezonancia segítségével. Ez olyan érettséget feltételez, amikor a másik igénye nem keveredik a sajáttal és nem is fenyegető.

Interszubjektivitás a kapcsolatban

Stern (Stern 2002) a csecsemő fejlődésében az egyik ugrásszerű változásnak azt tartja, amikor 7–9 hónaposan felfedezi, hogy tudatának tartalmai megoszthatók az anyával vagy gondozóval. Így figyelmének tárgyát, szándékait, érzéseit egyre gyakrabban szándékosan megosztja. Mindeközben az anyában aktiválódik az erre való ráhangolódás képessége, és követni kezdi gyermeke érdeklődését, állapotait, érzéseit. Számos közös, együttesen formálódó játék alakul még a szavak előtti időszakban. A csecsemő ránéz a labdára, majd anyjára, az anya is ránéz a labdára, tekintetváltások egymás és a labda közt, a gyerek elmosolyodik, mintha hívná az anyát valami közös tevékenység-

re, a mama visszamosolyog, odagurítja a labdát stb. Számtalan variációban történnek az ehhez hasonló játékfűzések, ki gondolná eközben, hogy a csecsemő mi mindenben fejlődik a készségek terén és pszichés értelemben. Hiszen „csak" egy jót játszanak a mamával. A példából látni *a csecsemő, kisgyermek és az anya érzelmi bevonódását, a gyermektől induló, majd közösen alakított, kölcsönös reakciókon, párbeszéden alapuló együttes tevékenységét.* Talán leglátványosabban ilyen példákban tudjuk megragadni az interszubjektivitás, a kölcsönösség jelenségét, bár ez számtalan finom formában is zajlik szüntelenül. Ebben a folyamatban talán sokan ráismernek arra is, ami egy DSZIT-terápiában gyakran zajlik a gyermekekkel.

Az interszubjektivitás elmélete rávilágít arra, hogy a kapcsolat iránti igényünk, amely a biztonságos kötődést is megalapozhatja, azért is fontos, mert a tapasztalatok feldolgozásához, értelmezéséhez és az érzelmek szabályozásához egy másik elme viszonyulása, reakciója, tükrözése szükséges. Mindebben nemcsak a tudatos, hanem a tudattalan kapcsolódás is szerepet játszik, tehát az interszubjektív hangolódás nagy része tudattalanul jön létre.

Stolorow és munkatársai (idézi Monsen 1999) hangsúlyozzák, hogy ez a kölcsönösség, az érzelmek kölcsönös szabályozása jelentősen befolyásolja a szelf fejlődését, stabilitását. Stern kutatásaiból többen kiemelik, hogy az interszubjektív együttlét leginkább fejlesztő formája az affektív állapotok kölcsönös megosztása. Ezek az élmények, a gondozóval való érzelmi összehangolódás a közösség élményét teremtik meg, míg ezek hiánya az izoláltság érzését keltheti, és azt, hogy a saját érzelmi igények elfogadhatatlanok. Ilyenkor a szelfélménybe nem integrálódnak a visszhang nélküli, nem elfogadott érzések, és ezek ellen az egyén később is védekezni kényszerül különféle módokon.

Mentalizáció, érzelmi szabályozás

Peter Fonagy és munkatársai (Fonagy, Target 2005) reflektív funkciónak vagy mentalizációs képességnek nevezik azt, hogy a gyermek képes tudati állapotokat (vélekedések, vágyak, érzések, tervek, szándékok) tulajdonítani más személyeknek, így nemcsak a felszíni cselekvésekre reagál, mások viselkedését értelmesnek és elővételezhetőnek tapasztalja. Már az anya-gyermek kapcsolat korai szakaszában kimutatható, hogy az anya és csecsemője kölcsönös érzékenységet mutatnak egymás állapotaira, de itt még a gyermek nem képes a szándékolvasásra, reprezentációra. Már a 9 hónapos csecsemő is képes lehet a másik viselkedését valamiféle cél elérésének szempontjából elővételezni (Dornes 2002; Csibra, Gergely 2002). Ebből a kezdeti „teleológiai hozzáállásból" alakul ki a belső mentalizációs modell, vagyis a tudati állapotok tulajdonításának képessége, a megfelelő szülői tükrözés hatására (lásd jelölt tükrözés) 2–5 éves kor között. Az érzelmek reprezentációja és a tudati állapotok tulajdonítása egymásra épülő folyamat, az érzelemszabályozás megelőzi a mentalizációt, amely később segíti ezt a szabályozást.

A szándékolvasás készségét, mások cselekvéseinek megértését megvilágítják a neurobiológia legújabb felfedezései a tükörneuronok kapcsán. Giacomo Rizzolatti (Bauer 2010) majomkísérletekkel vizsgálta hosszú időn keresztül ezt a jelenséget. A

tükörneuronok azok az idegsejtek, amelyek kivitelezésre tudnak késztetni egy adott cselekvésprogramot bennünk, és akkor is aktívvá válnak, ha ezt másvalakinél figyeljük meg. A majomkísérletekben tehát ugyanaz a neuron tüzelt akkor is, ha ő végezte az adott cselekvést (pl. egy mogyoróért nyúlt), és akkor is, ha másvalakinél látta azt. A leggyakrabban a látvány váltja ki, de másfajta inger is aktiválhatja, például egy hang, amely emlékeztet az adott cselekvésre. Akár a cselekvés egy részletét is elég elkapnunk, hogy elővételezzük az egészet. Majmoknál tehát a valaki más által kivitelezett cselekvés egy olyan neurobiológiai programot aktivált, amelyet maguk is végre tudtak volna hajtani (neurobiológiai együttrezgés, rezonancia). Embereknél képalkotó eljárásokkal vizsgálták ugyanezt. Kimutatták, hogy nemcsak mások megfigyelése, hanem a cselekvés elképzelése is aktiválja a tükörneuronokat. Mások megfigyelésekor a belső tükrözés folyamata önkéntelenül, gondolkodás nélkül zajlik. Nem biztos, hogy a személy elvégzi a megfigyelt cselekvést, de belül lejátszódik benne, átéli. Egész kis részletekből, töredék idő alatt, tudatosítás nélkül vagyunk képesek mások szándékaira következtetni.

Fonagy (Fonagy, Target 2005) azt is vizsgálta, mi a kapcsolat a kötődés és a reflektív funkció között. A kötődés vagy a szelf–másik kapcsolat ismétlődő vonásai mentális modellben reprezentálódnak (Bowlbynál ez a belső munkamodell). Az emlékezeti rendszerben a nem tudatos, implicit emlékezetben tárolódnak, leginkább mint procedurális emlékek (lásd később). Szerinte a biztonságos kötődés a megfelelő tartalmazás, tükrözés eredménye, amelynek nyomán jó mentalizációs készség alakul ki. Például: *a biztonságos gondozó gyermeke megnyugtatásakor visszatükrözi gyermeke állapotát, de nem pontosan: egy másik érzelmet is megjelenít, amely segíti az érzéssel való megküzdést is. A tükrözés tehát nem realisztikus* (lásd jelölt tükrözés), nem az anya érzéseit jeleníti meg, hanem a csecsemőéit, ahogy az anya azokat befogadja és tartalmazza, átdolgozza és megmutatja elviselhetőségüket is. *Fontos faktor a reflektív szülői attitűd, az az érzékenység, hogy képes gyermeke folyton változó mentális állapotait érzékelni és azokra reagálni. Lényeges, hogy mentális állapotokat tulajdonít csecsemőjének,* például hogy a síró csecsemőnek nem csak a fizikális állapotára reagál („Bepisiltél és nedves vagy."), hanem viszonyulást, szándékot tulajdonít neki („Jaj, de rossz neked az a nedves pelus. Szeretnéd, ha tisztába tennélek, levenném a nedves pelust?"). Így a szülő segíti gyermekét abban, hogy a külső fizikai valóságot (pisi, nedves pelenka) összekösse a belső állapotaival (nyugtalanság, sírás). Közben szándékot is tulajdonít gyermekének: „szeretnéd, hogy…". Ugyanígy közös mechanizmus a jelölt vagy „mintha"-tükrözés és a „mintha"-játék. *A közös „mintha"-játékoknál nem teljesen a valós helyzetet képezik le, de közös az élmény, és segíti a mentális állapotok megértését. Ennek során a felnőtt átveszi a gyermek mentális állapotát, és azt újraprezentálja, de egy harmadik tárgyra vonatkoztatva.* A biztonságos kötődés optimális feltételeket teremt a tudatolvasás kialakulásához, ilyenkor a gyermek biztonságban érzi magát, miközben mentális állapotokat tulajdonít más személyeknek.

Ezzel szemben a bizonytalan kötődés a nem megfelelő tükrözés eredménye, amikor a csecsemő az anya védekező viselkedésével azonosul. Ha a kötődést, közelséget fenn akarja tartani, korlátoznia kell reflektív funkcióját. Az elutasító gondozó nem tudja jól tükrözni a gyermek kellemetlen érzéseit, míg a túlaggódó típusú gondozó

túlságosan felerősítve és nem jelölten tükröz. Az elkerülő gyermekek inkább elkerülik azt, hogy mentális állapotokat tulajdonítsanak másoknak, mert az túl fájdalmas vagy veszélyes. Az ellenállóan kötődő gyermekek saját szorongásukra figyelnek, így nem jut el hozzájuk a másik reflexiója. A dezorganizált gyermekek pedig különösen érzékenyek mások állapotaira, folyton azt monitorozzák, de saját állapotaik szervezésében kevéssé sikeresek, mert nem a saját állapotaikat kutatják a másik szemében, hanem azt, hogy a másik mentális állapota nem fenyeget-e a saját szelf aláásásával.

A KÜLSŐ SZABÁLYOZÁS BELSŐVÉ VÁLÁSA

Az anya-gyermek kapcsolat fontos aspektusa az is, hogy az anyai gondoskodás, a szükségletek kielégítése, az érzelmi tükrözés közben az anya szabályozza is gyermekét, aki még képtelen funkcióit önállóan kontrollálni. Megfelelő fejlődésnél ez a külső kontrollfunkció beépül, és az önszabályozás alapjává válik.

> Kulcsár számos kutatást foglal össze, és kiemeli ebben a vonatkozásban az endogén opiátok (EOP) és a tobozmirigyhormon szerepét (Kulcsár 1996). Az EOP-rendszer – mint általános közvetítő mechanizmus a társas kapcsolatokban – igen érzékeny a szociális ingerekre az élet korai szakaszában. Az önkontroll kialakulásának folyamatában, ebben a korai szakaszban éppen a szociálisan indukált opiátaktivitás tartja kontroll alatt a túlsúlyban lévő aktivációs mechanizmusokat, tehát a viselkedéskontroll szociális közvetítés útján valósul meg. Később ez a szabályozás új elvének, az önszabályozásnak adja át a helyet.

Ezekben az elképzelésekben nyomon követhetjük, hogy az olyan folyamatok, mint a külső kontroll belsővé válása, leírhatók biokémiai mechanizmusok szintjén is. A tobozmirigyhormonnak (melatonin) – az EOP-rendszerrel együtt – a biológiai ritmus szabályozásában van kiemelkedő szerepe, és Kulcsár ezt hozza összefüggésbe a különféle ősi rítusok, alternatív gyógymódok, a mozgás egészségvédő hatásával (Kulcsár 1994). A szenzomotoros fejlődés leírásánál külön kitérek arra, hogy az egyes folyamatok hogyan segítik az integrációs, szabályozási folyamatokat. A vesztibuláris rendszernek kiemelkedő szerepe van ebben. Az anyai ringatás, majd később a vesztibuláris öningerlés, élménykeresés mind az önszabályozást segítő folyamatok.

Korábban számos elméletet idéztem azzal kapcsolatban, miként segíti az anya gyermeke mentális, érzelmi állapotait szabályozni, és milyen finom mechanizmusokon keresztül történik mindez. Pető Katalin (Pető 2003) különféle kutatásokra hivatkozva megfogalmazza, hogy születéskor az affektív szelfszabályozás minimális. Az adekvát szelfszabályozás kialakulásához egy másik ember, egy adekvát kötődés szükséges. Az anya és a csecsemője számos csatornán keresztül „cserélődik ki", élettani, érzékszervi, testi, érzelmi jeleken keresztül. Mindketten hatnak egymásra. Mégis az anya az, aki a cserén keresztül szabályozza a gyermek belső homeosztázisát, idegfejlődését, érzelmi állapotait, feszültségeit. Csecsemőkorban még szükségünk van egy másik emberre, hogy saját stabilitásunkat, érzelmeinket szabályozzuk. Ezek a korai élmények az implicit memóriarendszerben tárolódnak (lásd később), beépülnek, struktúraépítővé

vállnak, és alapvetően befolyásolják később az önszabályozást és a kapcsolódásainkat. Az önszabályozás megfelelő kialakulásához biztonságos kötődésre, és a gondozó megfelelő hangolódására van szükség.

Ha az önszabályozás megfelelően alakul, egyre jobban látszódik, hogy a gyermeknek egyedüllétre is szüksége van. Ez pici csecsemőknél még eléggé eltérő igény lehet. Van, aki csak néhány percet szeret egyedül nézelődni, felfedezni, van, aki hosszabban. E változó igényt szintén fontos az anyáknak érzékelniük, és teret engedni ennek, ez többek között elősegíti az önszabályozás kialakulását. Ez az igény még egy formában megjelenik az anya-gyermek kapcsolatban, és nagyon fontos szerepe van. Bálint Mihály (Bálint 1994) már igen korán felhívta a figyelmet, hogy a terápiában a páciensek-nek időnként szükségük van arra, hogy csak jelen legyünk, és ők magukban dolgozhassanak. Ilyenkor fontos a csend meghagyása, ki kell várni, amíg megszólalnak. Ez azonban már egyfajta érettséget feltételez (különben a hosszú csend magárahagyás is lehet a terapeuta részéről). Winnicott (Winnicott 1999; Bergman 2004) is felhívja a figyelmet arra, hogy a játék fejlődésekor egy nagyon fontos szakasz az, amikor a kisgyerek az anya figyelmének terében egyedül játszik. Adrigán Erzsébet (Adrigán 2013) egyik írásában kifejti, hogy az anyai tekintet milyen fontos ilyenkor: jóváhagyja, megerősíti, hitelesíti, ami a gyermekben a játék során zajlik; illetve egyben felhívja a figyelmet ennek terápiás fontosságára is. Gyermekterápiákban tapasztaljuk, hogy a gyermekeknek nem mindig igénye az együtt játszás, viszont ez a fajta megerősítő tekintet igen. A terapeutának érzékenynek kell lennie erre, különben tolakodóvá, sőt elárasztóvá válhat. A figyelmünk terében alkotó páciens (Bálint 1994) a folyamat fontos része. Az önszabályozási folyamatok és az egyedüllét képességének kialakulásához fontos, hogy az anya ne legyen elárasztó, túlstimuláló, ne akarjon mindent gyermeke „helyett" megoldani, és teret adjon az önálló aktivitásnak, miközben érzelmileg elérhető.

A korai fejlődés: szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása

Az a jelenség, hogy a tudományos kutatásokban az érdeklődés a fejlődés egyre korábbi szakaszára terelődött, többféle tudománytörténeti folyamat összecsengésének köszönhető. Ebben a fejezetben arra kívánom felhívni a figyelmet, hogy témánk szempontjából a korai fejlődés vázlatos jellemzése azért fontos, mert ezt a szakaszt szenzoros, mozgásos, testi élmények hatják át, így az anya-gyermek dialógus is testi párbeszédekben zajlik eleinte. Mindezek az élmények végigkísérik életünket, és a különféle mozgásterápiákban is visszaköszönnek.

A korai fejlődés talán túl részletesnek tűnő leírása láthatóvá teszi, hogy a kezdeti fejlődés, az anya-gyermek kapcsolat épülése, a szenzomotoros fejlődés, a különféle funkciók és irányvonalak kibontakozása az érzékelésben és mozgásban, valamint a szabályozás szintjeinek egymásra épülése mennyire összefonódva zajlanak. A felnőtt személyiségének tárgyalásakor talán jobban izolálhatók és megérthetők bizonyos lelki mechanizmusok önmagukban, a személyiség egészéből kiragadva, mint ahogy

biológiai funkciók vagy történések is szeparálhatók az orvos számára a megértés bizonyos szintjén. A szabályozás sokrétű, az egyes szabályozási szisztémák egymástól függetlenebbül tudnak működni. Néha már csak sejtjük, hogy egy-egy ilyen izolált biológiai vagy lelki mechanizmus mögött az egész személyiség érintett. Ezért is fontos tudatosítanunk azt, hogy a fejlődés összefonódottabban indul, az egyes funkciók, valmint azok szabályozása egymásra épül, és erőteljesen függ a társas környezettől is.

A fejlődés kapcsán kiemelném Anna Freud gondolatát (Freud 1993), aki megfogalmazza, hogy az egészséges fejlődésben a regresszió is alapelv. A testi fejlődésnél egy progresszív, lineáris folyamatot találunk a felnőttkor eléréséig. A lelki fejlődésben is van ilyen progresszív folyamat, azonban számolnunk kell azzal, hogy ez nem lineáris és töretlen, előrelépések és visszalépések, megállások sorozatából tevődik össze. E gondolatot azért is hangsúlyozom, mert a terápiás folyamat fejlődésénél is tapasztaljuk a fentieket. (Később más szerzők ezt a gondolatot még továbbfejlesztették.)

Szenzoros fejlődés

Az *érzékelés*re vonatkozóan több szerzőnél találunk megállapításokat. Legtöbbjük a fejlődésben egy olyan irányvonalat feltételez, ahol a *csecsemő figyelme a testbelső felől a testperifériára, majd a külvilágra irányul.* Megfogalmazhatjuk ezt úgy is, hogy az érzékelésben a legkorábbi életszakaszban a viszcerocepció játssza a domináns szerepet, majd a kontaktpercepció és végül az exterocepció dominanciája figyelhető meg. A különféle érzékelési funkciók áttekintése megerősíti azt a tényt, hogy a taktilis, vesztibuláris, mozgás- és proprioceptív érzékelés a legkorábban érő perceptuális teljesítmények. Ugyanakkor azt is tapasztaljuk, hogy a csecsemő már születésekor képes az anyával szemkontaktus felvételére. Úgy tűnik, *az érzékelés fejlődése is bonyolultabb folyamat, mint azt korábban feltételezték, több irányvonala lehetséges.* Valószínű, hogy a testbelsőtől a külvilág felé (interocepciótól az exterocepcióig) irányulás, amelyet többen megfigyeltek, csak az egyik ilyen lehetséges irányvonal.

Spitz (idézi Vikár 1993) szerint a gyermek életben maradásához nélkülözhetetlen, hogy a cönesztéziás jeleket már a kezdetektől képes legyen felfogni, amikor még a diakritikus jelek kódolására nem képes. Ezek fontosak olyan elemi reakciók létrejöttében, amelyek például az egyensúly elvesztésének kompenzálására szolgálnak, és tulajdonképpen az első kiváltható reflexek. Azok a jelek, amelyek a csecsemőt az első hónapokban elérik: az egyensúlyváltozás, a feszültség, testtartás, hőmérséklet, testi kontaktus, ritmus, tempó, időtartam, hangmagasság, hangszín, vibráció, rezonancia, zaj – és Spitz szerint még sok más jel –, a felnőtt számára alig észlelhetők, és nem képes őket szavakba foglalni. Szerinte a felnőtt kommunikációjából hiányoznak ezek a jelzések, ezeket egy szemantikus szimbólumrendszer helyettesíti. Az anya a terhesség, szülés és szoptatás idején egy regresszív folyamaton megy át, és ez újból segíti működésbe hozni ezt az ősi észrevevési módot. Anya és gyermeke között állandóan affektív jelzések áramlanak, cserélődnek ki. Még ha az anya ezt nem is veszi észre, a csecsemő minden ilyen jelzést felfog, és az affektív áramlás nyomása alatt formálódik személyisége (affektív klíma). Spitz szerint a neurózisért is apró történések kumulációja a felelős, a traumatikus élmények szerepe minimális. A kezdeti érzékelés Stern (Stern

2002) szerint is a belső történéseket közvetíti eleinte. Az amodális percepció szerinte is megelőzi a modalitásspecifikus (diakritikus) érzékelést, amely az élmény globális – és nem a specifikus – minőségeit közvetíti, mint például az intenzitás vagy az idői mintázat. Stern észreveszi, hogy az érzékelési kvalitások közös nevezőre hozása (az amodális percepció), amely leginkább dinamikus, kinetikus kifejezésekkel írható le, valójában az életfolyamatok dinamikáját képezi le (pl. elalvás, ébredés, megkönnyebbülés). Az amodális észlelés alapját képező érzésformákat ezért „vitalitás affektusoknak" nevezi el, amelyek jóval a kategorikus érzelmek (harag, bánat, öröm stb.) előtt már jelen vannak. Interpretálhatjuk mindezt úgy is, hogy a külső, kívülről jövő ingerek észrevevése belső, testi történéseken alapul.

> Egyes szerzők szerint az újszülött élményvilágában az exteroceptív és interoceptív ingerek egybefolynak, az exterocepció dominanciája lassan bontakozik ki. Ez nem jelenti azt, hogy a viselkedés szervezéséből a korábban domináns ingerlési formák kiszorulnának. Inkább olyasfajta tendencia kezdete ez, ahol az élmények differenciálatlanságából és komplexitásából bizonyos élmények fókuszba kerülése, és ezzel másfajta élményminőségek háttérbe szorulása kezdődik. Erich Fromm (Fromm, Suzuki 1989) elgondolása szerint tudat és tudattalan között nincs éles határ, a tudatosság, vagyis az, hogy figyelmünket mire irányítjuk, fókuszáljuk, főként a nevelés eredménye. Úgy gondolja, hogy egy gyermekkorban társadalmilag kondicionált szűrő – amely a nyelv-logika-tabuk háromszoros szűrőjén kívül a szülőktől függő egyéni aspektusokat is magán viseli – a felelős azért, hogy mi kerülhet a tudatunkba. Ilyen értelemben beszél az intellektus torzító, elidegenítő hatásáról. Hasonló jellegű Spitz gondolata, mely szerint a nyugati világ emberében félelem él a cönesztéziás észrevevéstől. Fromm azt is kifejti, hogy az elfojtás megszüntetése különféle meditációs technikákkal vagy jógával is lehetséges. Nézeteit megerősíti az a tény, hogy több kísérletben sikerült az azelőtt tudattalannak hitt testi folyamat tudatosítása, amellyel aztán az egyén kontrollt gyakorolhatott vegetatív funkciói fölött. Ismert az a tény is, hogy például a jóga vagy zen gyakorlatától nem állnak távol az ilyen jellegű észrevevések. Meditációs gyakorlatok végzése közben a figyelem gyakran irányul finom belső mozgásokra, vegetatív testi történésekre. Kevésbé köztudott azonban, hogy a XX. század második felében megindult moderntánc-irányzatok vagy az experimentális (tapasztalati) anatómia is az ilyen jellegű történések megfigyelésén – és megfigyelhetőségének feltételezésen – alapulnak. A mozgásterápiák szempontjából igen fontos ez a lehetőség, hiszen akár a vezetett testtudati technikák alkalmazása során, akár a terápia alatt zajló spontán felfedezés közben ez a tapasztalati élmény jól használható és finomítható, továbbá számos folyamatot megalapoz.

Az exterocepció szerepe mindemellett nem értékelhető le, hiszen az én–tárgy differenciációnak, az autonómiának, illetve a mozgásfejlődéssel egyetemben (Katona 1979) a világ megismerésének és „birtokba-vételének" egyik alapvető pillére. Sőt úgy tűnik, hogy az interocepciótól az exterocepció felé vezető fejlődés csak az egyik lehetséges irányvonal az érzékelés fejlődésében. Megfigyelhetjük, hogy a *centrális látás – amely távolsági észrevevés – már az újszülöttnél központi szerepet kap az anya-gyer-*

mek kapcsolatban. Gergely és Watson tükrözéselmélete (lásd korábban) éppen abból a feltevésből indul ki, hogy az újszülött érzékenyebb a külvilág ingereire. A tükörneuronok (lásd korábban) felfedezése is felveti, hogy a látásnak, illetve a távolsági érzékelésnek a legkorábbi időktől igen nagy szerepe lehet abban, hogy személyektől tanuljunk, illetve hogy elrendezzük a velük kapcsolatos tapasztalatainkat. Egyes szerzők pedig (pl. Spitz és Stern) nem a különféle érzékeléstípusokra helyezik a hangsúlyt a korai fejlődésben, hanem ezek közös jellemzőire, mint például a ritmus, lefutás.

A *taktilis* ingerlés fontosságát számos szerző kiemeli a kisgyermek fejlődésével kapcsolatban. A taktilis rendszer továbbítja az érintés, nyomás, fájdalom és hő hatására keletkező ingereket (kontaktpercepció). Az impulzusok többféle pályarendszeren haladnak keresztül, amelyek közül Kulcsár a spinotalamikus és a lemniszkális rendszert emeli ki (Kulcsár 1996). A spinotalamikus rendszer ősibb, az ingerlés általános minőségéről közvetít információt a test viszonylag kiterjedt részeiről. Ha a taktilis ingerlés a spinotalamikus pályákat mozgósítja, azzal döntően emocionális válaszokat hív elő; erős ingerlésnél ez főként menekülési, támadási, félelmi reakciókat jelent, csecsemőnél reflexszerű visszahúzódást. A filo- és ontogenetikusan újabb lemniszkális rendszer térben és időben szervezett információt közvetít. Működése a testi érzetek diszkriminálására szolgál, kisebb, körülhatároltabb területekről szállít információt. A lemniszkális rendszer aktiválódása főként nem-emocionális jellegű válaszokat hív elő, mint a tárgymanipuláció vagy a taktilis exploráció, amelyek a differenciációt, én és nem-én elkülönülését segítik. Több szerző feltételezi, hogy a kétféle rendszer szinergisztikusan egymást kiegészítve működik, mégis feltételezhető a korai életszakaszban a spinotalamikus rendszer dominanciája, míg később, az idegrendszer érésével fokozatosan a lemniszkális rendszer kerül előtérbe. Kulcsár ennek alátámasztására idézi Lewis Goldberg és Paul Costa tanulmányát, akik meggyőző érvekkel támasztják alá, hogy a feldolgozás korai szakaszait a jobb félteke vezérli, míg a jól differenciált érzetek kezelésében a bal félteke játszik döntő szerepet (Kulcsár 1996). Kulcsár ugyanitt idézi Karl Pribramot, aki rámutatott arra, hogy a protokritikus-homeosztatikus rendszer – amelyből hiányzik a „lokális jel" kódolása – az ingerintenzitás függvényében aktivál pozitív vagy negatív élményeket. A hirtelen, intenzív ingerlés negatív élményekhez vezet, míg a változásoknak van egy olyan tartománya, amely kellemes élményt indukál. Észrevehetjük, hogy a mozgásterápiás tapasztalás közben a taktilitás ugyanolyan központi szerepet kap, így elkerülhetetlen, hogy a gyermeket ilyen ingerek érjék. Az idézett tanulmányok felhívják a figyelmet, hogy érdemes óvatosan kiismerni a gyermekeket, hogyan viszonyulnak a taktilis ingerekhez, hiszen ezek erőteljes emocionális válaszokat hívhatnak elő.

A *propriocepció* által szerzett információk a testrészek helyzetéről, mozgásáról és a mozgással járó erőfeszítésről tájékoztatnak. Az információrendszerhez tartoznak az izomrostok és ízületek receptorai, és az ínorsók. A beérkező információk az agy különböző szintjein integrálódnak más érzékleti kvalitásokkal, de feldolgozásuk nagy részben tudattalanul történik. A propriocepció gyors információfeldolgozását a receptorok érzékeny idegrostjainak magas vezetési képessége biztosítja. Azt, hogy már az újszülöttnél is van proprioceptív funkció, az érett újszülött normális izomtónusa és aktív poszturális alkalmazkodása mutatja. *A mozgás és a látás kapcsolatára* több szerző felhívja a figyelmet. Fontos ebből a szempontból a fej mozgatása, amely a vesztibuláris és proprioceptív rendszer aktiválása mellett vizuális stimulációt is eredményez. Ez a vizuális információ is jelzést ad a testhelyzetről és a mozgásról, amit David Lee és Eric Aronson „vizuális propriocepciónak" nevez (idézi Kulcsár 1996).

A szerzők érdekes kísérletet végeztek: gyermekeket speciális szobákba helyeztek, amelyeknek falai mozogtak. A stabil padlón álló vagy ülő személyek propioceptív és vesztibuláris visszajelzései stabil testhelyzetet mutattak, a vizuális propriocepció azonban dőlésről tájékoztatott. Ez a legtöbb gyermeknél az egyensúly felbillenéséhez, illetve kompenzációs mozgásokhoz vezetett. A vizuális propriocepció, amely Kulcsár szerint tekinthető vizuálisan közvetített vesztibuláris szenzációnak is, ebben a megtévesztő helyzetben önmozgásélményhez vezetett, ahol a személy a külső mozgást sajátjaként élte át. Ehhez idézi Kulcsár még azt a tényt is, hogy a vizulális periféria elmozdulásakor önmozgásélmény jelenik meg, aminek háttere az, hogy a vizuális periféria elmozdulása aktiválja a vesztibuláris magvakat (Kulcsár 1996).

> Dietrich Teipel (Teipel 1981) elemzi a vizuális kontroll szerepét a tanulási folyamatban. A vizuális kontrollnak két formáját különíti el: a saját mozgásokra, illetve a tárgymozgásokra vonatkozókat, munkájában az utóbbiakról ír részletesebben. Számos vizsgálatot áttekintve megállapítja, hogy a tanulás első fázisában a centrális látás kap döntő szerepet a szabályozásban, míg a második stádiumban egyre inkább nő a kinesztetikus részarány. A taktilis és kinesztetikus analizátor információi egyre pontosabbakká válnak, ami egy specifikus mozgásérzés kialakulását, és a vizuális kontroll differenciáltabbá válását eredményezi. Közben a perifériás látás egyre fontosabb szerepet játszik: a mozgásnak már csak lényeges súlypontjai kontrollálódnak vizuálisan, a figyelem a környezetre, valamint bizonyos kulcsingerekre fordítódik, és az optikai analizátor leginkább az anticipációs szabályozásban válik hatásossá. A mozgástanulás harmadik fázisában a tudatos kontroll már minimálisra csökken, így az összes analizátor felszabadul a mozgásanticipáció számára. Teipel idézi Kurt Meinel és Günter Schnabel írását: az optikai analizátor eredeti funkcióját a kinesztetikus analizátor messzemenően átveszi, azonban a kinesztetikai kontrollra való átkapcsolás csak részleges, mert a periferiális látásnak a legtöbb mozgáskontrollnál igen fontos szerep jut.

Teipel számos idézett kísérlet alapján feltételezi (Teipel 1981), hogy a centrális látás a tudatos mozgástervezéssel áll inkább kapcsolatban, és a tanulási folyamatokban, a világ megismerésében játszik közre. A perifériás látás az ellenőrzés automatikusabb formáihoz, így főként a kinesztetikus, propioceptív kontrollhoz kapcsolódik, vagyis az élményszervezésnek kevésbé tudatos formáiban kap szerepet. Egyes mozgásterápiák tudatosan is alkalmazzák a centrális és fókuszált látáshoz kötődő különféle élményminőségeket, illetve az önmegfigyelés tudatosítására, valamint éppen a nemtudatos rétegek előhozására használják azokat.

A *vesztibuláris rendszer* alapvető feladata a fejmozgás és a gravitáció regisztrálása, és ennek segítségével a megfelelő testhelyzet, izomtónus felvétele és megtartása. A csecsemő veleszületett ösztönös mozgásait és később a fokozatosan kialakuló antigravitációs, testtartási, egyensúlyozási működéseket az idegrendszer a veszti-

buláris magvakon keresztül szabályozza (Kulcsár 1996). Kézenfekvő tehát, hogy a vesztibuláris szabályozás a testkép kialakulásában és a téri orientációban is alapvető szerepet játszik. Paul Schilder (idézi Fisher, Cleveland 1968) az interszenzoros funkciókban kiemelte a vesztibuláris rendszer központi szerepét, és a vesztibuláris-poszturális válaszok és a percepció között reciprok viszonyt tételezett fel. Tehát a testtónus exterocepcióra gyakorolt hatása mellett szerinte észlelésünk, benyomásaink is tükröződnek a testtónusban. Ezt megerősítik azok a megfigyelések, amelyek az egyensúlyszerv gamma-mozgatóneuronokra gyakorolt hatását írják le (lásd később a mozgásszabályozásnál). A vesztibuláris rendszer szerepét a válaszgátlásban és a késleltetésben is kimutatták, vagyis az a viselkedéskontroll szervezésébe is bekapcsolódik (Kulcsár 1996).

Úgy tűnik, a vesztibuláris rendszer gazdag összeköttetései miatt számos idegrendszeri funkcióban vesz részt. A vesztibuláris rendszer igen korán érik, az egyensúlyszerv már a 10. magzati hétre kialakul, és az első ehhez kapcsolódó reflexek már a 12. héten megjelennek. Velősödése már a 16. héten megkezdődik – a mielinizáció itt indul el először az idegrendszerben –, és születéskor az egyensúlyrendszer teljesen érett. Ezért kézenfekvő, hogy az első időkben központi szerepet tölthet be a szabályozásban. Holt szerint (idézi Kulcsár 1996) *a csecsemő korai aktivitásának jelentős része a gravitációval szembeni stabil testhelyzet fenntartását célozza.*

Spitz (idézi Vikár 1993) megfogalmazta, hogy a csecsemő első feltételes reflexei az egyensúlyváltozás ingerére alakulnak ki, amely ingerlés a mélyérzés, a cönesztéziás organizáció része, és amelynek működéséhez kötődik a csecsemő életben maradása. Katona Ferenc (Katona 1979) kiemeli a mozgásfejlődésben betöltött szerepét is. Míg a felnőtt vizuális jelzésekkel képes kompenzálni a vesztibuláris rendszer működési zavarait, addig gyermekeknél ez a poszturális kontroll elvesztéséhez vezethet, és hosszú távon késleltetheti a motoros funkciók fejlődését, illetve akadályozhatja a szenzomotoros integráció alakulását is.

A vesztibuláris rendszer tehát sokrétű kapcsolatokkal és működéssel jellemezhető, továbbá korai érése is indokolja, hogy a gyermekkori, és különösen a korai életszakaszban kiemelkedő szerepet tulajdonítsunk neki. *Koragyermekkorban a testkontaktus mellett a vesztibuláris ingerlés elengedhetetlen része az anya-gyermek kapcsolatnak, és ezáltal a kiscsecsemő szenzoros ingerlésének.* A ringatás, amely mindkét élményt tartalmazza – kiegészülve látási és hallási elemekkel –, valóban komplex testi-érzelmi élményt nyújt. Stern is kiemeli, hogy a csecsemő megnyugtatására és szórakoztatására használt számtalan gondozói rutinban közös a speciális dinamika, amely tulajdonképpen viszcerális szintű történések alapján mintázódik, vagyis a testi történések dinamikáját követi. *A vesztibuláris ingerlés a megnyugtatásban, anya és gyermeke egymásra hangolódásában betöltött szerepe mellett a fejlődésnek is fontos ingere.*

David L. Clark és munkatársai (idézi Kulcsár 1996) például vizsgálataikban 3–13 hónapos egészséges csecsemőket tettek ki erőteljes vesztibuláris ingerlésnek négy héten

keresztül, tizenhat alkalommal. A kontrollcsoporttal összehasonlítva a motoros fejlődésben szignifikánsan gyorsabban haladtak. A vesztibuláris deficit nemcsak a mozgásfejlődést hátráltatja vagy akadályozza, hanem szenzomotoros integratív funkciója miatt az egész fejlődésre kihat. Kognitív, perceptuális és figyelemzavarok esetén is következtethetünk hiányos működésére. A fejlődésben betöltött szerepére utal továbbá, hogy vesztibuláris öningerlés sok egészséges kisgyermeknél is tapasztalható, és kimutatták, hogy ezen gyermekek motoros fejlődése jelentősen előbbre jár, mint az ilyen viselkedést nem mutató társaiké (Sallustro és Atwell 1978, idézi Kulcsár 1996). Hospitalizált gyermekeknél a vesztibuláris öningerlés még fokozottabban jelentkezik a hiány pótlására (de ez náluk a szabályozó mechanizmusok felborulása miatt nem okoz gyorsabb fejlődést).[1] A vesztibuláris öningerlés tendenciája nagyobb gyermekeknél és felnőttkorban is megmarad, és Kulcsár szerint ekkor is adaptív funkciókat szolgál. Ebben az összefüggésben érdemes megjegyeznünk, hogy a latenciakori fokozott motoros aktvitás is éppen a viselkedésgátlás, és a nagyobb fokú integráció szolgálatában állhat. Általánosságban is érdemes lenne a gyermekek fokozottabb „szenzormotoros" megismerési kedvét életkori sajátosságként és nem egyfajta „rosszaságként" kezelnünk.

Az eredeti Ayres-féle terápia és a DSZIT-terápia különösen nagy hangsúlyt fektet a vesztibuláris ingerlésre, amelynek fejlődésben betöltött óriási szerepére az idézett szerzők is rámutatnak. Készségek szintjén a terápia visszamegy az alapokhoz, és a gyermek ritmusára hangolódva segíti a hiányzó láncszemek alakulását. Kapcsolati szinten is visszarepíti a gyermeket a korai élményvilág testi-kapcsolati élményeihez. Olyan egymásra hangolódást, szelfszabályozási minőségeket tesz lehetővé, amelyek a szavak szintjén nehezen elérhető korrekciós lehetőségeket nyitnak.

A MOZGÁSFEJLŐDÉS ÉS A MOZGÁSSZABÁLYOZÁS ELTÉRŐ SZINTJEI

A *mozgásfejlődést* csecsemőkorban a tankönyvek általában a csontokhoz és izmokhoz kapcsolódó mozgásformák fejlődési folyamataként mutatják be. (Archaikusabb mozgásformákat ír le és használ a terápiás folyamatban például a Body-Mind Centering irányzata.) A csontokhoz, ízületekhez, izmokhoz kapcsolódó mozgásformák segítik stabilizálni a kisgyermek helyzetét az őt érő számos inger özönében: proprioceptív, vesztibuláris, viszcerális belső ingerek, külső szenzációk, gravitáció, hangok, tapintás, látás, más személyek, tárgyak jelenléte. Mindezek között keresi a gyermek egyfajta stabil posztúra vagy megtartott dinamikusabb mozgás fenntartását. Talán ez érzékelteti, mennyire nehéz feladattal áll szemben fejlődése kezdetén, amíg mozdulatai automatikussá nem válnak. Szerencsére segíti a funkcióöröm: a végtelenségig képes egy-egy mozdulatot, mozgásformát ismételni, amíg a felfedezés öröme tart. Ez a folyamat talán szemlélteti, hogy a mozgástanulás során mennyi szenzoros ingert kell feldolgoznia a kisgyermeknek, és hogy a stabil mozgás tükrözhet egyfajta belső stabilitást is, az információfeldolgozás szintjén és lelki értelemben is.

1 Lásd ebben a kötetben Kökönyei Gyöngyi *A korai szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő biológiai és pszichológiai szabályozás szenzoros integrációs aspektusai* című írását.

Katona (Katona 1979) a gyermek magatartását már a magzati életben tárgyalja. Leírja, hogy az érzékelési és mozgási reakciók fejlődésével együtt ezek összeköttetései már a prenatális időszakban is alakulnak. Az első, ingerléssel kiváltható reakció a szájzug simogatására keletkező lassú mozgás a magzati élet 8. hetében. A másik legkorábbi reakció az egyensúlyszervet érő ingerléskor aktiválódik – a testhelyzet megváltoztatása – a 10. hét környékén. A 7. hónap vízválasztó az életben maradás szempontjából, hiszen a nyelési és szopóreflexek már majdnem tökéletesek ekkor, és a légzés szabályozása is alakulóban van, bár még igen instabil, és ezért környezeti ingerek könnyen kibillenthetik. Az összetett érzékszervek fejlődése megindul a hő- és fájdalomérzékelő idegpályák velősödésével egyetemben.

Katona (Katona 1979) kiemeli, hogy a mozgás fejlődésében a kezdetektől fogva *irányvonalak, fejlődési gradiensek* érvényesülnek. A magzati élet során kialakult elemi mozgásminták és érett újszülöttnél a megfelelő izomtónus lehetővé tesznek egyfajta alkalmazkodást a külvilághoz. Az *izomtónus* alapvető a test megfelelő tartásához, és ez teszi lehetővé az alaptesttartásokból kiinduló mozdulatok végrehajtását. Ennek legfelsőbb szabályozása a vesztibuláris rendszerhez kötődik, de az izmok, ízületek receptív rendszere is befolyásolja. Az első négy hónapban a *veleszületett mozgásminták* az uralkodóak a gyermek viselkedéseben. A csecsemőnél különféle reakciók válthatók ki az első négy hónap folyamán, amelyek fennmaradása azonban később zavarhatja a mozgásos fejlődést. Például az aszimmetrikus tónusos nyaki reakció fennmaradása meggátolhatja a forgás kialakulását; ez egyúttal az agyfejlődés zavarát is jelezheti. A később tanult mozgások – mint például a mászás, a járás – elemi formában már az újszülöttnél is megtalálhatók. Katona utal arra, hogy a 3. hónap környékén a felső végtagok mozgásszabadsága folytán a kéz érzékszervvé kezd válni (tájékozódás, tapogatódzás, tárgyak elengedése, később manipuláció). A 4–8. hónapig a kisgyermek viselkedését a *felegyenesedési reakciók* uralják, és ebben a kisagy irányító szerepet kap. A felegyenesedési gradiens első állomása a fej emelése, majd fordítása. Ebben a mozgásban ingerként szolgálhat a szem aktív mozgatása – optikus felegyenesedési reakció –, Katona utal is az optikus-vesztibuláris reakció összeköttetésére. Ez a reakció agyi károsodást szenvedett gyermekeknél hiányozhat, és ez kedvezőtlenül befolyásolhatja az összes felegyenesedési reakció alakulását (ez egyébként visszahat a látás fejlődésére, így „ördögi kör" alakulhat ki, és a hiányosságok tovább halmozódhatnak). A felegyenesedési reakciók másik ingere a fej mozgatása lehet – nyaki eredetű felegyenesedési reakció –, ahol a törzs alkalmazkodik a fej mozgásához. Végül a törzs mozgásai maguk is ingerként szolgálhatnak, ahol a törzsmozgások magukra hatnak vissza, és egyre finomítják, tagolják a tömeges mozgást. Ekkor válik lehetővé a forgás is, amely a felegyenesedési gradiens második állomásának tekinthető. A harmadik állomás a gerinc emelése, ezt követi az ülés (4. állomás), majd a támasz nélküli ülés (5. állomás, kb. 7. hónap) fokozata, amely a karok felszabadulásával ugrásszerűen növeli a kezek manipulációs tevékenységét. Ekkorra az elemi mozgásminták már vagy aktív gátlás alá kerülnek vagy beépülnek a mozgásba (tehát nem „tűnnek" el, hanem integrálódnak). Katona kiemeli, hogy *a felegyenesedéssel a helyzetváltoztatás és a manipuláció,*

a világ felfedezése is együtt jár, továbbá rámutat a látás bekapcsolódásának döntő szerepére a mozgástanulás megindulásában. A szerző úgy jellemzi ezt a korszakot mint a másodlagos cirkuláris reakciók korszakát, ahol a külvilág ingerei – melyeknek egy részét maga a csecsemő kelti – fokozottan hatnak, illetve visszahatnak a gyermekre. A felegyenesedési reakciók létrejöttének elengedhetetlen feltétele a paradox izomtónus-eloszlás: a végtagokban csökken, a gerincoszlopban nő a tónus a gravitáció leküzdésére (itt is fontos tényező az idegrendszer érése). Utolsó állomásként (6. állomás) a két lábra egyenesedést, majd később a járást említi a szerző, amelynek feltétele a mozgásegyensúlyi – statokinetikus – reakciók kialakulása (mint pl. a gyorsulási vagy a támaszkodási reakciók). A 8. hónaptól kezdődően a *statokinetikus reakciók vállnak uralkodóvá.* Katona arra is utal, hogy a statokinetikus reakciók a *mozgásszabályozás tudatos fokának küszöbét* jelentik, ahol a piramidális és extrapiramidális pályák közös szabályozó mechanizmusa valósul meg. A statokinetikus reakciók kialakulása segíti a kisgyermeket, hogy stabil maradjon, akár egy statikusabb helyzetben (pl. ülés), akár dinamikusabb mozgás közben. Ha megfigyeljük testünket statikus helyzetben (pl. állás), hamar észrevesszük, hogy nem vagyunk teljesen mozdulatlanok. Szüntelenül számos szinte észrevehetetlen apró mozgást végzünk, mindig visszaigazítunk a stabil központi állapothoz. Kisgyermekeket figyelve a mozgástanulás idején, ezek még látványos, nagyívű mozgások, visszaigazítások. Enélkül azonban felborulnánk, ha például ülés közben egy tárgyért nyúlnánk. Amikor a kisgyermeknél stabilizálódnak ezek a visszaigazítások, jelentős figyelmi kapacitás szabadul fel egyéb dolgok felfedezésére. Lélektanilag a stabilitás, „saját magam megtartásának" érzését jelenti ez az élmény. Talán ez érthetőbbé teszi, hogy a gyermekek (és felnőttek is) milyen szívesen és elmélyülten gyakorolnak instabil eszközökön, hogy megéljék ezt a fajta stabilitás-, önmegtartottság-érzést. Félénk, szorongó gyermekek időnként a legegyszerűbb módokon és eszközökön próbálják ezt az élményt kialakítani.

A mozgásfejlődés állomásai izgalmas területként jelenhetnek meg a mozgásterápiákban. Spontán *felbukkanhatnak a fejlődési gradiensek mozgásformái.* Megfigyelhetjük, hogy ez a *tér különféle használatával is jár, akárcsak a fejlődés kezdetén, és a vizualitás is másként kaphat szerepet.* A földön kúszó, csúszó, gördülő, gubózó gyermek a talajt és a vízszintes síkot használja. Mint a csecsemő, aki magától még nem képes ebből a síkból kiemelkedni. Ha kipróbáljuk a gyermekkel, nagyon izgalmas élményvilág tárul elénk. A föld teljesen megtart, akár minimális erőfeszítéssel is haladhatunk, átadhatjuk magunkat a talaj tartásának. A biztonságos talajon a szem is becsukódik néha, vagy lehet, hogy csak közelre nézelődünk, ha valamit megszemlélnénk, közel kell kerülnünk hozzá. A távoli dolgok viszont fölénk magasodhatnak. Más élmény, amikor már erőt fejtünk ki, felemelkedünk, használni kezdjük a középső térrészt. Itt már mindenképpen tartjuk magunkat. A vizualitásban is megjelennek a nagyobb távolságok. Állásban már abszolút tartani kell magunkat. Belátjuk az egész teret. Nagy lendületre, gyors eltávolodásra-közeledésre is lehetőségünk van. A DSZIT-terápia különlegessége, hogy az eszközök miatt lehetővé teszi egy negyedik térrész használatát, azt, amely általában a fejünk felett van. Ez újabb lehetőségeket nyit a gyermek számára kapcsolati szinten is, megélheti, hogy fölénk vagy minden más fölé kerülhet, a kontroll jóleső érzését adhatja, vagy akár a felnőtt perspektíva megtapasztalását.

A *mozgás* gerincvelői *szabályozásában* (Katona 1979) kétfajta fontos mozgatósejt-típust különítenek el, az alfa- és a gamma-rendszeréit, amelyek az izomtónust, a gravitáció leküzdéséhez szükséges működést állítják be központi szabályozó mechanizmusok alapján, és ebben a vesztibuláris szabályozás is fontos szerepet kap. A gamma-neuron tartja fenn az izomorsókban a válaszkészség legmegfelelőbb fokát, hogy az idegrendszer a legkisebb izomhosszváltozásokat is azonnal érzékelni tudja. A gamma-rendszer érzékenységcsökkenése, vagy éppen túlérzékenysége a visszajelzés zavarait okozza, aminek például az antagonista izmok gyengülése vagy izommerevség lehet a következménye. A gerincvelői szabályozásból fontos kiemelnünk a gátló interneuronokat, amelyek szintén felsőbb központok irányítása alatt állnak. A háromféle neuron segítségével történik az antagonista izmok szabályozása. A nyúltagyi mozgásszabályozó rendszerek között központi helyet foglal el a vesztibuláris magrendszer. Ez nemcsak a fej térbeli helyzetét érzékelő egyensúlyszervből kap információt, hanem az izom- és ínorsóból, az ízületi receptorokból, a kisagyból és a retikuláris rendszerből is. A vesztibuláris magvakból az információ végső soron a gerincvelő gamma- és alfa-sejtjeihez áramlik. A rendszer az egyensúly és a súlypont megtartásának szabályozása mellett a szemmozgásokat is irányítja. A kisagy két fontos területen szabályozza a mozgást. Egyrészt visszacsatolással a mozgásszervekből nyert folytonosan beérkező információk alapján a folyamatos mozgások időzítésében, mozdulatok fenntartásában játszik szerepet. Másrészt előre tervezett nem közvetlenül visszacsatolt információk alapján – az agykéreggel együttműködve – a motoros kéregben tervezett mozgások szabályozásában és a gyorsmozgások indításának tervezésében vesz részt. Az extrapiramidális rendszer legfontosabb működése az automatikus és a tudatos-gördülékeny mozgások gerjesztése. Míg a kisagy főként egyes testrészek helyzetének fenntartásában és a gyorsmozgások szervezésében vesz részt, az extrapiramidális rendszer a folytatólagos mozgásokat biztosítja. Legmagasabb szinten a piramidális és extrapiramidális pályák együttműködése és a szenzoros információkkal való integráció folyamata figyelhető meg. Többen kiemelik, hogy a csecsemő fejlődése során megfigyelhető, hogy a szabályozás különböző fokai sorban bekapcsolódnak, aktivizálódnak (lásd pl. Katona 1979).

A MOZGÁSOS-ÉRZÉKELÉSES TAPASZTALÁS ÖSSZEFONÓDÁSA A KORAI FEJLŐDÉSBEN ÉS KAPCSOLATI ÉLMÉNYBEN

Az észlelés és a mozgás fejlődésének elemzésekor ki kell térnünk azok kölcsönhatására is. Marton Magda (Marton 1970) említi egyik cikkében Richard Held és Alan Hein szellemes kísérletét, amelyet macskakölyökpárokkal végeztek. Az állatokat úgy helyezték el egy kosárban, hogy az egyik állat lábai kinyúlhattak a kosárból, így aktívan mozoghatott, míg a másik passzívan mozdult el a kosárral együtt. A kísérlettel felhívták a figyelmet az aktív, önindította mozgás szerepére a formalátás kialakulásában, vagyis bebizonyították, hogy a formalátásnak nem egyedüli feltétele a mintázott ténnyel való ingerlés. A kísérletek egyik tanulsága az volt, hogy az ingerdepriváció az általános fejlődésen túl zavaróan hatott a mozgásos, explorációs viselkedésre is. (Talán elég ehhez felidéznünk a hospitalizmus szindrómáját.) Katona is kiemeli a látás szerepét a mozgásfejlődésben (Katona 1979), Teipel pedig összefoglaló munkájában (Teipel 1981) rámutat arra, hogy a vizuális kontroll elengedhetetlen a mozgástanulásban, még felnőtt személynél is. A kutatások tehát rámutattak a szenzoros és motoros tapasztalatok komplementer fejlődésére.

Az anya vagy gondozó viselkedésének fontossága – a táplálláson és a szorosan vett ellátáson túl – minden relevánsabb elméletnek alapfeltevése. Az anyadepriváció hatásának vizsgálata egy másik fontos szempontra is felhívta a figyelmet: ez a helyzet általánosságban is jelent egyfajta szenzoros deprivációt. Vagyis a „narcisztikus ellátás" vagy a tükrözés mellett a megfelelő ingerekben való részesedés folyamata is sérül, ez pedig szintén alapvetően sértheti a személyiség fejlődését. James Prescott felveti (idézi Marton 1976), hogy a szenzoros és a szociális depriváció hatása közös elméleti keretben tárgyalható.

> Prescott – Harlow kísérleteit elemezve – rámutat arra, hogy a társmegvonásos kísérleteknél a szomatoszenzoros rendszer szenved hiányt. A fejlődéshez szükséges ingerlés elmaradása működési túlizgalomhoz vezethet, és ezen keresztül patológiás viselkedési formákat hoz létre. Prescott felvet egy „szomatoszenzoros kisagyi hipotézist" is. A kisagy szomatoszenzoros idegpályák (afferentáció) fontos projekciós központja, és az agykéregtől is kap információkat (efferentáció); szerkezete és összeköttetései lehetővé teszik, hogy szabályozó, ellenőrző működést fejtsen ki. A kisagy születéskor még éretlen, és éréséhez megfelelő mennyiségű ingerlésre van szüksége, ez szociális depriváció következtében elégtelen lehet. Ennek hatására a kisagyban kóros túlizgalom, túlérzékenység jöhet létre, és ez dezinhibíciós (explozív, agresszív), illetve diszfacilitációs (autisztikus-visszahúzódó) magatartáshoz vezethet. Prescott hozzáteszi, hogy a modell emberre is érvényes, és a koragyermekkorban a szociális kapcsolat különféle szokásos formái (mint pl. a ringatás) biztosíthatják a megfelelő fejlődést. Ő is felhívja a figyelmet a testi kapcsolat fontosságára az élet első hónapjaiban, és úgy gondolja, hogy a távolsági ingerlés – látás és hallás – erre épül rá. Láthatjuk, hogy Prescott elmélete a biológiai mechanizmusok szerepét emeli ki az anya-gyermek kapcsolatban, s ezzel megerősíti Bowlbynak az attachment biológiai megalapozottságáról szóló elképzeléseit. A későbbi kutatások tovább finomították az ilyen jellegű elgondolásokat.

Számos szerző hangsúlyozza a mozgás, cselekvés, aktivitás jelentőségét a korai tapasztalatok szervezésénél. Fontos azonban látnunk, hogy *az érzékelés és mozgás együttesen van jelen a kisgyermekkori tapasztalásban,* maga a cselekvés önmagában éppúgy nem szervezi hatékonyan a tapasztalatokat, mint az ingerek passzív, mozdulatlan befogadása. A tapasztalás ebben az értelemben nagyon komplex: egyszerre közvetítődik mozgásos-cselekvéses, és a látás mellett egyéb szenzoros rendszereken keresztül. Felnőttkorban ezt az „ideális" tapasztalatszerzési állapotot nehezebb elérni, így a mozgásterápiák azon formáiban, ahol a testtudati munka nagyobb hangsúlyt kap, számos gyakorlat irányul az ilyen komplex és érzékeny figyelmi állapotnak a megtalálására (lásd Merényi 2004; Merényi 2008). A gyermekek a mozgásterápiás

folyamatban általában idővel spontán is ráéreznek erre, van azonban, akit jobban kell ebben támogatni.

Mindez csecsemőkorban nagyon erősen kötődik a felnőttekkel való interakciókhoz, kapcsolatokhoz, majd később egyre nagyobb teret nyer az önálló felfedezés. Már számos példát említettünk erre, mégis idézem Anni Bergman (Bergman 2004) egyik írását, amelyben kifejti, hogy a térhasználat, térérzékelés hogyan változik az anya-gyermek kapcsolatban. Írásának már a címe is izgalmas: *Az anyaöltől a külvilágig: a tér használata a szeparációs-individuációs fázisban.* Winnicott potenciális térről szóló elméletére építve megfogalmazza, hogy az intrapszichés történéseket egyfajta térben éljük meg, amely összeköt és egyúttal el is választ másoktól. Az anya fokozatosan legalább annyira külső valósággá válik a gyermek számára, mint belső tárggyá, és az átmeneti tér – ahol a csecsemő terében megjelenő személyek a kettő közötti minőséggel is felruházódnak – a kettőt összeköti. Kezdetben anya és gyermeke között szinte nincs tér, a szoptatás, nyugtatás szoros testkontaktust feltételez. Ez a távolság azután nőni, nyílni kezd. A csecsemő számára az „anya és gyermeke közti tér" a legfontosabb ekkor. Körülbelül nyolc hónapos korban a csúszó-mászó gyermek kezdi felfedezni a „külső teret", amely már nem az anyához köti, és ennek felfedezése válik hangsúlyossá, valamint az anyához közeledés-távolodás, amelyet már maga szabályozhat aktívan. Az, hogy ezt a kétfajta teret a gyermek hogyan kezeli, hogy mi lesz az optimális távolság az anyától az adott fejlődési szakaszban, mindig kompromisszum eredménye az adott időszak optimuma és az anya-gyermek páros lehetőségei között. Bergman elmélete nagyon szép példa arra, hogy az érzékeléses-mozgásos-kapcsolati elemek hogyan fonódnak össze a korai fejlődésben. Megfigyelései a mozgásterápiás térben-kapcsolatban is jól használhatók.

A fejlődés során az érzékelés- és mozgásszabályozás különböző szintjei jelennek meg, ezek különféle tapasztalási lehetőségekhez és az élményszervezés eltérő formáihoz kapcsolódnak. Mozgásterápiás helyzetben a különféle helyzetek, ingerek hatására eltérő szabályozási rendszerek aktivizálódnak, más és más élményminőségek kerülhetnek a tudatos vagy nem tudatos emlékezet, figyelem képernyőjére. Ez fordítva is igaz lehet: bizonyos tudatos vagy kevésbé tudatos emlékek, érzelmi érintettségek olyan állapotokat idézhetnek fel az egyén számára, amelyben korábban aktívabban használt szabályozási formák elevenedhetnek fel. A terapeutának fontos tudatában tartania, hogy ezek a korábbi élményszerveződések a mozgás során gyakran maguktól bukkannak fel a komplex szenzomotoros-érzelmi élmények hatására. Fontos feladata utat nyitni ezekhez a tapasztalati lehetőségekhez, vagy hagyni azok megélését, de ugyanolyan lényeges a szokásos énállapotokhoz visszavezető út megtalálásának segítése is. Ezért szükséges a terápiás alkalmak végére levezető, lezáró vagy feldolgozó szakaszt beiktatni, segíteni a gyermeket (felnőttet is!) abban, hogy a módosult tudatállapotból visszakerüljön a mindennapok állapotába (vagy közelítse azt).

AKTÍV TAPASZTALÁS, ÖNINDÍTOTTA MOZGÁS ÉS ÉNÉLMÉNY

A szenzoros deprivációval foglalkozó kutatások felhívták a figyelmet az anya-gyermek dialógus mellett a perceptuális és motoros tapasztalatok szerepére a korai fejlő-

désben, illetve ezek integrációjának fontosságára. A kutatások egy része a csecsemő, illetve az újszülött kapacitásával foglalkozott, és ez magában hordozta azt a problémakört is, hogy mi az, amit öröklünk, és hogyan formálja ezt az érés és a tapasztalat. Megint mások az aktivitásra hívták fel a figyelmet a tapasztalatok szerzésében, szervezésében.

Jean Piaget (Piaget 1969; Piaget 1978) megfogalmazta, hogy a csecsemő nem passzív befogadója az őt ért eseményeknek, hanem saját aktivitásán keresztül ismeri meg a világot. Ez az elképzelés Sternnél (Stern 2002) a „hatóerő" fogalmában körvonalazódik. Szerinte az *„én mint cselekvő" érzése az én-érzés elsőrendű aspektusa. Ennek hiányában aktivitásunkat nem a sajátunkként élnénk meg.* Stern úgy gondolja, hogy a Piaget által leírt szenzomotoros sémák voltaképpen mozgástervek, így lehetővé teszik az „én mint ágens" átélését már a legkorábbi életszakaszban. Az „én mint ágens" átélése tehát az énélmény legkorábbi aspektusa – már a 0–2. hónapban megjelenik –, míg az „én mint tárgy", az én tárgyként való kezelésének készsége csak később, 15 hónapos kor után jön létre. A saját cselekvés, hatóerő érzése nem evidens, bizonyos pszichiátriai kórképeknél hiányzik ennek élménye (Fischer, Cleveland 1968).

> Számos kísérleti bizonyíték utal arra, hogy az önindította aktív mozgás hat a percepció alakulására és a későbbi teljesítményekre. Marton (Marton 1970) cikkében ismerteti Erich von Holst elméletét egyfajta komparátor működéséről, amely a centrális motoros indításról leágazó idegi folyamatot és a kivitelezett mozgásról jövő visszajelzést hasonlítja össze. Ez teszi lehetővé, hogy ne keverjük össze a saját mozgás által keltett, illetve a környezet elmozdulásából származó virtuális ingerlést. Hans-Lukas Teuber hozzáteszi (idézi Marton 1970), hogy akaratlagos mozgásindításkor egyfajta impulzusáramlás indul meg centrálisan a motoros területektől a szenzoros területek felé („corollary" – 'következményes' – kisülés) előkészítve a szenzoros területeket azokra a változásokra, amelyeket a személy mozgása keltett a környezetben. Marton szerint ez azt jelenti, hogy a centrális mozgásindítás – a mozgásparancs – tekinthető egyfajta anticipációs folyamatnak is. A tárgyelérő viselkedés folytán együtt elraktározódó vizuális és poszturális jelzések testmodellé állnak össze, és lehetővé teszik a mozgás végállapotára jellemző poszturális és vizuális jelzések elővételezését. Ebben a testmodellben számos testhelyzet és testmozgás „mint egységes egész, vizuálisan" tükröződik a tudatban. A mozgásterv, mozgásanticipáció funkciója az is, hogy a társ mozgásának megfigyelésekor aktiválódhat, így a társ mozgásának lekövetését lehetővé teszi. Ebben az elméletben megint nyomon követhetjük, hogy testi szinten már igen korán lehetséges az „én" és a „tárgy" elkülönítése, egyfajta reprezentáció, elvárások kialakítása, a másik követése.

Feinberg (Kulcsár 1996) még tovább viszi az önindította mozgás által aktivált „következményes kisülés" gondolatát, és azt mint az akarat vagy a szándék tudatos megéléséért felelős történést értelmezi. Ez párhuzamba állítható az énérzést az önindította mozgással összekapcsoló elméletekkel („én mint ágens").

Az, hogy a saját mozgást képesek vagyunk követni és azonosítani – amint Marton is kiemeli –, segít a másik mozgásának lekövetésében. Így valószínűsíthető, hogy a

másik szándékainak olvasását és elkülönítését ez a folyamat előkészíti. Ez azt is jelentheti, hogy a mozgásterápia folyamán egyszerre zajlik a terapeuta „elég jó" tükrözése, és a saját mozgás elkülönült megélése, felfedezése, amelyek később a társas kapcsolatokban való eligazodást segítik. (Itt egy kisfiú esete jutott eszembe, aki órákon keresztül játszotta a csepphálóban, majd a nyitott hálóban, ahol a lába leért, hogy ki indítja a hintázó mozgást, ő vagy én. Ezután látványosan csökkent a tőlem való szorongás, visszahúzódás, és egyre gazdagabban kezdett játszani.)

Érdemes szem előtt tartani azt is, hogy az aktivitás mellett a passzivitásnak is fontos szerepe lehet. Számos szerző kiemeli, hogy az inaktív időszakokban az információk feldolgozása és integrálása történik. (Jó példa erre, hogy az éjszakai nyugalmi állapot mögött már számos mentális aktivitást bizonyítottak.) A terápiás folyamatban megfigyelhetjük, hogy a gyermekek időnként igénylik az inaktivitást, akár rövid időre, de néha hosszabban is. Ennek nagy jelentősége van. Terapeutaként ne érezzük tehát, hogy ezek haszontalan időintervallumok lennének. A terapeuta ráérezhet, hogy ilyenkor csak a jelenlétét igényli-e kis páciense, vagy esetleg beszélgetni is szeretne egy ilyen nyugalmi állapotban.

Testképzetek, szavak előtti emlékezet

Ebben a fejezetben a szavak és a szimbolikus működés előtt lehetséges reprezentációs lehetőségeket tárgyalom. A különféle tapasztalatok raktározása és előhívása fontos eszköz a környezethez való alkalmazkodásban, de eközben fennmaradhatnak már számunkra nem előnyös megoldási, megküzdési, alkalmazkodási, kapcsolódási módok.

A testről alkotott reprezentáció fogalmának felbukkanása

A múlt század végén a neurológusok olyan jelenségekre figyeltek fel, amelyek a szokásos élettani „logikával" nem voltak értelmezhetők. Az agysérülést szenvedett betegek szokatlan és bizarr attitűdjei saját testükkel szemben, az agyi léziókban szenvedők torz testképzetei, a fantomvégtag jelensége tették kíváncsivá ezeket az orvosokat, kutatókat.

A századfordulón Arnold Pick kutatóneurológus (idézi Fisher, Cleveland 1968) feltételezte, hogy az egyén fejlődése folyamán megalkotja a „test térbeli képét", amely saját testének belső ábrázolása, és tudatosan jelenik meg előtte az érzékszervei által szállított információk segítségével. A fantomvégtag jelenségét is a testkép fogalmának alkalmazásával próbálta értelmezni: az érzést, amelyet az amputált betegek tapasztalnak, az előző és az új, megváltozott testkonfiguráció közti diszkrepancia okozza. Rögtön szembetűnik a modell mássága. A perifériás ingerlés által kiváltott központi folyamatok lineáris, egyirányú sémája helyett itt a központi (idegrendszeri) folyamatok maguk is befolyásolják az érzékelést. Két fontos dolog következik ebből: a testséma, mivel múltbéli események leszűréséből alakul, a múltbéli tapasztalatok szimbólumává válik; másrészt halványan már itt körvonalazódni kezd az aktív elme

ideája (tehát az ember nem passzívan fogadja be a világot, hanem részt vesz annak belső megformálásában), amely később oly „forradalmi" utat jár be a pszichológiában.

Henry Head (Fisher 1975; Fisher, Cleveland 1968; Fisher 1986) az elsők között alkotott meglehetősen kidolgozott elméletet a testképet illetően, elképzeléseit az 1920-as évek körül publikálta. Szerinte a testmodell teszi lehetővé az integrációját annak, ami „most" történik, és ami „azelőtt" történt: az egyén úgy képes egyik pozitúrából a másikba váltani összefüggő módon, törés nélkül, hogy minden új mozdulatot egy már meglévő sztenderdhez, modellhez viszonyít. Erre vezette be a *séma* mint kombinált sztenderd fogalmát, amelyhez minden egymást követő helyzetváltoztatás mérve van. Azt is feltételezte, hogy ennek a sémának a működése nagyrészt öntudatlan.

Bécsben egy kutatócsoport az 1920-as évek elején nagy tanulmánysorozatot közölt a testattitűd-torzulásokkal kapcsolatban. A németországi neurológusokat is inspirálta ez a kutatási terület. Josef Gerstmann (idézi Fisher, Cleveland 1968) az 1920-as években szokatlan szindrómát írt le egy agyi károsodást szenvedett betegnél, akinél a következő fő tüneteket találta: az ujjak agnóziája,[2] a jobb-bal megkülönböztetési nehézsége, a spontán írás zavara és nehézségek a számtani műveletek végrehajtásában. Izgalmas kérdés volt, hogy a négyféle diszfunkció, amelyek látszólag semmilyen kapcsolatban nem állnak egymással, mi módon fűződnek egy szindrómává. Úgy gondolta, hogy a kéznek különleges szerepe van a testsémában fontossága miatt, ezért fordulhat elő az ujjak agnóziája, amely egyedülálló abban az értelemben, hogy ritkán fordul elő agnózia a test bármely izolált részével kapcsolatban. Úgy érvelt, hogy a számolási nehézség magyarázható az ujjak alapvető szerepével, és felvetette a lehetőségét annak, hogy a többi tünet is kapcsolatba hozható a kéz testsémabeli torzulásával.

A gondolatmenet azért jelentős, mert azt az elképzelést tartalmazza, hogy különböző alapvető készségek és képességek egy jól szervezett testképtől függhetnek. Ezt erősítik meg Harry Allen Teitelbaum (idézi Fisher, Cleveland 1968) kísérletei, aki hipnotikusan indukált testképtorzulásokat idézett elő. Szuggesztió segítségével „elfelejtetett" a betegekkel mindent, ami testükkel kapcsolatos volt, és azt találta, hogy ez egyéb képességeikre is befolyással volt, például a számtani műveletek végzésére, a tárgyak felismerésére.

Ezek a gondolatok számos kutatást indítottak meg. A fantomvégtag magyarázatára született új elképzelések a centrális folyamatok szerepét hangsúlyozták (pl. Head, Schilder). A jelenség szerintük a központi testképfolyamat manifesztációja, olyan testképnek a fennmaradása, amely még nem alkalmazkodott az új tapasztalatokhoz. A magyarázat expliciten tartalmazza a centrális folyamatok hatását a perifériásakra, konkrétabban a testkép befolyását az érzékelésre.

2 Agnózia: a mindennapi tárgyak, jelenségek felismerésének kóros képtelensége ép érzékszervek és ép elmeműködés ellenére.

Más tanulmányokat az a kíváncsiság inspirált, hogyan szervezi át az egyén a testsémáját, miután az egy amputációs eljárás során sérült. A kutatások arra engednek következtetni, hogy egy végtag amputációját követően erők mobilizálódnak, hogy olyan testválaszmintázatot tartsanak fenn, amely annyira hasonlít az amputáció előtti mintához, amennyire csak lehetséges. Marianne Simmel (idézi Fisher, Cleveland 1968) leprás betegeket vizsgálva azt tapasztalta, hogy amputációnál a betegek mindig fantomvégtagérzésről számoltak be, míg abszorpció következtében elveszett testrészeknél egyetlen esetben sem volt ilyen élményük. Megállapította, hogy az ujjak fokozatos abszorpciójában szenvedő betegeknél a testséma lépést tud tartani a testben végbemenő változásokkal, míg amputáció vagy akut neurológiai lézió esetén a testséma „lemarad", amit a fantomvégtag jelensége mutat. Érdemes észrevennünk, mennyire távol vannak az ilyen jellegű interpretációk a hagyományos egyirányú-lineáris modelltől, amely az egyénnek igen passzív szerepet tulajdonít.

A pszichiátriai irodalom is bővelkedik a testképtorzulások leírásában. Schilder (idézi Fisher, Cleveland 1968), aki e torzulásokat skizofrén, illetve organikus agyi elváltozásokban szenvedő betegeknél is vizsgálta, azt találta, hogy a két csoportnál tapasztalt jelenségek nem különböztethetők meg élesen egymástól. Schilder utal arra, hogy a skizofrén testkép-patológia a nem kielégítő emberi és társas kapcsolatok megnyilvánulása. Úgy gondolja, hogy a testképet nagymértékben a másokkal való interakciók formálják. Amilyen mértékben hiányosak az interakciók, oly mértékben lesz a testkép fejlődése inadekvát. Azt is felveti, hogy a testképszimptómák egy része jelképes kísérlet arra, hogy olyan testrészeket tagadjon, amelyek tiltott vagy szorongással terhes funkciókat szimbolizálnak.

Schilder szerint a test romlásának, széthullásának érzése az énre irányuló ellenséges, szadomazochisztikus attitűdök tükröződése lehet. Állításait főként a freudi terminológiára alapozva fogalmazta meg. Kutatásai során azt is megfigyelte, hogy skizofrének testképzetei rajzaikban is tükröződnek. Lauretta Bender és W. R. Keeler (idézi Fisher, Cleveland 1968) ezt a hagyományt követve skizofrén gyermekek testképét tanulmányozták. Megfigyeléseik szerint ezek a gyermekek különös nehézséggel küzdenek testük határának, perifériájának meghatározásában, ami alakrajzaikban is tükröződik: a testperifériát vastagon kirajzolják, és számos „beburkoló" jelentésű elemet használnak (pl. széles karimájú kalapokat).

Schilder és más kutatók munkái azonban nem tudtak szisztematikus összefüggéseket kimutatni a testséma, az érzékelés, a személyiségjegyek és a rajzok között, sőt egyes szerzők óva intenek attól, hogy a felsorolt tényezők közt egy az egybeni megfelelést tételezzünk fel.

Az ilyen jellegű gondolatok indították meg a normális egyének testsémájának vizsgálatát is. Ez már explicit módon tartalmazza azt a feltételezést, hogy a testről kialakított modellnek óriási szerepe van ontogenetikusan is, nem csak olyan szokatlan helyzetekben, ahol nagy erőt kell mozgósítani a tapasztalatok újraszervezéséhez (mint pl.

egy végtag-amputációnál). A kísérletek egyik fő tanulsága az volt, hogy a testséma egy nagyon flexibilis modell, ami fontos, hisz állandó változásnak van kitéve.

Az alakrajzokat felhasználó vizsgálatok is igen elterjedtek. Karen Machover (idézi Fisher, Cleveland 1968) kidolgozott az alakrajzok értékelésére egy technikát, amely szignifikáns korrelációban volt a vizsgált személyek tértől való függőségével. Vizsgálatai szerint a tértől függő egyének rajzai testük alacsony önértékelését tükrözik, míg a tértől független egyének rajzaikban nagyfokú testintegrációt, érett szexuális vonásokat és a „testbe való nárcisztikus befektetés" magas fokát mutatják. Machover arra a következtetésre jutott, hogy az egyén attitűdje testével szemben befolyásolja azt, hogyan tud rendszertelen térbeli helyzetekben tájékozódni. Meggyőzően illusztrálja, hogy a testkép fontos változó az érzékelésben, ami egybecseng az előző kutatások, megfigyelések adataival. Egyes kutatók a test térbeli szerkezetét alapnak tekintik minden térbeli élmény megszervezéséhez. Werner (idézi Fisher, Cleveland 1968) szerint a térbeli viszonyokra vonatkozó kifejezések arra utalnak, hogy maga a test – felső-alsó, előtt-mögött és jobb-bal „személyes dimenzióival" – egy pszichofizikai koordináta-rendszer forrása. Ezért arra lehet következtetni, hogy az objektív tér fokozatosan fejlődött ki ebből a primitív orientációból. (Ezt hívjuk egocentrikus térnek, amely az egyénhez viszonyít, szemben az allocentrikus térrel, ahol más dolgok egymás közti viszonya adja a tájékozódási pontot.) Schilder szerint a testkép arra is eszköz lehet, hogy az egyén képes legyen kontrollt elérni bizonyos akaratlan funkciói felett. Például nem tudjuk elhatározni pulzusszámunk növelését, de elképzelhetjük magunkat félelmet keltő helyzetben. Ilyen „kulcsképzetekkel" indirekt befolyást gyakorolhatunk akaratlan testfolyamatainkra, amihez testünkről alkotott elképzeléseinket hívjuk segítségül.

Ezek a kutatások láthatóvá teszik azt, hogy az érzékelés a „fizikai" jellegű tapasztalatoknál – mint például a tér vagy a tárgyak érzékelése – is tartalmaz belső, egyéntől függő, szubjektív faktorokat. Az objektív, valós tér felfedezése egyedi átélésen keresztül történik, és erősen függ az előzetes tapasztalatoktól, belső reprezentációktól, amelyek a percepciót valamely irányban meghatározzák. A szenzomotoros élményeket mégis hajlamosak vagyunk csak objektívnek hinni, és mint mindenki által hasonlóan megélt valóságot kezelni. Ezért bármely mozgásterápiával foglalkozó szakembernek ajánlott mozgásos sajátélményű csoportban megtapasztalnia saját és mások élménymódjának szubjektivitását, egyediségét.

A testséma vonatkozásában fontos megemlítenünk Marton cikkét (Marton 1970) a vizuális-poszturális testséma kialakulásról. Marton feltételezi a kutatások alapján, hogy a mozgásokból és testhelyzetekből beérkező szenzoros és motoros információk egyfajta sémában integrálódnak, és ezzel segítik az alkalmazkodást. Elmélete hasonlít Head már említett elméletéhez. Marton kiegészíti ezt azzal, hogy a fejlődés folyamán ez a testséma látási információkkal bővül, és kialakul a testnek egyfajta vizuális-poszturális modellje, amely az adaptáció szolgálatán túl az énélménynek, az öntudatnak is alapját képezi.

Bár a pszichológiai irodalomban egyetlen klasszikus iskola sem fordított szisztematikus figyelmet a testséma jelenségére, implicite – egyes irányzatok pedig exp-

liciten – mégis felvetettek számos testkép vonatkozású koncepciót, és mint jelentős fogalomkört kezelték. Erdélyi Ildikó ebben a vonatkozásban Sigmund Freudot és Françoise Doltót idézi (Erdélyi 2010). Freud is ír a testi én fontosságáról, de azt inkább tudatosnak, az én alapjának írja le. Ezzel szemben Dolto tudattalan testképről beszél, amelyben korai emléknyomok, a korai kapcsolat lenyomatai és tudattalanná vált fantáziák is összesűrűsödnek. A doltói testkép kapcsolódik a testsémához is (zsigeribb élmények), a korai kapcsolati élményekhez és a fantáziához is. Kiemelném, hogy Schilder és Dolto elméletében is *a testséma vagy testképzet alakulására fontos hatással vannak a másokkal folytatott interakciók, kapcsolatok.*

A PREVERBÁLIS TAPASZTALATOK REPREZENTÁLÁSA

A Freud utáni analitikus irányzatok számos szerzőjét izgatta az a kérdés, hogy a gyermekkorban átélt történések, érzelmek, kapcsolati viszonyok hogyan raktározódnak el az egyes emberekben. Freud kifejtette, hogy a kora gyerekkori történések, infantilis fantáziák a tudattalanba süllyednek, mégis meghatározók az emberi kapcsolatokban. Később sok szerző foglalkozott az énképzetek és tárgyképzetek reprezentációjának alakulásával, differenciálódásával, integrálódásával, a különböző fejlődési fokokhoz kapcsolódó mechanizmusokkal, ezek zavaraival. A reprezentáció formálódásában helyenként megtörtént eseményekre, helyenként a fantáziára helyezik a hangsúlyt a szerzők.

Stern (Stern 2002) szerint a szelfmag az epizodikus emlékezetből formálódik, tehát alapja valóban megtörtént eseményekből áll. Valós eseményekből, amelyek komplex motoros, perceptuális, affektív komponensekből, élményekből épülnek fel. Stern szerint minden megélt tapasztalat formál egy epizódot, s ezen epizódok általánosított epizódokat alkotnak, amelyek már egy elvárást tartalmaznak az adott eseménnyel kapcsolatban. Ez a szelfmag alapegysége, a RIG.[3] Példaként a mellel kapcsolatos élményeket említi: ha a csecsemő orra szopás közben a mellhez nyomódik, a kicsi az evést megszakítja. Ez a „mellütközés" epizódként rögzül, és néhány ilyen tapasztalat általános mintát és elvárást formál, amely az evést kellemetlen élményként reprezentálja, és evészavarokhoz vezethet.

Stern elképzeléseiből kiemelnék néhány fontos mozzanatot. A szerző a belső reprezentációk kialakulásának alapját valós eseményekben látja. Ezek igen komplex események, éppúgy elraktározódnak bennük mozgásos és szenzoros események, mint azok az érzelmek, amelyeket ezek az élmények a csecsemőben kiváltanak, ahogy az a viszonyulás is, amelyben az adott esemény zajlik. Ha az említett szoptatásos példára gondolunk, ez számos kontextusban megtörténhet. Lehet véletlen esemény, de mutathatja az anya viszonyulásmódját is csecsemőjéhez, például ha erőszakosan a melléhez nyomja gyermekét, vagy éppen képtelen észrevenni a körülötte zajló finom eseményeket, a gyermek jelzéseit – ezt a gyermek szintén rögzíti. A gyermek tehát számos, közte és a körülötte lévő emberek és tárgyak között zajló interakciót elraktá-

3 RIG – Representation of Interactions that have been Generalized, vagyis 'generalizált interakciók reprezentációja'.

roz. Más szerzők is kiemelik, hogy ezeket a történéseket a kisgyermek komplexen és differenciálatlanul rögzíti. Így valószínű, hogy a legkorábbi testképzetek szenzomotoros élményei még nem elkülönülten raktározódnak, hanem komplex élményekbe ágyazódva, és a különféle élményminőségek csak fokozatosan különülnek el egymástól. Ezeket a nehezen vagy egyáltalán nem tudatosítható élményminőségeket verbálisan nehezen érjük el. A mozgásterápiás, testtudati munka a személyiséget gyakran egészlegesen megérinti, és mozgásba hoz verbálisan nem kifejezhető érzelmeket és egészen korai viszonyulásmódokat is.

Stern elképzelése szerint a reprezentáció egy elvárásokat tartalmazó, szerveződő, módosuló mintázat, vagyis nem statikus, mint a hagyományos elméletekben, hanem egy állandóan, az aktuális események függvényében alakuló emlékezeti mintázat. Személyiségünk mély magja, a szelfmag egy állandóan módosuló képlékeny mintázat. Számos lecsapódást tartalmaz az addigi tapasztalatok alapján, és egy aktuális helyzetben ezt elvárások formájában kivetíti. Értelmezésem szerint itt van egy lényeges különbség a projekciós mechanizmusok hagyományos elképzeléséhez képest. Az elvárás ebben az elméleti keretben nem azt jelenti, hogy a személy teljes egészében előre meghatározott lefutást várna egy adott szituációban – ekkor a szelf változatlan maradna. A tapasztalatok alapján megformálódott reprezentációban foglalt elvárás(ok) olyan információkat is tartalmaz(nak), amelyek módosíthatják magát az elvárást is az aktuális helyzet hatására. A régről hozott reprezentációk és a jelen helyzet tapasztalatai egyaránt fontosak a viselkedés meghatározásában. Az elvárásoknak így rugalmasaknak kell lenniük, különben ellentétbe kerülhetnek az aktuális tapasztalatokkal, és elhárító stratégiákat indíthatnak be. Véleményem szerint az egyének között nagy különbségek lehetnek reprezentációik minőségét illetően is (tehát nem csak tartalmilag) abban a tekintetben, hogy ezek mennyire merevek, illetve rugalmasak. Számos elmélet utal arra, hogy belső sémák nélkül a személyiség szétesik, tehát a tapasztalatok elraktározása és általánosítása, integrálása az egészséges működés alapja. Mégis azt tapasztaljuk, hogy a másik véglet is megbetegítő hatású lehet, vagyis ha az egyén viselkedését csak a múltbeli tapasztalatok határozzák meg, és így képtelen figyelembe venni az adott valóságot, amely a szelf formálódását segíti. Az ilyen bemerevedések védekezésképpen jöhetnek létre. A normál reprezentáció inkább közelít egy változni képes mintázathoz, amely a viselkedés szintjén biztosítja a környezetre való nyitott reagálást, vagyis az interszubjektív cserét, egymás kölcsönös formálását az új helyzetben is lehetővé teszi. Ez annál inkább érvényesülhet, minél kevesebb szorongás tapad az adott személyiségrészhez, tehát egyénen belül is eltérő lehet a különféle reprezentációk és elvárások minősége. Véleményem szerint a *szelfmag-reprezentációk a sterni elméletben a valóságból indulnak ki, magukban hordozzák a valóságra való reagálás és ezáltal a formálódás lehetőségét olyan mértékben, amennyire a környezeti hatások által beindított védekezések engedik.*

MEMÓRIARENDSZEREK

Simon Mária, Tényi Tamás és Trixler Mátyás (Simon, Tényi, Trixler 2001) egyik tanulmányukban a memóriakutatás felfedezéseit a pszichoanalitikus jelenségek magyará-

zataira vonatkoztatják. Az emlékezés mostanra több eltérő idegrendszeri funkciót is magába foglaló gyűjtőfogalommá vált. Ezek a funkciók különféle agyi struktúrákhoz köthetők. A rövid távú emlékezetből vagy munkamemóriából az információ átkerülhet a hosszú távú memóriába, emléknyomként rögzülhet, és a munkamemória szükség esetén előhívja. A rövid távú emlékezet olyan, mint egy munkaasztal, az aktuálisan szükséges infomációkat választja ki és használja az aktuális helyzetben. Neurológiai szinten valószínűleg a már meglévő idegsejtek közötti kapcsolatok felerősödése történik.

A hosszú távú memóriában az emléknyom egy funkcionálisan összetartozó, együttműködő neuronhálóként írható le. Két párhuzamosan működő hosszú távú memóriarendszerről beszélhetünk: az explicit (vagy deklaratív) illetve az implicit (vagy procedurális) emlékezetről.

Az *explicit memória* nagyjából lefedi azt, amit hétköznapi értelemben emlékezésnek hívunk, „amit" megtanulunk, például a lexikális tudást, az életeseményekre való emlékezést. Két alcsoportja: a szemantikus emlékezet (lexikális tudás, életrajzi adatok), és az epizodikus memória (ezek az átélt események emléknyomai, nem azonosak a Stern által leírt RIG-ekkel). Az explicit emlékek tudatosan felidézhetők. Beírásuk gyors, az emléknyomok elég flexibilisek ahhoz, hogy új elemeket illesszünk hozzájuk később.

Az *implicit vagy nem deklaratív, procedurális memória* inkább a „hogyan" elsajátítását takarja, például a motoros készségek, szokások kialakulását, de ide tartozik az érzelmi memória is. Az emléknyom passzívan íródik be, rugalmatlan vagy lassan változtatható. Továbbá nem hívható elő akaratlagosan, hanem a beírás körülményeihez hasonló ingerek hívják elő, a felidézés módja hasonlít a beírás módjához. Így a felidézést akaratlagosan nem tudjuk befolyásolni, mintegy előhívódnak ezek az emlékek. Ebből következik az is, hogy az implicit memóriában tárolódó emléknyomok tudattalanul hívódnak elő, és befolyásolják lelki működésünket. Négy alcsoportját emelik ki: az előfeszítés (priming), a procedurális memória (készségek és szokások), az emocionális memória- és mozgásmintázatok, illetve a nem asszociatív tanulás. A procedurális memória egyrészt a percepciós, motoros és kognitív készségek tanulását takarja, amelyeket később tudatos odafigyelés nélkül végzünk. De valószínű, hogy a korai kötődés kapcsolati mintái is itt tárolódnak. Az indulatáttétel jelenségének egy része is a páciens automatizálódott, szokássá vált kapcsolati mintája. Az érzelmi memória kapcsán főként a félelmet és a szorongásokat vizsgálták, amelyek szintén nehezen felülírható emléknyomok. Érdekes jelenség, hogy míg egy történéshez kapcsolódó tudatos események az explicit memóriarendszerben tárolódnak, az érzelmek a másik memóriarendszerbe íródnak. Egy esemény tényleges emocionális töltése tehát máshol tárolódik, összekapcsolásuk plusz folyamat. Így érthetőbb az is, hogy az érzések le tudnak válni egy adott emlékről, illetve az is, hogy maguk az érzelmi emlékek nem tudatosan is befolyásolhatnak bennünket.

Bár az explicit és implicit memória különböző idegrendszeri struktúrák által szabályozódik, ezek normál esetben összhangban funkcionálnak, míg szélsőséges, patológiás estekben szétválhatnak, ellentmondásosan működhetnek (pl. agysérülésnél, súlyos trauma esetén), az érzelmek és a tudatos emlékek elválhatnak egymástól. *A mozgásterápiás folyamatban rendkívül fontos figyelnünk arra, hogy a nemverbális, implicit memóriában tárolódó emlékek akaratlagosan nem hívhatók elő, viszont minden inger, amely a beíródás körülményeinél jelen volt vagy hasonló, akaratlanul előhívhatja azokat. Mivel az érzelmek is itt tárolódnak, időnként váratlan érzelmi reakcióknak lehetünk tanúi.* Lehet, hogy ezeket nem értjük azonnal, de fontos valódiságukat elismerni, és számítani ilyen lehetőségre. Illetve érdemes bizonyos terápiás elveket követni. Egy terápiás folyamat elején például, amikor még nem alakult ki a megfelelő bizalom, ne akarjuk rögtön óriási mélységek felé vinni pácienseinket, vigyázzunk, ha kevés idő áll rendelkezésre, illetve az alkalom vége felé közeledve már inkább „kifele" hozzuk őket, mint „befelé". Bár a terápia formája rendkívül nagy szabadságot enged meg, a terapeutának a felelőssége, hogy bizonyos folyamatokat megfelelő mértékben – tehát se nem túl, se nem alul – szabályozzon.

Stern és munkatársai (a bostoni Process of Change Study Group) a kétféle memóriarendszerből kiindulva megfogalmazzák, hogy a kapcsolatokról kialakított deklaratív tudás mellett létezik egy nem szimbolizált tudás, amelyet ők „implicit kapcsolati tudásnak" neveznek, és az együttlevés módját írja le (Stern 2004; Pető 2003). Születésünk pillanatától alakul egyfajta procedurális tudás arról, hogy hogyan viszonyulunk, viszonyuljunk a hozzánk közel álló személyekhez. Ez a tudás szavakban kevéssé fejezhető ki, nagyrészt tudattalan, de nem dinamikai értelemben (vagyis nem elfojtás, elhárítás miatt tudattalan, hanem mert a korai életszakaszban még csak a szavak előtti memóriarendszer áll rendelkezésünkre). Stern ezt legalább annyira fontosnak tarja az anya-gyermek kapcsolat megértésében, mint a terápiás kapcsolat működésében. Pető Katalin szavaival: „Nemcsak a múlt tudatos vagy tudattalan tartalma határozza meg azt, hogy miként működünk a jelenben, hanem a múltbeli szabályozások, kapcsolódások folyamata is. Nemcsak arról szól a történet, hogy »anyám mindig így mondta«, hanem inkább arról, hogy mindig »így csinálta«." (Pető 2003, 223.) Stern (Stern 2004, Pető 2003) a terápiás beavatkozás két szintjét különíti el: a tudatos, verbális (deklaratív) szintet, amely a belátás révén hat, és az implicit kapcsolat szintjét, amely a kapcsolat minőségében hoz változást az interszubjektív élmények, a találkozás pillanatai által. Nem verbális terápiákban is tudjuk mindkét szintet használni, bár az implicit folyamatok tere itt nagyobb.

Következtetések a terápiás folyamatra

Az elméleti munkák leírásakor már több dologra felhívtam a figyelmet, amelyeket érdemes szem előtt tartanunk a terápiás folyamatban (lásd az adott részeknél). Fontos kiindulópont az is, hogy a terápiás folyamatot milyen szakember kíséri, hiszen ez eltérő fókuszt és szerződési keretet biztosít a terápiában, ami a terápia kibomlását és folyamatát befolyásolja. Hangsúlyoznám, hogy ezek nem rangsorolható, hanem teljesen egyenértékű keretek, amelyek a fókuszt és nem a minőséget változtatják. A DSZIT-terápia lehet pszichoterápiás és fejlesztés hangsúlyú is. Ez azért is lehetséges, mert – mint az elméletekből láthattuk – a korai fejlődés gyökereihez nyúlunk vissza, amikor a szenzomotoros készségek és a kapcsolatok még egymásba fonódva fejlőd-

nek. Így a mozgásos felfedezésből kiindulva számos probléma gyökeréhez jutunk el. Fontos azonban, hogy az adott szakember olyan probléma kezelésére vállalkozzon, amely eredeti szakmájához kapcsolódik. Mindemellett a terápiás kapcsolat alapfogalmai mindkét esetben azonosak: az érzelmi részvétel; a gyermekre való ráhangolódás és felfedezésének, állapotainak követése, mint kiindulópont; a párbeszéd (interszubjektivitás), a gyermek által hozott témák közös és kölcsönös kibontása. Mindezt a gyermek érzelmi állapotára hangolódóan, illetve a terápiás szakasznak vagy fejlődési periódusnak megfelelően kell alkalmaznunk (pl. igényelhet nagyobb aktivitást a terapeutától egyszer, míg háttérbe vonulást máskor, vagy maga a gyermek is változó lehet, aktívabb-passzívabb, csendesebb).

Az interszubjektív nézőpont használata a terápiában feloldja a direktivitás-nondirektivitás problémáját. A gyermek jelenlétére, állapotára és aktivitására hangolódó terapeuta – a megismerés szakasza után – képes követni, mikor mennyi aktivitásra van szükség az ő részéről; mikor érdemes facilitálni, mikor inkább hagyni a gyermeket; mikor alkot vagy fedez fel a gyermek pusztán figyelmének terében, és mikor van szükség a kölcsönösen kibontott játék folyamára. A terapeuta fejében eltérő fókusz lesz azáltal, hogy szakmáján belül milyen probléma megoldására vállalkozott, és ez hatással lesz az interszubjektív folyamatra, segíti kibontakozni azt. Ahol a készségek fejlesztése a cél, a terapeuta gyakran figyelhetné meg magán (ha kívülről szemlélné a folyamatot), hogy spontán és ösztönösen az ilyen jellegű eseményeket fogja inkább észrevenni és tükrözni. A pszichoterapeuta gondolataiban pedig gyakran jelennek meg észrevétlenül olyan gondolatok, amelyek a gyermek viselkedése mögött feltételeznek okokat, és azt az egyéb kapcsolataihoz kötik. Spontán tehát gyakrabban fog ezzel a figyelemmel reagálni a gyermekre.

Mindez összefonódhat a terapeuta egyéb irányú érdeklődésével, végzettségeivel, és a gyermek problémája is erősen alakíthatja, hogyan ötvözünk tudásokat a fejünkben. Készségeiben erősen sérült gyermeknél például, ahol a spontán felfedezés is akadályba ütközhet, a fejlesztő szakember alkalmazhat más technikákat, amelyekkel a gyermeket facilitálja, felébreszti a kíváncsiságát, sikerélményhez juttatja, ezáltal felfedezésre serkenti. Ilyenkor jó megvizsgálnia magában, hogy mennyi következik valóban a gyermek sérültségéből, és mikor akar esetleg a terapeuta tudattalanul külső nyomásnak megfelelni (pl. a szülőnek), és megsürgetni a gyermeket. Pszichoterápiás példát is felhozva, ahol a mentalizációs folyamatok eleve jobban működnek, vagy a terápia során fejlődnek, a dinamikus szemléletű terapeuta egyre többet léphet a gyermekkel a verbalitás mezejére is, értelmezheti viselkedésének, kapcsolódásának okait. Ilyenkor vigyázni kell azzal, hogy ne akkor jöjjünk a szavakkal, amikor a gyermek még más tapasztalati módban mélyül el. Gyakran hatásosak a játékon belül megfogalmazott, játékba szőtt értelmezések. Gyakori továbbá, hogy az értelmezés belül zajlik szavakkal, a gyermek felé más csatornákon közvetítődik. A terapeutának figyelnie kell, hogy ne arra „használjon" kimondott értelmezéseket, hogy saját feszültségét csökkentse, csak akkor tegye, ha valóban megértett valamit a viselkedés mögött húzódó okokból.

A pszichés problémák egyik leggyakoribb megjelenése a terápiában valamiféle megragadható belső konfliktus, főként a különféle személyiségrészek között. Az egyik kisfiú például a mozgásos játék közben rátalált egy kedvenc, visszatérő fantáziajátékra, ahol gyakran váltogatta egy kismacska, illetve a gondozója szerepét, ami jól reprezentálta a regresszívebb, kisgyerekesebb, ösztönösebb oldalt, szemben a felnőttesebb, gondolkodóbb, szabálykövetőbb felettes ént megjelenítő másik oldallal. A felettesén-gondozó oldal azután különféleképpen bánt az ösztönös-kismacska oldalával, hol szigorúan, hol lekezelően, hol elfogadóan; míg a „kismacska" maga is hol gyerekesebb (pl. mohó, türelmetlen, önző, birtokló), hol alkalmazkodóbb volt, aki próbált „gondozójára" tekintettel lenni, kedveskedni. (Rám mindig a másik szerep jutott, amelyet éppen nem ő játszott.) Ezzel sokat dolgozott a belső, személyiségrészek között levő konfliktusain, miközben más dolgok is történtek a sok mozgásos eszközt bevonó játékai során.

A pszichés problémák másik leggyakoribb formája, amikor a belső énrészek (szelfrészek) kevésbé stabilak, integráltak. Ilyenkor gyakori, hogy az életkoránál primitívebb elhárítások válnak jellemzővé. Mindez az *érzelmi szabályozás zavarával* jár együtt, amely a belső konfliktusoknál kevésbé artikulált formájú, és előfordul, hogy csak testi-érzelmi fogalmakkal tudjuk leírni. Gyakran kötődési problémákat is jelez, illetve a személyiségzavarok enyhébb vagy súlyosabb formáihoz kapcsolódik.

Jól szemlélteti egy csecsemőkorában erősen traumatizált, szintén óvodáskorú kisfiú példája, aki minden területen szabályozási zavarral küzdött (magatartás, szobatisztaság, kapcsolatok, indulatkezelés stb.). Környezete állandóan kontrollálni kényszerült „rosszasága", szabályozatlansága miatt. A mozgásos tér biztonságában én nem kényszerültem a folytonos ellenőrzésére, így kibomolhatott az emögött lévő sérülés abban, ahogy hirtelen, kiszámíthatatlanul megközelített (szinte lerohant), figyelmemet maximálisan magára vonta – majd elmenekült. Ez kifejezte vágyát, éhségét az állandó figyelemre, hogy legyek mindig kész érkezésére, még ha „megterhelő" is, de jelezte, hogy ugyanakkor mennyire félt tőlem és más emberektől, nem bírta a közelségem, kis ideig sem. Zavarodottsága mögött jól láthatóvá vált egy bizonytalanul, dezorganizáltan kötődő, szorongó kisfiú, akiből környezete már csak a védekezéseit, vagyis a „rosszaságát" látta.

A fejlesztési problémák is változatos módon jelenhetnek meg. Lehet, hogy körülhatároltabb rosszul működő készséggel, készségekkel találkozunk. De előfordulhat, hogy a gyermek részproblémája egy általánosabba ágyazódik, például valamiféle általánosabb sérültségbe vagy gátoltságba, vagy a kudarcok mentén kialakult visszafogottságba vagy szétszórtságba.

A pszichoterápiás folyamat követésében segíthet néhány jelenség különálló megfigyelése is, amely csupán elméleti megkülönböztetés, mivel a valóságban ezek összefonódva zajlanak.

A testi jelenségek követése, amelyek vagy általában jellemző folyamatok, vagy egy aktuális állapotra utaló jelenségek. Ilyen például a közelség-távolság szabályozása, a gyorsaság, a lassúság stb. Például az egyébként gyors, pörgős gyermek egy alkalommal lassultan, leverten érkezik, vagy az állandó közelséget kereső gyermek távoli játékokat keres az egyik órán stb. Fejlesztési szempontból idetartozhatnak a készségek is, hiszen azt, hogy a gyermek hol tart a szenzoros integrációban, leginkább az adaptív (vagy nem adaptív) mozgásos válaszaiból tudjuk felmérni. Szintén következtetni tudunk az aktivitásából, hogy mennyire szívesen, vagy hogyan vesz például birtokba egy adott mozgásos lehetőséget.

A fantázia követése. A játékban kibomló fantázia utalhat mélyebb belső tartalmak megélésére, példaként említenék egy kisfiút, aki testvére születésének közeledtével rengeteg járatot, alagutat, barlangszerű dolgot épített. Egy fejlesztéshangsúlyú terápiában a fantáziát nem annyira a gyermek megértésére használjuk, inkább facilitálására, amikor a fantázia észrevétlenül segít bizonyos készségek alakításában. Például egy bonyolult akadálypályán átmenni szorongató feladat lehet, de ha ezt a gyermek azért építi, mert veszélyes állatok elől menekül, akkor izgalmas kihívássá válhat. Csoportban a közös mozgásos fantáziajátékok segíthetik az együttműködés alakulását.

A terápiás folyamat követése elengedhetetlen. Nem tudjuk megspórolni azt a részt, hogy a gyermek viselkedését, reakciómódjait stb. megismerjük, ez a kiindulási alap, tehát mindenképpen van egy ismerkedős rész. Ugyanígy fontos lehet a terápia lezárása. A köztes folyamatban is jó időnként érzékelni, hol is tartunk.

A kapcsolat követése minden típusú terápiás folyamatnál fontos. Fontos érzékelnünk a gyermek bizalmát (vagy bizalmatlanságát) adott esetben. Hogy mit kezdünk ezzel, az a fókusztól függ. Pszichoterápia esetén figyelünk a kibomló kapcsolati, viszonyulási mintázatokra, a kötődés módjára.

Érzések követése, ahol legalább annyira fontos érzékelni a gyermek érzéseit, mint a saját érzéseinket. (Adott esetben szupervíziós segítségkérés is felmerülhet.) Például egy fejlesztő típusú terápia során érdemes megvizsgálni, hogy ha szorongást kelt bennünk, hogy a gyermek valamely készségében nem fejlődik, az valamilyen reális tényen alapul-e, vagy esetleg valamit mintázni kezdünk az anya-gyermek kapcsolatból. Ugyanígy a pszichoterápiásan alkalmazott DSZIT-terápia során a terapeutának mindig érdemes saját érzéseit tudatosítani a gyermekkel kapcsolatban, mert az számos információt rejt az egyéb kapcsolatairól.

Védekezések követése, például az elválást nehezen megélő gyermek lehet, hogy aktivitással védekezik óra végén, felpörög, lehet, hogy „engedetlenné" válik, egy másik gyerek valamiféle regresszióval védekezik, erőtlen lesz, nem mozdul. Ezt érdemes értenie mind a pszichológusnak, mind a fejlesztő szakembernek.

Még egyszer kiemelem, hogy a terápiás folyamat a kapcsolaton alapul. Ennek fontos összetevője az érzelmi részvétel, és láthattuk, a gyermekre hangolódásnak is mekkora szerepe van. *A mozgásos tevékenység során kialakuló affektív állapot és a terapeuta arra adott válasza rendkívül fontos a szelfélmények szervezésében. Így a terápiás folyamatot végigkíséri egyfajta tükrözés, megerősítés, érzelmi válasz, amely elismeri a gyermek spontán tevékenységének fontosságát.* Giuseppe Benincasa ebben a folyamatban egyrészt hangsúlyozza a kivárást, mert véleménye szerint az erőltetett, nem az autonómia kontextusában zajló folyamatokat a gyermek énje kevésbé képes integrálni. Másrészt kiemeli: *azzal, hogy a terapeuta mély jelentéssel ruházza fel a gyermek tevékenységét, egyre inkább képes lesz a gyermek is így szemlélni önmagát* (Benincasa 2000). *Másképpen fogalmazva: a mentalizációs, reflektív készségét növeljük.* Hozzáfűzöm, hogy az is fontos, milyen jelentéssel ruházzuk fel a gyermek aktivitását, jelenlétét. Az egyik korábbi példára utalva, adhatjuk egy viselkedésnek azt a jelentést, hogy a gyermek „rosszalkodik", vagyis nem képes bizonyos, életkora miatt elvárt normák betartására. Ez akár igaz is lehet, de csak egyetlen szempontot emel ki, és nem kapcsolja a gyermek külsőleg megjelenő viselkedését belső állapotaihoz, és a „miérthez". Ez fals tükör és jelentésadás. Sokkal komplexebb, ha értjük, melyek a belső mozgatórugók, és ez is megjelenik belső jelentésadásunkban és a kapcsolatban, visszajelzésekben.

> Az egyik említett kisfiúnál először „mintha"-játékot csináltunk a rámugrásokból és menekülésekből, így elviselhetőbbé vált ezek érzelmi töltöttsége. Ezután lehetett fokozatosan megfogalmazni – az ő esetében a játékon belüli értelmezések formájában –, mennyire vágyik és szorong a kapcsolatokban, és hogyan védekezik ezek ellen.

Ebben a jelentésadásban benne van az is, hogy bizonyos dolgokra még nem képes, tehát nem tünteti el a gyermek nehézségeit (ami szintén torz tükör lenne), ugyanakkor belső mozgatórugókhoz kapcsolja, vagyis érti, elfogadja. (Csak emlékeztetésképpen: ez párhuzamban áll azzal, ahogyan Fonagyék a tükrözési, mentalizációt, reflektivitást segítő folyamatot leírták csecsemőkorban, lásd a *Mentalizáció, érzelmi szabályozás* című alfejezetet). Ha szavakban nem fogalmazunk meg semmit, akkor is fontos alapelv ez abban, ahogy a terapeuta belül jelentést ad a gyermek viselkedésének, mert ez mindenképpen tükröződni fog jelenlétében, viszonyulásában.

Egyes szerzők leírják, hogy a terápiás folyamatban nem csak a pozitív élményeknek van hangsúlyuk. Mozgásterápiánál ez érvényes lehet abból a szempontból is, hogy a testi kompetencia (és ezáltal a kompetencia pszichés élményének megélése) örömteli és erőfeszítést igénylő vagy fájdalmas élményekkel is jár a felfedezés közben. Mindkét esetben fontos egy érzelmileg elérhető felnőtt, aki érzékeli, kíséri ezeket az állapotokat, és csak szükség esetén avatkozik be, de akkor határozottan és biztonságosan. Egy másik értelmezésben ez a kapcsolatra nézve is igaz lehet. Ajkay Klára egyik írásában Daniel Stern, Beatrice Beebe és Frank Lachmann munkásságát mutatja be, akik az implicit kapcsolati tudás szintjén három elvet emelnek ki: a futó regulációkat, a megszakadás és helyrehozás, és a kiemelkedő affektusok elvét. *A szokásosan zajló interakciókon kívül fontosnak tarják az interakciók megszakadását és helyreállítását. Ilyenkor ugyanis megtapasztalja a gyermek vagy felnőtt páciens,*

hogy nem marad egyedül, és a kapcsolati törés helyreállítható. Együttal élménye lesz arról, hogy egymás negatív érzéseit ki lehet bírni, tartalmazni lehet, kezdeni lehet vele valamit, a konfliktusoknak helye és megoldása lehet a kapcsolatokban (Ajkay 2005). Ez egy rendkívül fontos tapasztalat, amely a pszichoterápiának szerves, elengedhetetlen része. Fontos, hogy a terapeuta ne bűntudatot érezzen emiatt, hanem segítse a helyreállítást. (Súlyosabb zavaroknál a primitívebb, hasításon alapuló elhárításokat így tudjuk az „itt és most"-ban átalakítani.)

Látható, hogy a DSZIT-terápia széles körű tapasztalásra ad lehetőséget a gyermekeknek, mind szenzomotoros, mind kapcsolati szinten. A mozgásos játék, viselkedés mögött pedig a terapeuta rengeteg dologra következtethet (igazi kincsesbánya, ha a gyermeket figyeljük felfedezés közben). Többféle irányban indulhatunk, és minden terápia egyedivé válik. Vagyis fontos, hogy ne várjunk a gyermektől „feladatteljesítéseket", hanem tényleg képesek legyünk az ő egyediségére, sajátosságaira hangolódni.

Irodalom

Adrigán E. (2013): *Tekintet a szó helyén.* Lélekelemzés, 2013/1.

Ajkay K. (1994): *A Budapesti Iskola hozzájárulása a mai viszontáttételes elméletekhez.* In: Flaskay G. (szerk.): Függőség, tárgykapcsolat, viszontáttétel: *A Magyar Pszichoanalitikus Egyesület tudományos előadásai az 1992–93. évben.* Magyar Pszichoanalitikus Egyesület, Budapest, 62–80.

Ajkay K. (2005): *Interaktív és szelfreguláció.* Pszichoterápia, 14/3, 547–551.

Ammon, G. (1992): *Dinamikus pszichiátria: A pszichiátria reformjának alapjai és problémái.* In: Kulcsár Zs. (szerk.); Lukács D. (szerk.); Komlósi A. (szerk.): *Függés – függetlenség.* Tankönyvkiadó, Budapest, 65–77.

Ayres, A. J. (1999): *A terápiás beavatkozás általános elvei és módszerei.* In: Szvatkó A. (szerk.), Varga I. (szerk.): *Szenzoros integrációs terápiák.* Tanfolyami segédanyag, kézirat, Budapest, 5–20.

Bálint M. (1994): *Az őstörés: A regresszió terápiás vonatkozásai.* Akadémiai, Budapest.

Bauer, J. (2010): *Miért érzem azt, amit te?* Ösztönös kommunikáció és a tükörneuronok titka. Ursus Libris, Budapest.

Benincasa, G. (2000): *A testi és lelki „mozgás" szerveződése a gyermek pszichoterápiájában: N*éhány megfigyelés, Thalassa, 11/1, 97–103.

Bergman, A. (2004): *Az anyaöltől a külvilágig: a tér használata a szeparációs-individuációs fázisban.* In: Winnicott, D. W.: *A kapcsolatban bontakozó lélek: Válogatott tanulmányok.* Új Mandátum, Budapest, 22–236.

Bick, E.; Harris, M. (1987): *Some notes on maternal containment in 'good-enough' mothering.* In: Williams, M. H. (szerk.): *Collected papers of Martha Harris and Esther Bick.* Clunie Press, Perthshire, 141–163.

Bowlby, J. (2009): *A biztos bázis: A kötődés-elmélet klinikai alkalmazásai.* Animula, Budapest.

Csibra G.; Gergely Gy. (2002): *A naiv tudatelmélet az evolúciós lélektan szempontjából.* Magyar Tudomány, 47/1, 56–63.

Dornes, M. (2002): *A kompetens csecsemő: Az ember preverbális fejlődése.* Pont, Budapest.

Erdélyi I. (2010): *„Bőrünket a vásárra": A test a pszichoterápiában.* In: Erdélyi I.: *Mágikus és Hétköznapi valóság: Tanulmányok a pszichoanalízis és a pszichodráma témaköreiből.* Oriold, Budapest, 99–115.

Fisher, S. (1975): *A testről alkotott kép és a mai személyiségelmélet: (Body image and current personality theory).* SZDI, Budapest.

Fisher, S.; Cleveland, S. E. (1968): *Body image and personality. Dover, New York.*

Fisher, S. (1986): Development and structure of the body image: I–II. Lawrence Erlbaum, Hillsdale NJ.

Fonagy, P.; Target, M. (2005): Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében. Gondolat, Budapest.

Freud, A. (1993): *Normalitás és patológia a gyermekkorban.* Animula, Budapest.

Fromm, E.; Suzuki, D. T. (1989): *Zen-buddhizmus és pszichoanalízis.* Helikon, Budapest.

Gergely Gy. (1993): *Pszichoanalitikus rekonstrukciók a kognitív pszichológia szemszögéből: A hasítás és a projekció ontogenetikus eredete Melanie Klein és Margaret Mahler elméletében.* Thalassa, 93/1, 117–149.

Gergely Gy.; Watson, J. S. (1998): *A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje: A csecsemő érzelmi öntudatra ébredése és az önkontroll kialakulása.* Thalassa, 98/1. 56–107.

Halász A. (1998): *Csecsememő megfigyelés – csecsemőkutatás.* Pszichoterápia, 7/6, 420–428.

Harlow, H. F.; Harlow, M. K. (1986): *Társmegvonás majmoknál.* In: Marton M. (összeáll.): *Szöveggyűjtemény az összehasonlító pszichológiához: II.* Tankönyvkiadó, Budapest, 265–277.

Hermann I. (1984): *Az ember ősi ösztönei.* Magvető, Budapest.

Katona F. (1979): *Az öntudat ébredése. Gondolat, Budapest.*

Kulcsár Zs. (1994): *Biológiai ritmusok és az újjászületés archetípusa: A melatonin tobozmirigyhormon bio-pszichológiai hatásainak áttekintése.* Magyar Pszichológiai Szemle, 50/3–4, 239–253.

Kulcsár Zs. (1996): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók: Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai elemzésben.* Akadémiai, Budapest.

Marton L. M. (1970): *Tanulás, vizuális-poszturális testmodell és a tudat kialakulása.* Magyar Pszichológiai Szemle, 27/2, 182–198.

Marton L. M. (1976): *A percepció és az elemi tanulási folyamatok körében végzett eddigi kutatásaim* főbb eredményeinek tézisei. Magyar Pszichológiai Szemle, 33/1, 72–87.

Merényi M. (2004): *Mozgás- és t*áncterápia. Pszichoterápia, XIII/1, 4–15.

Merényi M. (2008): *A mozgás- és t*áncterápiák helye a pszichoterápiák között. A *Pszichodinamikus Mozgás- és T*áncterápia test-*megközelítése.* Pszichodráma, 2008. tavasz, 59–67.

Mitchell, S. A.; Black, M. J. (2000): *Bion és a kortárs Klein-követők gondolkodása.* In: Mitchell, S. A.; Black, M. J.: *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története.* Animula, Budapest, 139–150.
Monsen, J. T. (1999): *Szelfpszichológia és a modern affektuselmélet.* In: Karterud, S. (szerk.); Monsen, J. T. (szerk.): *Szelfpszichológia, a Kohut utáni fejlődés.* Animula, Budapest, 75–109.
Pető K. (2003): *Az implicit kapcsolati tudás: Új szempontok a pszichoterápia hatásmechanizmusának megértéséhez.* Psychiatria Hungarica 2003, 18/4, 217–225.
Piaget, J. (1969): *Válogatott tanulmányok.* Gondolat, Budapest.
Piaget, J. (1978): *Szimbólumképzés a gyermekkorban.* Gondolat, Budapest.
Sallustro, F.; Atwell, C. W. (1978): *Body rocking, head banging, and head rolling in normal children.* Journal of Pediatrics, 93/4, 704–708.
Simon M.; Tényi T.; Trixler M. (2001): *Memóriafajták a pszichodinamikus megközelítés tükrében.* Pszichoterápia, 10/5, 332–341.
Stern, D. N. (2002): *A csecsemő személyközi világa.* Animula, Budapest.
Stern, D. N. (2004): *A jelen pillanat: Mikroanalízis a pszichoterápiában.* Animula, Budapest.
Symington, J.; Symington N. (1999): *W. Bion klinikai munkássága.* Animula, Budapest.
Teipel, D. (1981): *Mozgástanulás és vizuális kontroll: (Bewegung lernen und visuelle Kontrolle).* Testnevelési Főiskola Könyvtára, Budapest.
Tényi T. (1997): *A nonverbális terápiák az újabb pszichoanalitikus elméletek tükrében.* Psychiatria Hungarica, 12/2, 217–224.
V. Binét Á. (1993): *Az „attachment"-vita Bowlby elméletéről, Zazzo nyomán.* In: Gerő Zs. (szerk.): *A gyermek-pszichoterápia elmélete és gyakorlata: II. A fejlődés viszontagságai.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 70–93.
Vikár Gy. (1993): *Az élet első éve: R. Spitz nyomán.* In: Gerő Zs. (szerk.): *A gyermek-pszichoterápia elmélete és gyakorlata: II. A fejlődés viszontagságai.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 5–32.
Winnicott, D. W. (1999): *Játszás és valóság.* Animula, Budapest.

A korai szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő biológiai és pszichológiai szabályozás szenzoros integrációs aspektusai[1]

Kökönyei Gyöngyi

Bevezetés

A csecsemő számára a gondozó az evolúciósan elvárható környezetet jelenti (Bowlby 1969). Ebben az átlagos/elvárható környezetben az elég jó anya/gondozó (Winnicott 1999) a gyermek elsődleges fiziológiai és érzelmi szükségleteit úgy elégíti ki, hogy a csecsemő szükségleteihez illeszkedő viszonylag gyors, azaz szenzitív választ ad. Ismert, hogy a szenzitív szülői gondoskodás és a kötődési biztonság között szoros kapcsolat van (Ainsworth et al. 1978). A szenzitív gondoskodás egyben azt is jelenti, hogy az elsődleges gondozó érzelmeket, vágyakat, intenciókat, gondolatokat tulajdonít a gyermekének, az interakciókat ennek megfelelően kezdeményezi, illetve ennek megfelelően reagál a gyermek jelzéseire (Fonagy, Target 1997). A gondozó a csecsemő negatív érzelmi állapotait megfelelő érzelemtükrözéssel (Gergely, Watson 1998) és a distresszt oldó viselkedéssel (pl. ringatás, megölelés, vokalizáció) szabályozza, vagyis a gyermeknek a fizikai közelség keresésésére irányuló jelzéseire válaszolva csökkenti a negatív testi-lelki állapotokat (Mikulincer, Shaver, Pereg 2003). A gondozó-gyermek interakcióban ugyanilyen fontosságú a pozitív érzelmi állapotok együttes megélése, megosztása is (Laible, Thompson 2000; Schore 2001), amely gyakran a játékban, játékosságban érhető tetten.

Ugyanakkor az érzelmi kommunikáció számos szenzoros ingerrel is ellátja a fejlődő szervezetet, hiszen a gondozó ringatja, leteszi-felveszi, érinti és simogatja a csecsemőt, beszél hozzá, magához öleli. A gondozói magatartás lényegi eleme, hogy számos vesztibuláris és taktilis ingerrel látja el a fejlődő szervezetet (Szvatkó 2002). Mindehhez általában pozitív érzelmi arousal is társul, mert sokszor összekötődik a játékossággal.[2] Egy átlagos elvárható környezet továbbá lehetőséget teremt az explorációra, az effektancia és kompetencia megélésére is. Ezek az önindította mozgások nagyon fontos szerepet töltenek be az énélmény kialakulásában, de a kontrollérzet fejlődésében is (Kulcsár 1989; V. Komlósi 2007).

1 E tanulmány megírását az MTA-SE-NAP B Genetikai és Agyi Képalkotó Migrén Kutatócsoport, a Magyar Tudományos Akadémia, a Nemzeti Agykutatási Program és a Semmelweis Egyetem KTIA_NAP_13-2-2015-0001 számú pályázata támogatta.

2 Lásd Szvatkó Anna *Játék a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című írását e kötetben.

A korai tapasztalatok fejlődésre gyakorolt jelentőségét részben olyan prospektív és retrospektív vizsgálatokból ismerjük, amelyek a korai életszakasz bizonyos stresszhatásainak (*early life stress, pl. az intézeti nevelés, érzelmi és fizikai elhanyagolás, abúzus, családon belüli erőszak, háborúk*) feltárására törekedtek. *Ezek a korai kedvezőtlen vagy káros tapasztalatok (early adversities) jelentősen megnövelik a pszichopatológiák előfordulását, köztük például a hangulati és szorongásos zavarok, a pszichotikus zavarok és a személyiségzavarok előfordulását* (Carr et al. 2013), és a szerhasználattal is összefüggésben állnak (Lijffijt, Hu, Swann 2014). De nemcsak a lelki, hanem a testi működésre is hatással vannak. Migrénes fejfájás (Anda et al. 2010; Tietjen et al. 2010) esetében például – bár ugyan retrospektív vizsgálatokban – detektálták a korai traumák, főképpen az érzelmi elhanyagolás és abúzus magasabb arányú előfordulását. Néhány longitudinális kutatás, így például az új-zélandi Dunedinben végzett vizsgálat szerint a kedvezőtlen korai események nemcsak a depresszió magasabb kockázatával jártak 32 éves korban, hanem a fokozott gyulladást jelző C-reaktív protein (CRP) szintjének megemelkedésével, illetve a metabolikus szindróma (túlsúly, magas vérnyomás, magas koleszterinszint stb.) jegyeinek előfordulásával is (Danese et al. 2009). Nem csupán a posztnatális, hanem a prenatális környezet jellemzői is képesek hosszú távon kedvezőtlenül befolyásolni az immunrendszer működését: klinikailag magas CRP-szintet találtak azoknál a felnőtteknél, akiknek a szülei a várandósság ideje alatt a családstruktúra, a végzettség, a foglalkozás és a jövedelem alapján kedvezőtlenebb körülményekkel rendelkeztek (Slopen et al. 2015).

Fontos azonban a korai környezet kedvezőtlen (és/vagy káros) jellemzői és a későbbi funkcionálás közötti robusztus kapcsolat hátterében álló mechanizmusokat feltárni. Ezek a mechanizmusok nemcsak az atipikus, hanem a tipikus fejlődésről is sokat elmondhatnak, illetve irányíthatják a korai vagy a későbbi prevenciót, intervenciót. Jelentős mennyiségű adat gyűlt fel amellett, hogy a korai pszichoszociális környezet jellemzői befolyásolják a stresszrendszerek fejlődését (Bruce et al. 2013) és az agyi fejlődést is (McLaughlin, Sheridan, Lambert 2014). Katie McLaughlin és munkatársai (McLaughlin et al. 2014; Sheridan, McLaughlin 2014) amellett érvelnek, hogy bizonyos korai történések (pl. elhanyagolás, abúzus, intézeti nevelés, családon belüli erőszak, szülők pszichopatológiája) hatásait jobban megérthetjük, ha ezeket két egymástól független dimenzión – depriváció és fenyegetettség/veszély – értékeljük. Deprivációként definiálják azt, ahol az elvárható faj- és életkor-specifikus környezeti komplexitás hiányzik: azaz nincs elégséges mennyiségű/minőségű kognitív és szociális inger a megfelelő fejlődéshez. Fenyegetésként pedig az olyan tapasztalatokat, ahol az aktuális ingerek túlzottan erőteljesek (pl. fizikai és érzelmi abúzus, családon belüli erőszak) vagy nem az életkornak megfelelőek (pl. szexuális abúzus), így a fizikai (és tegyük hozzá a pszichés) integritásra veszéllyel vannak.

A pszichoszociális depriváció rövid és hosszú távú hatásait részben állatkísérleti adatokból, részben pedig longitudinális vizsgálatokból ismerjük, amelyekben a részt vevő gyermekek olyan intézményekben nőttek fel vagy olyan intézményekből fogadták őket örökbe, ahol a gondozói (és a fizikai) környezet jellemzői többé vagy kevésbé elmaradnak az optimálistól. A csecsemőkori intézeti nevelés – az intézet tárgyi és személyi jellemzőitől függően – nemcsak depriváló, hanem fenyegető is valamilyen

mértékben. Stresszhelyzetekben a csecsemő számára ugyanis az anyai/gondozói közelség elérése mind biológiai, mind pszichológiai szempontból alapvető jelentőségű (Bowlby 1969). Az intézeti nevelés során a kötődési figura hiánya tehát fenyegetést jelent a fejlődő szervezet számára, a nevelés során biztosított ingerek mennyisége és minősége pedig szuboptimálisnak tekinthető.

A szakirodalomban számos kutatást találunk, amelyben olyan gyerekek és serdülők alkotják a célpopulációt, akiket korai életszakaszukban intézetben gondoztak, majd általában más országból – adoptálták őket. Ezek közül módszertani szempontból[3] kiemelkedik az az örökbefogadottakra vonatkozó longitudinális vizsgálat (English and Romanian Adoptees Study – ERA), amelyben a romániai árvaházakból[4] az 1990-es évek elején angol családok által örökbe fogadott gyermekek fejlődését követték nyomon (Rutter, Sonuga-Barke, Castle 2010). A Ceauşescu uralma idején működő gyermekotthonokban a gondozó-gyermek interakció funkcionálását legjobban az *extrém mértékű (vagy globális) pszichoszociális depriváció* fogalmával lehet érzékeltetni (Nelson et al. 2009). Az itt növekvő csecsemők meg voltak fosztva a megfelelő mennyiségű vizuális (fehér falakat néztek), taktilis, vesztibuláris és proprioceptív (pl. hiányzott a testi kontaktus, a ringatás) és nyelvi ingerektől (a gondozók nem igazán beszéltek a gyerekekhez). Hiányzott a megfelelő szociális és kognitív stimuláció, mivel a szemtől szembeni *(face to face)* interakciók minimálisak voltak. A játékosság fel sem bukkant a gondozó-gyermek interakcióban, részben azért, mert a gondozó-gyermek arány akár 1:15 is lehetett. Az alapvető fizikai szükségletek kielégítése (pl. megfelelő mennyiségű és minőségű táplálék) is gyakran hiányos volt. A gyerekek ugyanúgy voltak öltöztetve, ugyanolyan frizurával rendelkeztek. Az adoptálás során a gyermekek egy ettől merőben eltérő, ingergazdag környezetbe kerültek. Ez a „természetes kísérlet" lehetőséget teremtett a csecsemőkori globális pszichoszociális depriváció hatásainak vizsgálatára, de annak a feltárására is, hogy az ilyen környezetből való kikerülés – és ezzel párhuzamosan az intézetben eltöltött idő hossza (amely kevesebb mint félévestől 42 hónapos korig terjedt) – a későbbi fejlődésre, a „felépülésre" milyen hatást gyakorol. A vizsgálatban részt vevő gyerekek fejlettségét 4, 6, 11 és 15 éves korukban interjúk, megfigyelések és kérdőívek segítségével szisztematikusan és sztenderdizált eszközökkel mérték fel (Rutter et al. 2010).

Egy másik, randomizált kontrollcsoportos vizsgálatban (Bucharest Early Intervention Project – BEIP) a romániai gyermekotthonokból romániai nevelőszülőkhöz került gyerekek fejlődését hasonlították olyan gyerekek fejlődéséhez, akik gyermekotthonban maradtak, vagy családban nevelkedtek.[5] A gyerekeket 30, 42 és 54 hó-

3 A vizsgálatba 324 fő közül véletlenszerűen választották ki azt a 144 adoptált, 42 hónaposnál nem idősebb gyermeket, akit azután nyomon követtek az évek során. A kiválasztáskor kiderült, hogy 21 gyermeket nem intézetből fogadtak örökbe, de ők is deprivált környezetből érkeztek. A kontrasztcsoportot olyan 6 hónapos koruk előtt adoptált angliai gyerekek alkották, akiknél a korai környezetet nem jellemezte depriváció.

4 Az idegen nyelvű szakirodalomban használt „árvaház" kifejezés helyett Magyarországon a „csecsemőotthon" vagy „gyermekotthon" használatos.

5 A vizsgálat randomizált kontroll jellegével kapcsolatban etikai aggályok merülhetnek fel, ha a kiválasztás során – még ha véletlenszerűen is – a gyerekek egy része marad a negatív hatásúnak gondolt

napos korukban vizsgálták. Később is nyomon követték őket, azonban a vizsgálathoz 54 hónapos korig tartozó szoros szupervízor-nevelőszülő kontaktus, pszichológiai támogatás és a különböző tájékoztató írásbeli anyagok a továbbiakban elmaradtak, ugyanis a nevelőszülői hálózat felett a kormány vette át az irányítást (Fox et al. 2011). De a gyerekek nyomon követése tovább folyt ezután is, így lehetőség adódott arra, hogy a korai intézeti nevelés és az ebből való kikerülés hosszabb távú hatásait is detektálni lehessen.

Romániai gyermekotthonokból amerikai és kanadai szülők szintén adoptáltak gyerekeket, így amerikai (Gunnar, Bruce, Grotevant 2000) és kanadai (Chisholm 1998) kutatócsoportok is publikáltak korábban deprivált környezetben nevelkedő gyerekek fejlődését vizsgáló tanulmányokat. Természetesen olyan kutatások is folynak, amelyekben nem Romániából, hanem más országból (pl. Kínából) adoptált, korábban intézetben nevelt gyerekek pszichológiai/biológiai működésének feltárása a cél. Egyes európai országokban – pl. Görögországban (Vorria, Ntouma, Rutter 2015) – szintén nyomon követik a csecsemőotthonokban élő gyermekek fejlődését.

Nagy a különbség azonban abban, hogy az egyes intézetekben milyen mértékű (volt) a depriváció. Természetesen vannak olyan csecsemőotthonok, ahol a kognitív és szociális stimuláció megfelelő, de a gondozók általában ott is váltják egymást, nagy a fluktuáció a személyzetben, ami nyilván megnehezíti a kötődés kialakulását.

A következőkben elsősorban a depriváció pszichés működésre kifejtett hatásai, majd a neurobiológiai kutatási eredmények kerülnek górcső alá, de helyenként az abúzusra vonatkozó vizsgálati eredmények is megjelennek. Mivel a depriváció (elhanyagolás) vagy a fenyegetettség (például az abúzus) előfordulhat a családi nevelésben is, ezért az alábbi eredmények között feltűnhetnek olyanok, amelyekben a részt vevő gyerekek a családi környezetben tapasztalták meg ezeket a traumákat.

Az áttekintés semmiképpen sem teljes, mivel a cél nem az összes kutatási eredmény szisztematikus összefoglalása volt, hanem annak az érzékeltetése, hogy a korai kedvezőtlen történések számos pszichés működésmódot befolyásolhatnak, és hogy ebben az agyi fejlődésre gyakorolt hatás fontos közvetítő tényezőnek tekinthető. Jelen tanulmány továbbá amellett érvel, hogy a korai gondozó-gyermek interakció szenzoros, érzelmi, kognitív és szociális aspektusai fontos „táplálékok" az egészséges fejlődéshez, az agyi fejlődéshez pedig szervező keretként szolgálnak (Perry 2009).

intézeti nevelésben, míg mások – még ha szintén véletlenszerűen is – a feltehetően jobb körülmények közé kerülnek. Ugyanakkor Charles Zeanah felhívja a figyelmet arra, hogy a vizsgálat indítása idején Romániában egyáltalán nem volt elterjedt a nevelőszülői nevelés, így ha csak néhány gyerek számára jobb lehetőséget tudtak biztosítani, az már megfontolandó volt. A vizsgálat etikai szempontból való elfogadhatóságát emelték azzal, hogy ragaszkodtak ahhoz a protokollhoz, miszerint a nevelőszülőkhöz adott gyerekek nem kerülhetnek vissza az intézetbe. Ugyanakkor a továbbra is intézeti nevelésre kiválasztott gyerekek esetében természetesen megengedték, ha erre lehetőség adódott, hogy nevelőszülőkhöz vagy saját a családjukhoz kerüljenek. 2008-ban az ebbe a csoportba sorolt gyerekeknek már csak kis hányada volt továbbra is intézetben (14-en a 68-ból) (Nelson et al. 2009). Mindemellett a kutatás valóban felvet etikai kérdéseket.

| Pszichológiai fejlődés

Rutter és munkatársai (Kumsta et al. 2010; Rutter et al. 2010) az ERA-kutatás eredményei alapján felvetik, hogy létezik egy deprivációspecifikus tünetegyüttes: figyelmi problémák / túlzott aktivitás, kognitív károsodás, kvázi autisztikus viselkedés és gátolatlan kötődési viselkedés. Az egyéb érzelmi, viselkedéses és kortárs kapcsolatokban megjelenő deficiteket nem tartják deprivációspecifikusnak, hiszen azokat más korai kedvezőtlen környezeti hatásokkal (pl. családon belüli elhanyagolás, abúzus, családi erőszak, szülők pszichopatológiája) kapcsolatban is leírták.

Kognitív fejlődés. A korai extrém mértékű vagy globális depriváció jelentősen befolyásolja a kognitív képességek alakulását. Az ERA-vizsgálat alapján 11 éves korban csak a 6 hónapos koruk előtt örökbe fogadott gyerekek intelligenciahányadosa (IQ) volt olyan, mint a tipikusan (családban) fejlődő gyerekeké, míg a többieké alatta volt ennek (Beckett et al. 2006). Hasonló összefüggést figyeltek meg a nyelvi képességekre vonatkozóan is (Croft et al. 2007). 11 éves korban a Stroop-teszttel mért végrehajtó funkciókban szintén a 6 hónapos koruknál később örökbefogadottak mutattak rosszabb teljesítményt a kontrasztcsoporthoz képest, még az IQ-kontrollálását követően is (Colvert et al. 2008).

A BEIP-kutatás alapján a nevelőszülőkhöz került gyerekeknél 42 és 54 hónaposan magasabb intelligenciateszt-pontszámokat mértek, mint azoknál, akik intézeti nevelésben maradtak (Nelson et al. 2007). A két csoport közötti különbségből néhány megmaradt a 8 éves kori méréseknél is. Ugyanakkor érdemes megjegyezni, hogy mindkét csoport jelentősen alulteljesített – átlagosan 25–30 pontos elmaradást mutatott – ahhoz a csoporthoz képest, amelynek tagjai soha nem voltak gyermekotthonban (Fox et al. 2011). A végrehajtó funkciók és vizuális memória 8 éves korban mért pontszámaiban – a helyes válaszok vagy hibázások százalékában – szintén mindkét csoport alulmaradt a kontrasztcsoporthoz képest (Bos et al. 2009).

Más olyan adoptációs vizsgálatok is megerősítik a korai pszichoszociális deprivációs kognitív fejlődésre gyakorolt hatását, ahol a depriváció mértéke nem volt annyira szélsőséges, mint a romániai árvák esetében. Emily Merz és munkatársai például a végrehajtó funkciók közül a gátlókontrollt – vagyis, hogy mennyire tudjuk gátolni a cél szempontjából nem releváns ingerre a domináns (prepotens) választ – és a munkamemória-teljesítményt vizsgálták neurokognitív módszerek segítségével, s azt találták, hogy a 14 hónapos koruk után örökbe fogadott gyerekek – a 9 hónapos koruk előtt örökbe fogadott gyerekekhez képest – rosszabbul teljesítettek (Merz et al. 2013). A rosszabb teljesítmény továbbá összefüggést mutatott a szülői beszámolóval a gyermekek hiperaktív-impulzív viselkedéséről. Seth Pollak és munkatársainak eredményei szerint a minimum 12 hónapot csecsemőotthonban töltő, majd adoptált gyerekek elsősorban a vizuális dimenziót is magába foglaló neuropszichológiai teszteken (memória, figyelem, gátlókontroll és tanulás) értek el rosszabb eredményeket, mint a 12 hónaposnál fiatalabban és elsősorban nevelőszülőktől örökbe fogadott gyerekek (Pollak et al. 2010). Ez véleményük szerint a prefrontális kéregnek, illetve kapcsolatainak fejlődésével hozható összefüggésbe (bővebben lásd alább).

Motoros funkciók. Érdemes megjegyezni, hogy – a BEIP-vizsgálat és más vizsgálati eredmények alapján is – a korai intézeti nevelés a motoros funkciók (pl. egyensú-

lyozás, finommozgások, felsővégtag-koordináció, bilaterális koordináció) fejlődési elmaradásával társul (Levin et al. 2014; Roeber, Gunnar, Pollak 2014). A BEIP-vizsgálat alapján ez az elmaradás kapcsolatot mutat az intelligenciateszttel mért kognitív képességekkel (Levin et al. 2014). A motoros funkciók károsodása a depriváció hatására két tényező függvénye lehet (lásd Roeber et al. 2014): egyrészt a motoros tapasztalatok hiányával függhet össze, hiszen a gyermekotthonban nevelt gyerekeknek általában kevesebb lehetőségük van a különböző méretű, textúrájú tárgyakkal manipulálni, és kevesebb időt töltenek – akár bent, akár kint – a padlón/földön (Gunnar et al. 2000), másrészt pedig az alultápláltság játszhat szerepet benne.

Érdemes megjegyezni, hogy a manipuláció mennyisége és minősége nemcsak azzal függ össze, hogy van-e elég tárgy a környezetben, amelyet meg lehet érinteni, fogni, rázni stb. Attól is függ, hogy van-e a környezetben olyan felnőtt, aki adott esetben segít a gyermeknek – a kezébe adja, megmutatja, továbbá biztatja, és pozitív visszajelentést ad az elért „teljesítményről". Azaz az önindította mozgások sikerességéről szóló szociális visszajelzés (lásd Kulcsár 1989), és az ezzel összefüggésben kialakuló pozitív arousal is fontos, a korai intézeti nevelésből nagyrészt hiányzó elem.

Figyelemzavaros hiperaktivitás mind az ERA- (Kreppner et al. 2001), mind a BEIP-kutatás (Zeanah et al. 2009) szerint az intézeti nevelésben részesülők körülbelül egyötödénél-egynegyedénél figyelhető meg. A BEIP-kutatáson belül egy elektrofiziológiai vizsgálat (EEG)[6] eredménye szerint a hiperaktivitás, impulzivitás tünetei késett kortikális éréssel kapcsolhatók össze, amely a relatív alfateljesítmény szignifikáns csökkenésében és a relatív thétateljesítmény növekedésében érhető tetten az occipitalis, temporalis és frontális területeken (McLaughlin et al. 2010).[7] Egy a BEIP keretében végzett másik vizsgálat rávilágított arra is, hogy az arcokra, illetve az érzelmet kifejező arcokra adott EEG-aktivitás mediálja a korai depriváció és az 54 hónapos kori ADHD-tünetek[8] közötti kapcsolatot (Slopen et al. 2012). Ugyanakkor a vizsgálatok felvetik azt is, hogy a deprivált környezeti hátterű gyerekeknél a figyelmi probléma és a túlzott mértékű aktivitás (inattention/overactivity) eltér a „klasszikus ADHD megjelenésétől" (Kreppner et al. 2001). Ezt valószínűsíti az az elektrofiziológiai vizsgálat is, ahol inkább a fenntartott figyelemmel összefüggő deficiteket találtak a korai deprivációval összefüggésben, mintsem kifejezetten csak a végrehajtó figyelmi funkciók problémáját (Loman et al. 2013).

Kvázi autisztikus viselkedés. Rutter és munkatársainak (Rutter et al. 2010) megfigyelései alapján az ERA-vizsgálatban részt vevő romániai adoptált gyerekek közül néhányan a szociális interakciókban olyanfajta jellegzetességeket mutattak, amelyek az autizmusra jellemzők: nehezen tudták értelmezni a szociális jelzéseket, megérteni a szociális helyzetek jelentéseit. Továbbá bizonyos, viszonylag jól körülhatárolt szenzoros ingerek (pl. órák) iránt fokozott érdeklődést mutattak. Ugyanakkor az is igaz,

6 EEG – elektroencefalográfia.

7 Az EEG a frekvenciája alapján különböző sávokra osztható. Az életkorral előrehaladva a tipikusan fejlődő gyermekeknél az alacsony frekvenciájú (pl. théta-) aktivitás csökken, és a magasabb frekvenciájú (pl. alfa- és béta-) aktivitás nő (Bell 1998).

8 ADHD – attention deficit hyperactivity disorder (figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar).

hogy ez meglehetősen kevés gyermekre volt jellemző. A szociális-érzelmi információk alterált feldolgozása azonban általánosabb lehet, mint a kvázi autisztikus viselkedés, és nemcsak a globális elhanyagoláshoz kötődhet.

Érzelmi és szociális fejlődés. A szülő-gyermek interakcióban a szülő érzelemtükrözése alakítja az érzelmi tudatosság és érzelemszabályozás (Gergely, Watson 1998), illetve a mentalizáció képességét (Fonagy, Target 1997). Logikusnak tűnik az a feltételezés, hogy megfelelő gondozói interakció hiányában ezek a képességek deficitesek lesznek.[9] Az érzelmi jelzések felismerését és megértését, az érzelmek egymástól való megkülönböztetését nemcsak a depriváló intézeti nevelés (Camras et al. 2006; Fries, Pollak 2004), hanem a családban bekövetkező elhanyagolás és bántalmazás is rontja (Friedman, Pollak 2004; Pollak et al. 2000). Az érzelmi információfeldolgozás jellegzetességeit funkcionális képalkotó eljárásokkal is vizsgálták (bővebben lásd alább).

Logikusnak tűnik, hogy az érzelmi jelzések felismerésének és megértésének képessége a szociális kommunikációban gondokat okozhat. A BEIP-vizsgálatban a gyerekek szociális készségeit 8 éves korban például a kortársakkal való interakciók elemzésével mérték fel. Az eredmények szerint a gyermekotthonban maradt csoport kevésbé tudott bevonódni az interakciókba, és sokkal szűkszavúbb volt, mint a nevelőszülőkhöz került gyerekek (Almas et al. 2015). Szintén a BEIP-vizsgálatban a szülők beszámolója szerint a korai intézeti nevelésben részesülők 10 évesen több kommunikációs problémával küzdöttek, mint azok a gyerekek, akik soha nem éltek intézetben. A korai intézeti nevelésből a nevelőszülőkhöz került csoport tagjai a reciprok szociális kommunikáció tekintetében kedvezőbb pontszámokat ért el, mint azok, akik intézeti nevelésben maradtak (Levin et al. 2015), vagyis az intervenció képes csökkenteni a szociális kommunikáció bizonyos deficitjeit.

Nehezítheti a megfelelő szociális interakciókat az is, ha az egyén nem jól „olvas mások elméjében". Az ERA-vizsgálat eredménye alapján az intézeti globális elhanyagoló környezetben eltöltött idő rosszabb mentalizációs képességgel társult (Rutter et al. 2010), ez pedig több deprivációspecifikus problémával függött össze. Retrospektív vizsgálatok eredményei is megerősítik, hogy a korai érzelmi elhanyagolás hatással

9 Az anya-gyermek kapcsolatban az érzelmek/affektus regulációja tulajdonképpen a szemtől szembeni *(face to face)* interakciókban bontakozik ki (Siegel 1999; Schore 2001), amelyeket a szinkronitás jellemez. Az első szakaszban legfőképpen anyai szinkronitásról beszélhetünk (Feldman, Greenbaum, Yirmiya 1999), vagyis az anya jelzései és reakciói igazodnak a gyermek jelzéseihez. Ebben az időszakban az anyai gondozói viselkedéssel együtt járó ingerek (pl. az anya testmelege, érintése, illata, szívritmusa) szabályozzák a gyermek működését, mert a csecsemő (ön)szabályozó funkciói még fejletlenek (lásd Feldman 2015 összefoglalóját). A második szakaszban – a kölcsönös szinkronitás szakaszában – az anya-gyermek (érzelmi) interakciók egymáshoz illeszkedve zajlanak le. A kölcsönös szinkronitás azt jelenti, hogy az anya/gondozó és a gyermek affektív viselkedésüket a másodperc töredékének késésével szinkronizálják, vagyis az események stabil időbeli késéssel követik egymást. Érdemes kiemelni, hogy nemcsak a viselkedés (pl. tekintet, vokalizáció, érintés), hanem a fiziológiai működés (pl. a szívritmus és az oxitocintermelődés is) szinkronizálódik (lásd Feldman 2015 összefoglalóját). Ez a szülői, gondozói viselkedésbe „épített" szabályozás az intézeti körülmények között kevésbé tud megvalósulni.

van az olyan szociális készségek alakulására, mint például az empátia (Ometto et al. 2015).

A *negatív érzelmek szabályozását,* úgy tűnik, hogy a korai kapcsolati traumák (Muller et al. 2013) mindegyike kedvezőtlenül befolyásolja. Az érzelmi szabályozás zavarai pedig részben mediálják a korai kapcsolati traumák és a későbbi internalizáló (Kim-Spoon, Cicchetti, Rogosch 2013), illetve externalizáló tünetek (Kim, Cicchetti 2010) közötti kapcsolatot.

Magyarországon Bátki Anna a játéknarratívák elemzésével vizsgálta a korai intézeti nevelés hatását az érzelemszabályozási képességek alakulására (Bátki 2013). Azt találta, hogy azoknál a gyerekeknél, akiket 6 hónapos koruk után fogadtak örökbe, a játék során alkalmazott narratívákban több az olyan tartalom, amely szabályozatlan érzelmekre utal. Ugyanakkor az újszülöttkorukban örökbe fogadott gyerekek narratívái is sok tekintetben eltértek a születésüktől kezdve saját családjukban nevelkedő gyerekek narratíváitól, ami további vizsgálatok szükségességére hívja fel a figyelmet.

Az ERA-kutatásban a korai extrém mértékű pszichoszociális depriváció hatásának vizsgálata során arra jutottak, hogy 6 éves kor után az érzelmi problémák markánsan növekedni kezdenek (Colvert et al. 2008), bár erre kielégítő magyarázatot a kutatók a mért konstruktumok alapján nem találtak. Az érzelmi problémák 11 éves kori magasabb előfordulása nem állt kapcsolatban sem az adoptáló környezet jellemzőivel, sem a gyermek iskolai teljesítményével vagy önértékelésével. A BEIP-vizsgálat viszont rámutat arra, hogy az érzelmi problémák előfordulása az ERA-vizsgálat örökbefogadottjai között még így is kisebb mértékű lehet, mint azoknál, akik intézeti nevelésben maradtak. A depriváló környezetből nevelőszülőkhöz kerülés ugyanis mérsékelten csökkentette bizonyos pszichopatológiák (elsősorban az externalizáló tünetek) előfordulását 12 éves korban. Az elemzés arra is rámutatott, hogy a nevelőszülőknél elhelyezett gyerekek tünetszáma összefüggött a nevelőszülői elhelyezés stabilitásával, vagyis azoknál volt több pszichopatológiai tünet, akiknél a nevelőszülők váltakoztak (Humphreys et al. 2015).

Gátolatlan kötődési viselkedés. Az egyik leggyakoribb probléma, amelyet a korábban intézetben nevelkedett gyerekeknél a szociális interakciókban és viselkedésben megfigyeltek az, hogy a környezetben megjelenő idegen személyek felé túlzottan „nyitottak" és „barátságosak" (Chisholm 1998). Valójában azonban ezt azt jelenti, hogy nem a megfelelő módon, azaz a nem megfelelő „óvatossággal" közelítik meg az idegeneket: bármilyen hívásra azonnal velük mennének, nem tartják a fizikai határokat, sőt kifejezetten keresik a fizikai kontaktust (pl. beleülnek az idegenek ölébe, megölelik, megsimogatják az újonnan felbukkant személyeket). Az ERA-kutatásban kb. 40% volt ennek a gátolatlan kötődési viselkedésnek az előfordulása azok körében, akiket 6 hónapos koruk után fogadtak örökbe (Kumsta et al. 2010). Érdemes megjegyezni, hogy nem elsősorban az interakció kezdeményezése a kritikus, hanem az, hogy a gyermek kezdeményez-e fizikai kontaktust a megjelenő idegennel (Lawler et al. 2014).

Az ERA-vizsgálatban szereplőkön kívül más intézeti nevelésből örökbe fogadott gyerekeknél is leírták ezt a nem diszkrimináló barátságos vagy legalábbis elsőre barátságosnak tűnő viselkedést (Van den Dries et al. 2012), illetve nevelőszülőknél nevelkedő gyerekek esetében is detektálták ezt a problémát (Pears et al. 2010). Marian Bakermans-Kranenburg és munkatársai szerint ennek a hátterében az áll, hogy nincs olyan elérhető személy, aki a gyermek kötődési viselkedésére válaszolna, és a kötődési kapcsolatban a másik felet reprezentálná. Ezzel ellentétben a családban elhanyagolt gyerekeknél megjelenő idegenekkel szembeni „túlzott nyitottság" véleményük szerint abból adódik, hogy a gondozó – bár fizikailag jelen van – nem ad kontingens válaszokat a gyermek jelzéseire (Bakermans-Kranenburg et al. 2011).

Az örökbe fogadó családban a szülő érzelmi elérhetősége[10] azonban képes csökkenteni a korábban intézetben nevelkedett gyerekek gátolatlan kötődési viselkedését, legalábbis a 10–17 hónapos koruk között örökbe fogadott gyerekeknél ezt találták (Garvin et al. 2012). De a „diszkriminálatlan barátságosság" akkor is fennmaradhat, ha a gyermek az örökbe fogadó szülőjével képes biztonságos kötődési kapcsolat kialakítására (Chisholm 1998). Érdemes megemlíteni, hogy egy vizsgálat eredménye szerint a 18 hónapos korban mért atipikus EEG-aktivitás előre jelezte a 36 hónapos korban mért diszkriminálatlan barátságosságot, valamint a gátlókontroll problémáit is (Tarullo, Garvin, Gunnar 2011). Továbbá úgy tűnik, hogy maga a gátolatlan szociális viselkedés is szoros kapcsolatban van a gátlófunkciók problémájával (Bruce, Tarullo, Gunnar 2009).

Összefoglalva: az eredmények alapján a korai depriváció és fenyegetettség jelentősen befolyásolja a pszichés fejlődést. Ugyanakkor nagy egyéni különbségek vannak abban, hogy kinél milyen funkció sérül, illetve hogy sérül-e egyáltalán. A deprivációmértéke (globális-e, vagy sem), továbbá a depriváló környezetben eltöltött idő hossza, valamint az, hogy a gyermek hány hetesen, hónaposan kerül be, azután ki a depriváló környezetből, jelentősen befolyásolja a fejlődési lemaradásokat és azt is, hogy ezeket a lemaradásokat be lehet-e hozni (Julian 2013). Nem zárható ki az sem, hogy a prenatális körülmények, illetve a gyermekek genetikai jellemzői a környezeti jellemzőkkel interakcióban is befolyásolják az egyéni sérülékenység vagy reziliencia mértékét (Van IJzendoorn et al. 2011).

Kérdésként merül fel, hogy mi állhat a korai kedvezőtlen történések és a későbbi funkcionálás közötti kapcsolat hátterében. A mechanizmusok szintjén két általános megközelítés bontakozik ki. Az egyik az agyi fejlődés eltéréseit (McLaughlin, Sheridan, Lambert 2014; Tottenham 2012b), a másik a stresszválasz biológiai programo-

10 A szülő akkor tekinthető érzelmileg elérhetőnek, ha a gyermek érzelmi kifejezéseit tiszteletben tartja, elfogadja, azokra kontingens módon reagál, a gyermeke felé érzelmeket – verbálisan és nonverbálisan – kifejez, továbbá rendelkezésre áll, ha a gyermeknek érzelmileg szüksége van rá (Bornstein, Suwalsky, Breakstone 2012). Érdemes megjegyezni, hogy az érzelmi elérhetőséget a diádikus kapcsolat kontextusában ajánlott vizsgálni, azaz a gyermek oldaláról is szükség van érzelmi reaktivitásra. Kézenfekvőnek tűnik, hogy az intézeti nevelésből nevelőszülőkhöz kerülő gyermekek esetében az érzelmek kifejezésének, megosztásának vagy megértésének problémái nehezíthetik az érzelmi interakciók szinkronitásának kibontakozását. Ugyanakkor a nevelőszülő részéről tapasztalt érzelmi elérhetőség – azaz a gyermek érzelmi reakciói felé forduló nyílt, elfogadó és az érzelmi reakciókat értelmező hozzáállás – egyrészt növeli az érzelmi tudatosságot, segíti a negatív érzelmek szabályozásának fejlődését, ezáltal hozzájárulva a szocioemocionális funkciók alakulásához, másrészt kedvez a biztonságos kötődési kapcsolat kialakulásának (Mikulincer, Shaver, Pereg 2003).

zását emeli ki (Gunnar et al. 2006). Ez utóbbit részletesebben már bemutattuk egy korábbi tanulmányunkban (Kökönyei, Várnai 2007), így arra nem térünk ki. Csupán megemlítjük, hogy állatkísérleti és humán adatok alapján is úgy tűnik, hogy a hipotalamusz–hipofízis–mellékvesekéreg-tengely (HPA)[11] működése szociális szabályozás alatt áll (Gunnar et al. 2006). Újabban egy harmadik megközelítés is felbukkant, amely az oxitocin-, illetve a vele szoros összefüggésben álló dopaminrendszer működését vizsgálja a korai stressz hatásainak értelmezésében, valamint a trauma transzgenerációs hatásainak vizsgálatában.

| Agyi fejlődés

Jelentős számú bizonyíték gyűlt fel amellett, hogy a korai tapasztalatok minősége és mennyisége hatással van az agyi fejlődésre. William Greenough és munkatársai (Greenough, Black, Wallace 1987) különbséget tesznek a tapasztalatelváró és a tapasztalatfüggő agyi fejlődés között. Bizonyos agyi területek (pl. a szenzoros kéreg) fejlődéséhez szükség van bizonyos ingerek (pl. mintázott fény) előfordulására, és az emberi nyelv elsajátítását megalapozó agyi területek is a tapasztalatelváró agyi területek közé sorolhatók (Csépe 2005). Más agyi területek fejlődését az határozza meg, hogy a környezeti ingerek hatására mennyi szinaptikus kapcsolat alakul ki és marad fenn az idegsejtek között (tapasztalatfüggő agyi fejlődés, magyarul lásd Csépe 2005). Feltételezhető, hogy a globális elhanyagolás mindkét agyi fejlődést jelentősen befolyásolja.

McLaughlin és munkatársai (McLaughlin et al. 2014) amellett érvelnek, hogy deprivációs esetén a csökkent mennyiségű – és nem megfelelő minőségű – kognitív és szociális ingerek elsősorban a kéreg asszociációs területeinek a fejlődését befolyásolják, mivel ezek a területek felelősek a komplex szociális és kognitív ingerek feldolgozásáért. Továbbá azok a funkciók sérülnek leginkább, amelyek ezekhez az agyi területekhez köthetők (pl. nyelv megértése, végrehajtó funkciók, téri navigáció, szociális kogníció). Valóban az agyi szürkeállomány (Mehta et al. 2009; McLaughlin et al. 2014) és kéregvastagság csökkent mértékét találták több vizsgálatban is, és ez a deficit elsősorban a prefrontális kéreg (De Brito et al. 2013; Hodel et al. 2015; McLaughlin et al. 2014; Mehta et al. 2009), a superior és inferior parietalis kéreg, valamint a superior temporalis kéreg területein volt a legjelentősebb. De a kéregfelszín csökkent voltát találták például az occipitalis lebenyben elhelyezkedő gyrus lingualis esetében is (Kelly et al. 2013).

Egy a reaktív kötődési zavarral kapcsolatos kutatási eredményük alapján Koji Shimada és munkatársai (Shimada et al. 2015) felvetik, hogy a korai depriváció befolyásolhatja a vizuális kéreg strukturális fejlődését, ami pedig hozzájárulhat a különböző érzelmi információk feldolgozásának problémáihoz (lásd fentebb). Ezzel összhangban vannak a Hiroki Yamada és munkatársai által végzett funkcionális mágneses rezonancia (fMRI)[12] vizsgálatoknak az eredményei is. Az elsődleges vizuális kéregben

11 HPA – hypothalamic–pituitary–adrenal axis.
12 fMRI – functional magnetic resonance imaging.

a 2. hónap végén hatalmas metabolikus változások történnek. Véleményük szerint ez egy kritikus periódus kezdete, amelynek során az occipitalis kéregben lévő idegsejtek közötti kapcsolatokat a vizuális tapasztalatok módosítják (Yamada et al. 1997; Yamada et al. 2000).

Egyes vizsgálatok arra utalnak, hogy nemcsak a kérgi területek térfogatát érinti a depriváló intézeti nevelés, hanem az agy fehérállományáét is (Mehta et al. 2009; Sheridan et al. 2012). Továbbá a kéreg alatti területek, köztük a kisagyi térfogat csökkent mértékét találták korábban intézetben nevelt gyerekeknél, és ez összefüggést mutatott a kognitív funkciókat mérő neuropszichológiai tesztek rosszabb eredményeivel (Bauer et al. 2009). Érdemes megemlíteni, hogy a kisagy nemcsak a motoros funkciókban, hanem a magasabb rendű kognitív funkciókban is szerepet játszik (De Smet et al. 2013), fejlődése tapasztalatfüggő lehet (Bauer et al. 2009).

Az intézményi nevelés agyi fejlődésre kifejtett hatásának detektálása függhet attól, hogy milyen életkorúak a gyerekek, tehát lehet késés a korai rossz környezet és annak hatásai között, legyen szó agyi területekről vagy mentális működésről és tünetekről. Gyermekkorban például a hippokampusz térfogata és az intézeti nevelés között nem találtak kapcsolatot (pl. Mehta et al. 2009; Tottenham et al. 2010). Ezzel ellentétben serdülőkorban a csecsemőként deprivált gyerekeknél csökkent hippokampális térfogatot detektáltak, és ez az intézetben eltöltött idő hosszával összefüggést mutatott (Hodel et al. 2015).

Nim Tottenham összefoglaló tanulmányában amellett érvel, hogy a pszichoszociális depriváció számos kedvezőtlen következménye az amygdala atipikus fejlődésével hozható kapcsolatba (Tottenham 2012b). Nagyobb amygdala-térfogatot találtak a csecsemőkorukban intézeti nevelésben részesült gyerekek körében a családban nevelkedő gyerekekhez képest, illetve az amygdala térfogata pozitívan korrelált az intézetben eltöltött idő hosszával (Tottenham et al. 2010), de ezzel ellentétes eredmény is adódott (Hodel et al. 2015; Mehta et al. 2009). Tottenham továbbá úgy véli, hogy a gondozás és a vele együtt járó természetes ingerek hiánya miatt az amygdala gyorsabban érik, és ennek hosszú távon hipervigilancia és a fenyegető ingerekre (pl. dühös arcokra) adott fokozott válasz a következménye (Cohen et al. 2013; Tottenham et al. 2011), azaz megváltozott érzelmi válaszmód lesz az eredmény. Tottenham állatkísérleti adatokra is építve úgy véli, hogy humán szinten a megfelelő szülői válaszkészség és szenzitivitás esetén megjelenő stresszhiporeszponzív periódus (Gunnar et al. 2006) hiánya – és feltehetően ezzel párhuzamosan a megnövekedett kortizolszint – az, amely az amygdala korai érését okozza, és a fokozott válaszkészségéért felelős lehet (Tottenham 2012b).

Érdemes megjegyezni, hogy az amygdala diszfunkciója nemcsak az intézeti neveléssel vagy az érzelmi elhanyagolással kapcsolható össze, hanem minden olyan korai kedvezőtlen tapasztalattal, amely McLaughlin és munkatársai (McLaughlin et al. 2014) megközelítésében a fenyegetettség magasabb szintjével társul. Családi erőszaknak vagy fizikai abúzusnak kitett gyerekeknél dühös arcokra fokozott amygdalaválaszt találtak az érzelmi információfeldolgozás korai (McCrory et al. 2013; McCrory et al. 2011) és késői szakaszában is (McCrory et al. 2011). Érdemes megjegyezni, hogy az érzelmi információfeldolgozás korai – figyelemelőttes – szakaszában nemcsak a

dühös, hanem az örömöt kifejező arcokra is fokozott amygdalaaktivitást detektáltak (McCrory et al. 2013). Ez tükrözheti az ingerek érzelmi kiugró jellegére való általános felfokozott válaszkészséget az információfeldolgozás korai szakaszában. A vizsgálatot végző szerzők alternatív magyarázatként felvetik annak a lehetőségét is, hogy a fokozott amygdalareaktivitás az örömöt kifejező arcokra – mint a környezetben megjelenő ritkább ingerekre – a szociális jutalmak atípusos feldolgozásának egyik jele.

Az amygdala aktiválódása egyértelműen kapcsolatban áll az ingerek érzelmi kiugró jellegével (szaliencia). Egy vizsgálatban azt tesztelték, hogy eltér-e az intézetből örökbe fogadott és a születésüktől kezdve a családjukban nevelkedő gyerekeknél az anyára vagy egy idegenre adott agyi aktivitás (Olsavsky et al. 2013). Míg a családban nevelkedő gyerekek amygdalaválasza az anya fényképére magasabb volt, mint az idegent ábrázoló fényképre, addig az adoptált gyerekeknél ez a mintázat – vagyis a diszkrimináció – hiányzott, továbbá náluk az érzelmi ingerek esetében megfigyelhető „természetes" habituáció – azaz az érzelmi ingerek ismételt megjelenésére adott válasz csökkenése – sem jelent meg. Az eredményeket a szerzők összefüggésbe hozták a diszkriminálatlan barátságos viselkedéssel is (lásd fentebb; Olsavsky et al. 2013).

A dühös arcra mint fenyegető ingerre adott megváltozott agyi választ nem csupán funkcionális képalkotó eljárásokkal, hanem más, így például elektrofiziológiai módszerekkel (EEG-vel) is demonstrálták már olyan fiatal – 15 hónapos – gyerekeknél, akik 1 éves koruk előtt szenvedtek el bántalmazást vagy elhanyagolást (Curtis & Cicchetti 2013). Szintén detektálták az amygdala megváltozott működését azoknál a felnőtteknél, akiknek a retrospektív beszámolóiban tetten érhető valamilyen rossz bánásmód (Dannlowski et al. 2013). Tottenham felveti, hogy az amygdala és a prefrontális területek közötti kapcsolatok is alterálódnak a korai depriváció és/vagy fenyegetettség hatására, nevezetesen a két terület csökkent kapcsolata feltehetően kisebb mértékű vagy kevésbé hatékony *top-down szabályozást tesz lehetővé* (Tottenham 2012a).

A Hilary Marusak és munkatársai által végzett vizsgálat arra hívja fel a figyelmet, hogy nemcsak egyes specifikus agyi struktúrák és funkciók szintjén érdemes a változásokat keresni, hanem az agyi hálózatok szintjén is (Marusak, Etkin, Thomason 2015). Bántalmazott, 13 év körüli átlagéletkorú serdülők körében vizsgálták a szalienciahálózat[13] funkcionális konnektivitását nyugalmi állapotban és egy specifikus kategorizációs feladatban. Az inzula kapcsolatai a hálózaton belül erőteljesebbek voltak, és ez összefüggést mutatott a kérdőívvel mért alacsonyabb jutalomszenzitivitással. Továbbá a kategorizációs feladatban az inkongruens próbák – azaz ahol a képen látható személy neme (nő/férfi) és a képre írt szöveg tartalma (férfi/nő) között diszkrepancia volt – nagyobb frontoinzuláris konnektivitással kapcsolódtak össze. A szerzők véleménye szerint a szalienciahálózaton belüli konnektivitás eltérései hozzájárulnak a bántalmazott személyeknél megfigyelhető affektív és kognitív jellemzők kialakulásához, s a kapcsolat mediátoraiként a csökkent jutalomszenzitivitást, a feladat szempontjából irreleváns, de kiugró ingerek fokozott feldolgozását is megjelölik. Az alacsonyabb jutalomszenzitivitást olyan affektív vonásként írják le, amely a pszichopatológiák (pl. a depresszió) szempontjából rizikótényezőt képvisel.

Bonnie Goff és munkatársai a jutalomfeldolgozással összefüggő agyi területek működését vizsgálták (Goff et al. 2013). Eredményeik szerint míg a kontrollcsoportban a serdülők és a gyermekkorú résztvevők nucleus accumbens aktivitása – a serdülők javára – különbözött az érzelmeket kifejező arcok nézegetése esetén, addig a csecsemőkorukban intézeti nevelésben részesülők két életkori csoportja között nem volt szignifikáns különbség. További eredményük volt, hogy a csecsemőotthoni nevelésben részesült serdülőknél a kontrollcsoport serdülőihez képest alacsonyabb volt a nucleus accumbens aktivitása érzelmeket kifejező arcok esetén, és ez a csökkent aktivitás a depressziópontszámok növekedésével társult. Következtetésük szerint a korai kedvezőtlen események hatására serdülőkorban a ventrális striátum csökkent aktivitása figyelhető meg. Különösen lényeges a nucleus accumbens hipoaktivitása, ugyanis a traumák ezen keresztül növelhetik a depresszió kialakulásának esélyét.

[13] Salience network: dorzális anterior cingulum, az insula, a ventrolateralis prefrontalis kéreg és az amygdala.

| Oxitocinrendszer

Elsősorban állatkísérleti adatok alapján ugyan, de feltételezhetjük, hogy a korai környezet az oxitocinrendszer működésére is hatással van (Hammock 2015). Az oxitocin egy olyan, a hipotalamuszban szintetizálódó neuropeptid hormon, amely a hipofízisből kerül be az agyi véráramba, jelentős szerepe van a szülés megindulásában és a tejelválasztásban, de a komplex szociális viselkedés (pl. bizalom) alakításában is. Az oxitocinrendszer szoros neuroanatómiai kapcsolatban áll a mezokortikolimbikus dopaminrendszerrel. Egyes adatok arra utalnak, hogy antistressz hatásai is vannak, vagyis a stresszhelyzetben felszabaduló oxitocin képes a klasszikus stresszválaszt – így a kortizoltermelődést – csökkenteni (magyar összefoglalását lásd Varga 2011). Az állatkísérleti adatok mellett humán adatok alapján is feltételezhetjük, hogy a korai szülő-gyermek érzelmi interakció hatással van a csecsemő oxitocintermelődésére (Weisman, Zagoory-Sharon, Feldman 2012). Valamint a szülő oxitocinszintje, illetve az oxitocinreceptorok bizonyos alléljai – azaz genetikai hatások is – befolyásolják a szülő-csecsemő interakció bizonyos jellemzőit, például a tekintet szinkronizációjának hosszát és az érintés mennyiségét (Feldman et al. 2012).

Néhány felnőttekkel kapcsolatos vizsgálati eredmény is közvetetten utal arra, hogy a korai érzelmi elhanyagolás befolyásolja az oxitocinrendszer fejlődését. A retrospektíven gyermekkori érzelmi elhanyagolásról beszámoló nőknél például kisebb oxitocinszintet mértek a cerebrospinalis folyadékban (Heim et al. 2009). Azonban ezzel ellentétes eredményre jutott egy japán vizsgálat, ahol a fizikai abúzus fokozott oxitocinkoncentrációval társult (Mizuki, Fujiwara 2015).

Az utóbbi években számos olyan kutatás folyt, ahol az újszülöttek különböző jellemzőire – például csecsemők vokalizációjára, csecsemők arcára vagy a „babaformára" – adott anyai/szülői agyi választ vizsgálták. Érdekes eredmény, hogy amikor az anyák a saját gyermekük arcáról készült fotókat nézegették, akkor a jutalommal összefüggő dopaminfelszabadulással összekapcsolódó agyi területeik (pl. ventrális

striátum) erőteljesebb aktivációt mutattak, mint amikor idegen gyerekekről készült fotókat néztek (Strathearn et al. 2008). A szülő bizonyos jellemzői (pl. felnőtt kötődési stílus, pszichopatológia) befolyásolhatja a gyermekre adott anyai agyi válaszokat, amelyek pedig hatással lehetnek a szülő-gyermek interakcióra. *A szülés utáni időszakban depressziós anyák gyermekükkel való interakciójának elemzése például rámutatott arra, hogy kevesebb face-to-face interakció, kevesebb vokalizáció, mosoly és érintés jelenik meg. A szülő a gyermek jelzéseire hosszabb szünettel reagál, s az alkalmazott nyelvi ingerek (pl. mondatok hossza) kevéssé illeszkednek a gyermek életkorához* (lásd Field 2010 összefoglalását). Mindezek csökkentik az interakció szinkronitását, és befolyásolhatják a gyermekek érzelmi válaszainak és képességeinek alakulását (Bornstein et al. 2011).

Az intézeti nevelés vagy akár a családban bekövetkező elhanyagolás – és ezzel összefüggően a gondozó és a gyermek korlátozott mennyiségű és minőségű interakciója – tehát hatással lehet az oxitocinrendszer fejlődésére és működésére. Ebben feltételezhetően az is szerepet játszik, hogy az érzelmileg elhanyagolt gyerekek kevesebb érintésben vagy olyan más ingerlésben részesülnek, amely az oxitocintermelődésre hatással van. Stresszhelyzetben kevésbé tudnak a gondozóra támaszkodni, így az oxitocin stresszcsökkentő hatása is kevéssé tud érvényesülni.

Összefoglalás

A korai intézeti neveléssel kapcsolatos vizsgálatok rámutattak arra, hogy az élet első hónapjai és évei fontos szenzitív periódusoknak tekinthetők. Ugyanakkor azt már nehéz megmondani, hogy az egyes pszichés funkciókat tekintve a szenzitív periódusok mikor kezdődnek és meddig tartanak (Zeanah et al. 2011). Nagy variabilitás mutatkozik abban is, hogy a szenzitív periódusban elszenvedett depriváció/fenyegetettség milyen mértékben okoz hosszú távú deficiteket a fejlődésben (Julian 2013). Ez feltehetően részben az intézeti nevelést jellemző depriváció mértékétől és az ott eltöltött időtől függ, de egyéni különbségek is szerepet játszhatnak benne. Néhány vizsgálat arra utal, hogy genetikai tényezők (Stevens et al. 2008), illetve genetikai tényezők környezeti jellemzőkkel interakcióban (Drury et al. 2010), valamint epigenetikai hatások (Grace, Kim, Rogers 2011) befolyásolhatják a kedvezőtlen korai környezet fejlődésre gyakorolt hatását.

Tanulmányomban elsősorban a korai neurobiológiai fejlődésre és az ezzel összefüggő pszichológiai funkciók fejlődésére koncentráltam. Ugyanakkor érdemes megemlíteni, hogy más folyamatok is hozzájárulhatnak a korai vagy későbbi traumát átélők testi-lelki egészségéhez. Mischa Tursich és munkatársai (Tursich et al. 2014) metaanalízisük eredményeként rámutatnak arra, hogy a trauma krónikus gyulladási állapotot képes okozni a szervezetben, amely számos pszichopatológia és testi betegség szempontjából rizikótényező lehet, illetve egyes vizsgálatok sejtszintű változásokat is felvetnek (Drury et al. 2012).

A korai traumák kedvezőtlen hatásainak csökkentésében Bruce Perry az ún. neuroszekvenciális modell alkalmazását javasolja (Perry 2009). Első lépésként fel kell

mérni a különböző kognitív, motoros, érzelmi és szociális területeken megfigyelhető deficiteket, és át kell gondolni, hogy mely agyi területek, körök lehetnek érintettek a megfigyelhető pszichés deficitek hátterében. Majd alulról felfelé szekvenciálisan építkezve kell olyan módszereket alkalmazni, amelyek képesek megfelelő ingerlést adni, s ezáltal módosítani az adott probléma hátterében álló agyi terület működését. Az önszabályozással, figyelemmel, fokozott arousallel kapcsolatos problémák nemcsak a kérgi működés, hanem sokkal „ősibb" struktúrák (pl. agytörzs, köztiagy) alterált működéséhez is köthetők, amelyek ismételt, mintázott (szomato)szenzoros ingerekkel befolyásolhatók. Így első lépésként a zene, a mozgás, a masszázs, a jóga lehetnek azok a technikák, amelyek az agyi működés integráltabbá tételét elősegítve megalapozzák a második szint – azaz a másokhoz való kapcsolódási problémák –, s így a limbikus területek „kezelését". Ez utóbbiakat már más módszerekkel, például játékterápiával, drámával vagy művészetterápiákkal lehet megcélozni. Ezt követhetik a belátáson vagy a verbalitáson alapuló módszerek, amelyek már a kérgi struktúrák – vagy tegyük hozzá: a magasabb rendű kognitív és érzelemszabályozó képességek – működését célozzák meg.

A szenzoros integráció módszere az elhanyagolt vagy bántalmazott gyerekek esetében, vagy más, a korai egészséges agyi és pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett populációkban (pl. súlyos pszichopatológiával rendelkező szülők gyermekei) olyan első módszer lehet, amely segít az idegrendszeri működést – s ezzel párhuzamosan a pszichés funkcionálást is – kedvező irányba változtatni.

Irodalom

Ainsworth, M. D. S.; Blehar, M.C.; Walters, E.; Walls, S. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Hillsdale, Lawrence Erlbaum.

Almas, A. N.; Degnan, K. A.; Walker, O. L.; Radulescu, A.; Nelson, C. A.; Zeanah, C. H.; Fox, N. A. (2015): *The effects of early institutionalization and foster care intervention on children's social behaviors at the age of eight.* Social Development, 24/2, 225–239.

Anda, R.; Tietjen, G.; Schulman, E.; Felitti, V.; Croft, J. (2010): *Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults.* Headache, 50/9, 1473–1481.

Bakermans-Kranenburg, M. J.; Steele, H., Zeanah, C. H.; Muhamedrahimov, R. J.; Vorria, P.; Dobrova-Krol, N. A.; Steele, M.; Van IJzendoorn, M. H.; Gunnar, M. R. (2011): *Attachment and emotional development in institutional care: Characteristics and catch up.* Monographs of the Society for Research in Child Development, 76/4, 62–91.

Bátki A. (2013): *Intézetből örökbefogadott gyerekek érzelemregulációs fejlődése.* Magyar Pszichológiai Szemle, 68/1, 105–125.

Bauer, P. M.; Hanson, J. L.; Pierson, R. K.; Davidson, R. J.; Pollak, S. D. (2009): Cerebellar volume and cognitive functioning in children who experienced early deprivation. Biological Psychiatry, 66/12, 1100–1106.

Beckett, C.; Maughan, B.; Rutter, M.; Castle, J.; Colvert, E.; Groothues, C.; Kreppner, J.; Stevens, S.; O'Connor, T. G.; Sonuga-Barke, E. J. S. (2006): *Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian Adoptees study.* Child Development, 77/3, 696–711.

Bell, M. A. (1998): *The ontogeny of the EEG during infancy and childhood: Implications for cognitive development.* In: Garreau, B. (ed.): *Neuroimaging in child neuropsychiatric disorders.* Springer-Verlag, Berlin, 97–111.

Bornstein, M. H.; Arterberry, M. E.; Mash, C.; Manian, N. (2011): *Discrimination of facial expression by 5-month-old infants of nondepressed and clinically depressed mothers.* Infant Behavior & Development, 34/1, 100–106.

Bornstein, M. H., Suwalsky, J. T. D., Breakstone, D. A. (2012): *Emotional relationships between mothers and infants: Knowns, unknowns, and unknown unknowns.* Development and Psychopathology, 24/1, 113–123.

Bos, K. J.; Fox, N.; Zeanah, C. H.; Nelson, C. A., III. (2009): *Effects of early psychosocial deprivation on the development of memory and executive function.* Frontiers in Behavioral Neuroscience, 3.

Bowlby, J. (1969): *Attachment and loss: Vol. 1.* Attachment. New York, Basic Books.

Bruce, J.; Tarullo, A. R.; Gunnar, M. R. (2009): *Disinhibited social behavior among internationally adopted children.* Development and Psychopathology, 21/1, 157–171.

Bruce, J.; Gunnar, M. R.; Pears, K. C.; Fisher, P. A. (2013): *Early adverse care, stress neurobiology, and prevention science: Lessons learned.* Prevention Science, 14/3, 247–256.

Camras, L. A.; Perlman, S. B.; Fries, A. B. W.; Pollak, S. D. (2006): *Post-institutionalized Chinese and Eastern European children: Heterogeneity in the development of emotion understanding.* International Journal of Behavioral Development, 30/3, 193–199.

Carr, C. P.; Severi Martins, C. M.; Stingel, A. M.; Lemgruber, V. B.; Juruena, M. F. (2013): *The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes.* Journal of Nervous and Mental Disease, 201/12, 1007–1020.

Chisholm, K. (1998): *A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages.* Child Development, 69/4, 1092–1106.

Cohen, M. M.; Jing, D.; Yang, R. R.; Tottenham, N.; Lee, F. S.; Casey, B. J. (2013): *Early-life stress has persistent effects on amygdala function and development in mice and humans.* Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 110/45, 18274–18278.

Colvert, E.; Rutter, M.; Kreppner, J.; Beckett, C.; Castle, J.; Groothues, C.; Hawkins, A.; Stevens, S.; Sonuga-Barke, E. J. S. (2008): *Do theory of mind and executive function deficits underlie the adverse outcomes associated with profound early deprivation? Findings from the English and Romanian Adoptees study.* Journal of Abnormal Child Psychology, 36/7, 1057–1068.

Croft, C.; Beckett, C.; Rutter, M.; Castle, J.; Colvert, E.; Groothues, C.; Hawkins, A.; Kreppner, J.; Stevens, S. E.; Sonuga-Barke, E. J. S. (2007): *Early*

adolescent outcomes of institutionally-deprived and non-deprived adoptees: II. Language as a protective factor and a vulnerable outcome. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48/1, 31–44.

Curtis, W. J.; Cicchetti, D. (2013): *Affective facial expression processing in 15-month-old infants who have experienced maltreatment: An event-related potential study.* Child Maltreatment, 18/3, 140–154.

Csépe V. (2005): *Kognitív fejlődés-neuropszichológia.* Gondolat, Budapest.

Danese, A.; Moffitt, T. E.; Harrington, H.; Milne, B. J.; Polanczyk, G.; Pariante, C. M.; Poulton, R. Caspi, A. (2009): *Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers.* Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 163/12, 1135–1143.

Dannlowski, U.; Kugel, H.; Huber, F.; Stuhrmann, A.; Redlich, R.; Grotegerd, D.; Dohn, K.; Sehlmeyer, C.; Konrad, C.; Baune, B. T.; Arolt, V.; Heindel, W.; Zwitserlood, P.; Suslow, T. (2013): *Childhood maltreatment is associated with an automatic negative emotion processing bias in the amygdala.* Human Brain Mapping, 34/11, 2899–2909.

De Brito, S. A.; Viding, E.; Sebastian, C. L.; Kelly, P. A.; Mechelli, A.; Maris, H.; McCrory, E. J. (2013): *Reduced orbitofrontal and temporal grey matter in a community sample of maltreated children.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54/1, 105–112.

De Smet, H. J.; Paquier, P.; Verhoeven, J.; & Mariën, P. (2013): *The cerebellum: Its role in language and related cognitive and affective functions.* Brain and Language, 127/3, 334–342.

Drury, S. S.; Theall, K.; Gleason, M. M.; Smyke, A. T.; De Vivo, I.; Wong, J. Y.; Nelson, C. A. (2012): *Telomere length and early severe social deprivation: linking early adversity and cellular aging.* Mol Psychiatry, 17/7, 719–727.

Drury, S. S.; Theall, K. P.; Smyke, A. T.; Keats, B. J. B.; Egger, H. L.; Nelson, C. A.; Fox, N. A.; Marshall, P. J.; Zeanah, C. H. (2010): *Modification of depression by COMT val158Met polymorphism in children exposed to early severe psychosocial deprivation.* Child Abuse & Neglect, 34/6, 387–395.

Feldman, R. (2015): *The adaptive human parental brain: Implications for children's social development.* Trends in Neurosciences, 38/6, 387–399.

Feldman, R.; Greenbaum, C. W.; Yirmiya, N. (1999): *Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control.* Developmental Psychology, 35/1, 223–231.

Feldman, R.; Zagoory-Sharon, O.; Weisman, O.; Schneiderman, I.; Gordon, I.; Maoz, R.; Shalev, I.; Ebstein, R. P. (2012): *Sensitive parenting is associated with plasma oxytocin and polymorphisms in the OXTR and CD38 Genes.* Biological Psychiatry, 72/3, 175–181.

Field, T. (2010): *Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review.* Infant Behavior & Development, 33/1, 1–6.

Fonagy, P.; Target, M. (1997): *Attachment and reflective function: Their role in self-organization.* Development and Psychopathology, 9/4, 679–700.

Fox, N. A.; Almas, A. N.; Degnan, K. A.; Nelson, C. A.; Zeanah, C. H. (2011): *The*

effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: Findings from the Bucharest Early Intervention Project. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52/9, 919–928.

Friedman, J. E.; Pollak, S. D. (2004): *Control of selective attention to facial and vocal expressions of emotion in physically abused children.* Poster Session Abstracts, Psychophysiology, 41, S50.

Fries, A. B. W.; Pollak, S. D. (2004): *Emotion understanding in postinstitutionalized Eastern European children.* Development and Psychopathology, 16/2, 355–369.

Garvin, M. C.; Tarullo, A. R.; Van Ryzin, M.; Gunnar, M. R. (2012): *Postadoption parenting and socioemotional development in postinstitutionalized children.* Development and Psychopathology, 24/1, 35–48.

Gergely, Gy.; Watson, J. S. (1998): *A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje.* Thalassa, 9, 56–105.

Goff, B.; Gee, D. G.; Telzer, E. H.; Humphreys, K. L.; Gabard-Durnam, L.; Flannery, J.; Tottenham, N. (2013): *Reduced nucleus accumbens reactivity and adolescent depression following early life stress.* Neuroscience, 249, 129–138.

Grace, C. E.; Kim, S. J.; Rogers, J. M. (2011): *Maternal influences on epigenetic programming of the developing hypothalamic-pituitary-adrenal axis.* Birth Defects Research Part a-Clinical and Molecular Teratology, 91/8, 797–805.

Greenough, W. T.; Black, J. E.; & Wallace, C. S. (1987): *Experience and brain development.* Child Development, 58/3, 539–559.

Gunnar, M. R.; Bruce, J.; Grotevant, H. D. (2000): *International adoption of institutionally reared children: Research and policy.* Development and Psychopathology, 12/4, 677–693.

Gunnar, M. R.; Fisher, P. A.; Early Experience, Stress, and Prevention Network (2006): *Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children.* Development and Psychopathology, 18/3, 651–677.

Hammock, E. A. (2015): *Developmental perspectives on oxytocin and vasopressin.* Neuropsychopharmacology, 40/1, 24–42.

Heim, C.; Young, L. J.; Newport, D. J.; Mletzko, T.; Miller, A. H.; Nemeroff, C. B. (2009): *Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse.* Molecular Psychiatry, 14/10, 954–958.

Hodel, A. S.; Hunt, R. H.; Cowell, R. A.; Van Den Heuvel, S. E.; Gunnar, M. R.; Thomas, K. M. (2015): *Duration of early adversity and structural brain development in post-institutionalized adolescents.* Neuroimage, 105, 112–119.

Humphreys, K. L.; Gleason, M. M.; Drury, S. S.; Miron, D.; Nelson, C. A., III; Fox, N. A.; Zeanah, C. H. (2015): *Effects of institutional rearing and foster care on psychopathology at age 12 years in Romania: Follow-up of an open, randomised controlled trial.* Lancet Psychiatry, 2/7, 625–634.

Julian, M. M. (2013): *Age at adoption from institutional care as a window into the lasting effects of early experiences.* Clinical Child and Family Psychology Review, 16/2, 101–145.

Kelly, P. A.; Viding, E.; Wallace, G. L.; Schaer, M.; De Brito, S. A.; Robustelli, B.; McCrory, E. J. (2013): *Cortical thickness, surface area, and gyrification abnormalities*

in children exposed to maltreatment: Neural markers of vulnerability? Biological Psychiatry, 74/11, 845–852.

Kim, J.; Cicchetti, D. (2010): *Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51/6, 706–716.

Kim-Spoon, J.; Cicchetti, D.; Rogosch, F. A. (2013): *A longitudinal study of emotion regulation, emotion lability-negativity, and internalizing symptomatology in maltreated and nonmaltreated children.* Child Development, 84/2, 512–527.

Kökönyei Gy., Várnai D. (2007): *A korai kapcsolati traumák – elhanyagolás és bántalmazás – hatása az agyi, a biológiai és a lelki fejlődésre.* In: Demetrovics Zs. (szerk.), Kökönyei Gy. (szerk.), Oláh A. (szerk.): *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig: Tanulmányok Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére.* Trefort, Budapest, 224–269.

Kreppner, J. M.; O'Connor, T. G.; Rutter, M.; English Romanian Adoptees Study Team (2001): *Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome?* Journal of Abnormal Child Psychology, 29/6, 513–528.

Kulcsár Zs. (1989): *Személyiség – pszichológia.* Budapest, Tankönyvkiadó.

Kumsta, R.; Kreppner, J.; Rutter, M.; Beckett, C.; Castle, J.; Stevens, S.; Sonuga-Barke, E. J. S. (2010): *III. Deprivation-specific psychological patterns.* Monographs of the Society for Research in Child Development, 75/1, 48–78.

Laible, D. J.; Thompson, R. A. (2000): *Mother-child discourse, attachment security, shared positive affect, and early conscience development.* Child Development, 71/5, 1424–1440.

Lawler, J. M.; Hostinar, C. E.; Mliner, S. B.; Gunnar, M. R. (2014): *Disinhibited social engagement in post institutionalized children: Differentiating normal from atypical behavior.* Development and Psychopathology, 26/2, 451–464.

Levin, A. R.; Fox, N. A.; Zeanah, C. H.; Nelson, C. A. (2015): *Social communication difficulties and autism in previously institutionalized children.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54/2, 108–115.

Levin, A. R.; Zeanah, C. H.; Jr., Fox, N. A.; Nelson, C. A. (2014): *Motor outcomes in children exposed to early psychosocial deprivation.* Journal of Pediatrics, 164/1, 123–129.

Lijffijt, M.; Hu, K.; Swann, A. C. (2014): *Stress modulates illness-course of substance use disorders: a translational review.* Frontiers in Psychiatry, 5, 83, DOI: 10.3389/fpsyt.2014.00083.

Loman, M. M.; Johnson, A. E.; Westerlund, A.; Pollak, S. D.; Nelson, C. A.; Gunnar, M. R. (2013): *The effect of early deprivation on executive attention in middle childhood.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54/1, 37–45.

Marusak, H. A.; Etkin, A.; Thomason, M. E. (2015): *Disrupted insula-based neural circuit organization and conflict interference in trauma-exposed youth.* Neuroimage: Clinical, 8, 516–525.

McCrory, E. J.; De Brito, S. A.; Kelly, P. A.; Bird, G.; Sebastian, C. L.; Mechelli, A.; Samuel, S.; Viding, E. (2013): *Amygdala activation in maltreated children during pre-attentive emotional processing.* British Journal of Psychiatry, 202/4, 269–276.

McCrory, E. J.; De Brito, S. A.; Sebastian, C. L.; Mechelli, A.; Bird, G.; Kelly, P. A.; Viding, E. (2011): *Heightened neural reactivity to threat in child victims of family violence.* Current Biology, 21/23, R947–R948.

McLaughlin, K. A.; Fox, N. A.; Zeanah, C. H.; Sheridan, M. A.; Marshall, P.; Nelson, C. A. (2010): *Delayed maturation in brain electrical activity partially explains the association between early environmental deprivation and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder.* Biological Psychiatry, 68/4, 329–336.

McLaughlin, K. A.; Sheridan, M. A.; Lambert, H. K. (2014): *Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience.* Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 47, 578–591.

McLaughlin, K. A.; Sheridan, M. A.; Winter, W.; Fox, N. A.; Zeanah, C. H., Nelson, C. A. (2014): *Widespread reductions in cortical thickness following severe early-life deprivation: A neurodevelopmental pathway to attention-deficit/hyperactivity disorder.* Biological Psychiatry, 76/8, 629–638.

Mehta, M. A.; Golembo, N. I.; Nosarti, C.; Colvert, E.; Mota, A.; Williams, S. C.; Rutter, M.; Sonuga-Barke, E. J. S. (2009): *Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: The English and Romanian Adoptees study pilot.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50/8, 943–951.

Merz, E. C.; McCall, R. B.; Wright, A. J.; Luna, B. (2013): *Inhibitory control and working memory in post-institutionalized children.* Journal of Abnormal Child Psychology, 41/6, 879–890.

Mikulincer, M.; Shaver, P. R.; Pereg, D. (2003): *Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies.* Motivation and Emotion, 27/2, 77–102.

Mizuki, R., Fujiwara, T. (2015): *Association of oxytocin level and less severe forms of childhood maltreatment history among healthy Japanese adults involved with child care.* Frontiers in Behavioral Neuroscience, 9, 138.

Muller, R.; Vascotto, N. A.; Konanur, S.; Rosenkranz, S. (2013): *Emotion regulation and psychopathology in a sample of maltreated children.* Journal of Child & Adolescent Trauma, 6/1, 25–40.

Nelson, C. A., III; Furtado, E. A.; Fox, N. A.; Zeanah, C. H. (2009): *The deprived human brain: Developmental deficits among institutionalized Romanian children—and later improvements—strengthen the case for individualized care.* American Scientist, 97, 222–229.

Nelson, C. A. III; Zeanah, C. H.; Fox, N. A.; Marshall, P. J.; Smyke, A. T.; Guthrie, D. (2007): *Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest early intervention project.* Science, 318/5858, 1937–1940.

Olsavsky, A. K.; Telzer, E. H.; Shapiro, M.; Humphreys, K. L.; Flannery, J.; Goff, B.; Tottenham, N. (2013): *Indiscriminate amygdala response to mothers and strangers after early maternal deprivation.* Biological Psychiatry, 74/11, 853–860.

Ometto, M.; de Oliveira, P. A.; Milioni, A. L.; dos Santos, B.; Scivoletto, S.; Busatto, G. F.; Nunes, P. V.; Cunha, P. J. (2015): *Social skills and psychopathic traits in maltreated adolescents.* European Child & Adolescent Psychiatry (DOI 10.1007/s00787-015-0744-y).

Pears, K. C.; Bruce, J.; Fisher, P. A.; Kim, H. K. (2010): *Indiscriminate friendliness in maltreated foster children.* Child Maltreatment, 15/1, 64–75.

Perry, B. D. (2009): *Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics.* Journal of Loss & Trauma, 14/4, 240–255.

Pollak, S. D.; Cicchetti, D.; Hornung, K.; Reed, A. (2000): *Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect.* Developmental Psychology, 36/5, 679–688.

Pollak, S. D.; Nelson, C. A.; Schlaak, M. F.; Roeber, B. J.; Wewerka, S. S.; Wiik, K. L.; Frenn, K. A.; Loman, M. M.; Gunnar, M. R. (2010): *Neurodevelopmental effects of early deprivation in postinstitutionalized children.* Child Development, 81/1, 224–236.

Roeber, B. J.; Gunnar, M. R.; Pollak, S. D. (2014): *Early deprivation impairs the development of balance and bilateral Coordination.* Developmental Psychobiology, 56/5, 1110–1118.

Rutter, M.; Sonuga-Barke, E. J. S.; Castle, J. (2010): *I. Investigating the impact of early institutional deprivation on development: Background and research strategy of the English and Romanian Adoptees (ERA) Study.* Monographs of the Society for Research in Child Development, 75/1, 1–20.

Schore, A. N. (2001): *Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health.* Infant Mental Health Journal, 22/1–2, 7–66.

Sheridan, M. A.; Fox, N. A.; Zeanah, C. H.; McLaughlin, K. A.; Nelson, C. A., III. (2012): *Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood.* Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 109/32, 12927–12932.

Sheridan, M. A.; McLaughlin, K. A. (2014): *Dimensions of early experience and neural development: Deprivation and threat.* Trends in Cognitive Sciences, 18/11, 580–585.

Shimada, K.; Takiguchi, S.; Mizushima, S.; Fujisawa, T. X.; Saito, D. N.; Kosaka, H.; Okazawa, H.; Tomoda, A. (2015): *Reduced visual cortex grey matter volume in children and adolescents with reactive attachment disorder.* Neuroimage: Clinical, 9, 13–19.

Siegel, D. J. (1999): The developing mind. Guilford Press, New York.

Slopen, N.; Loucks, E. B.; Appleton, A. A.; Kawachi, I.; Kubzansky, L. D.; Non, A. L., Buka, S.; Gilman, S. E. (2015): *Early origins of inflammation: An examination of prenatal and childhood social adversity in a prospective cohort study.* Psychoneuroendocrinology, 51, 403–413.

Slopen, N.; McLaughlin, K. A.; Fox, N. A.; Zeanah, C. H.; Nelson, C. A. (2012): *Alterations in neural processing and psychopathology in children raised in institutions.* Arch Gen Psychiatry, 69/10, 1022–1030.

Stevens, S. E.; Sonuga-Barke, E. J. S.; Kreppner, J. M.; Beckett, C.; Castle, J.; Colvert, E.; Groothues, C.; Hawkins, A.; Rutter, M. (2008): *Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: Presentation and associa-*

tions in early adolescence. Journal of Abnormal Child Psychology, 36/3, 385–398.
STRATHEARN, L.; LI, J.; FONAGY, P.; MONTAGUE, P. R. (2008): *What's in a smile? Maternal brain responses to infant facial cues.* Pediatrics, 122/1, 40–51.
SZVATKÓ A. (2002): *Hiszen ez játék! Szenzoros integrációs terápiák a fejlesztésben.* In: Martonné Tamás Márta (szerk.): *Fejlesztő pedagógia.* Budapest, Eötvös Kiadó.
TARULLO, A. R.; GARVIN, M. C.; GUNNAR, M. R. (2011): *Atypical EEG power correlates with indiscriminately friendly behavior in internationally adopted children.* Developmental Psychology, 47/2, 417–431.
TIETJEN, G. E.; BRANDES, J. L.; PETERLIN, B. L.; ELOFF, A.; DAFER, R. M.; STEIN, M. R.; DREXLER, E.; MARTIN, V. T.; HUTCHINSON, S.; AURORA, S. K.; RECOBER, A., HERIAL, N. A.; UTLEY, C.; WHITE, L.; KHUDER, S. A. (2010): *Childhood maltreatment and migraine (Part I). Prevalence and adult revictimization: A multicenter eadache clinic survey.* Headache, 50/1, 20–31.
TOTTENHAM, N. (2012A): *Human amygdala development in the absence of species-expected caregiving.* Developmental Psychobiology, 54/6, 598-611.
TOTTENHAM, N. (2012B): *Risk and developmental heterogeneity in previously institutionalized children.* Journal of Adolescent Health, 51/2, S29–S33.
TOTTENHAM, N.; HARE, T. A.; MILLNER, A.; GILHOOLY, T.; ZEVIN, J. D.; CASEY, B. J. (2011): *Elevated amygdala response to faces following early deprivation.* Developmental Science, 14/2, 190–204.
TOTTENHAM, N.; HARE, T. A.; QUINN, B. T.; MCCARRY, T. W.; NURSE, M.; GILHOOLY, T.; MILLNER, A.; DAVIDSON, M. C.; EIGSTI, I. M.; THOMAS, K. M.; BOOMA, E. S.; GUNNAR, M. R.; ALTEMUS, M.; ARONSON, J.; CASEY, B. J. (2010): *Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation.* Developmental Science, 13/1, 46–61.
TURSICH, M.; NEUFELD, R. W. J.; FREWEN, P. A.; HARRICHARAN, S.; KIBLER, J. L.; RHIND, S. G.; LANIUS, R. A. (2014): *Association of trauma exposure with proinflammatory activity: A transdiagnostic meta-analysis.* Translational Psychiatry, 4/7, e413.
VAN DEN DRIES, L.; JUFFER, F.; VAN IJZENDOORN, M. H.; BAKERMANS-KRANENBURG M. J.; ALINK, L. R. A. (2012): *Infants' responsiveness, attachment, and indiscriminate friendliness after international adoption from institutions or foster care in China: Application of Emotional Availability Scales to adoptive families.* Development and Psychopathology, 24/1, 49–64.
VAN IJZENDOORN, M. H.; PALACIOS, J.; SONUGA-BARKE, E. J. S.; GUNNAR, M. R.; VORRIA, P., MCCALL, R. B.; MARE, L. L.; BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; DOBROVA-KROL, N. A.; JUFFER, F. (2011): *Children in institutional care: Delayed development and resilience.* Monographs of the Society for Research in Child Development, 76/4, 8–30.
VARGA K. (2011). AZ OXITOCIN MINT NEUROTRANSZMITTER: a perifériás hatókörön túl. Lege Artis Medicinae, 21/12, 779–784.
V. KOMLÓSI, A. (2007): *Napjaink önértékelés-kutatásainak áttekintése: Önértékelés és/vagy önelfogadás.* In: Demetrovics, Zs.; Kökönyei, Gy.; Oláh, A. (szerk.): *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig.* Trefort, Budapest, 20–46.
VORRIA, P.; NTOUMA, M.; RUTTER, M. (2015): *Vulnerability and resilience after early*

institutional care: The Greek Metera study. Development and Psychopathology, 27/3, 859–866.
WEISMAN, O.; ZAGOORY-SHARON, O.; FELDMAN, R. (2012): *Oxytocin administration to parent enhances infant physiological and behavioral readiness for social engagement.* Biological Psychiatry, 72/12, 982–989.
WINNICOTT, D. W. (1999): *Játszás és valóság.* Animula, Budapest.
YAMADA, H.; SADATO, N.; KONISHI, Y.; KIMURA, K.; TANAKA, M.; YONEKURA, Y.; ISHII, Y. (1997): *A rapid brain metabolic change in infants detected by fMRI.* Neuro report, 8/17, 3775–3778.
YAMADA, H.; SADATO, N.; KONISHI, Y.; MURAMOTO, S.; KIMURA, K.; TANAKA, M.; YONEKURA, Y.; ITOH, H. (2000): *A milestone for normal development of the infantile brain detected by functional MRI.* Neurology, 55/2, 218–223.
ZEANAH, C. H.; EGGER, H. L.; SMYKE, A. T.; NELSON, C. A.; FOX, N. A.; MARSHALL, P. J.; GUTHRIE, D. (2009): *Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children.* American Journal of Psychiatry, 166/7, 777–785.
ZEANAH, C. H.; GUNNAR, M. R.; MCCALL, R. B.; KREPPNER, J. M.; FOX, N. A. (2011): *Sensitive periods.* Monographs of the Society for Research in Child Development, 76/4, 147–162.

Az idői mintázódások jelentősége a dinamikus szenzoros integrációs terápiában

Varga Izabella

A Magyar Pszichológiai Szemle 1994. évi 3–4. számában, amelynek az idő volt a fő témája, Kulcsár Zsuzsannától és tőlem is megjelent egy-egy cikk a biológiai ritmusokról. Más-más hangsúlyokkal, de mindketten kultúrantropológiai szemlélettel közelítettük meg a témát. Az ő emlékének szeretném ezt a tanulmányt szentelni.

| Bevezetés

Tér és idő... E két princípium újra és újra útkeresésre, alkotásra készteti az embert. Teremtésmítoszokkal, mesékkel, vallásokkal, filozófiai gondolatmenetekkel, művészetekkel, építészettel, tudománnyal próbálkozott és próbálkozik az emberiség, hogy megközelítse a tér és az idő mibenlétét. Létezésünk térben és időben történik. Ezért úgy tűnhet, hogy e mindig jelenvalók érzékelése, figyelembevétele nem okoz az embernek különösebb nehézségeket. Vagy mégis? Gondoljunk csak arra, hogy milyen fontos motívum az emberiség történetében az itt és most megélése, hogy hány terápiás megközelítés tűzte ezt zászlajára. És ha az itt és most megélése ennyi küzdelemmel jár, felfoghatók-e valaha is emberi elme számára a végtelen és az örökkévalóság, a kezdet és a vég fogalmai? Talán nem. Úgy tűnik, a mindig jelenvaló, ajándékba kapott tér és idő csak teremtéssel lehet igazán az emberé, csak teremtéssel lehet igazán az embergyereké. Erről tanúskodik az emberiség története, ezt támasztják alá a gyermekpszichológia vizsgálódásai.

A tér teremtése visszatérő motívuma a teremtésmítoszoknak. Hol az Isten, hol istenek, félistenek, emberek teremtenek teret, tereket.

A tér teremtésében való aktív részvétel élménye elevenedik meg az ausztráliai nagameni törzs egyik elbeszélésében:

> „Az égbolt egy sátor, melyet az ősök által lenyúzott kenguru kifeszített bőréből készítettek, széleit faékekkel kifeszítették, majd felemelték. Miután az ősök elvégezték munkájukat, megelégedve mondták: »Mostantól az emberek egyenesen járhatnak, s nem kell elrejtőzniük attól félve, hogy az ég leesik.«" (Kállai 1996, 191.)

Míg az ősi közösségekben az ember mindenekelőtt a képzeletével, mítoszokkal, mesékkel teremtett tereket, addig a civilizációk kezdete óta hatalmas építményeket hoz létre. Piramisok, magasba törő tornyok, díszes paloták állnak szerte a világon. Az építkezések motívumai bizonyára szerteágaznak. Szakrális áhítat, alázat éppúgy jelen

volt, mint az építtetők, az építők alkotni vágyása, magasba törése, szembefordulásuk a gravitációval és szembefordulásuk az idő múlásával, az elmúlással.

Forduljunk most az 1960-as évek Amerikája felé. Az óriási metropoliszokban, így New Yorkban, Los Angelesben felhőkarcolók, az ember örök magasba törési vágyának ikonikus alkotásai ágaskodnak. A városok építői úgy érezhették, sokat tettek az ott lakókért. A felhőkarcolók mellett számtalan lakóház, rendezett utcák, jó közművesítés. Mi kellene még?

Edward T. Hall antropológus 1966-ban írt *Rejtett dimenziók* című könyvében különböző kultúrköröket összehasonlítva élesen bírálta az amerikai nagyvárosok akkori építészeti megoldásait. Hiányolta az olyan tereket, amelyekben az emberek aktív, szabad mozgásuk során élhetik meg azt, hogy egy-egy tér valóban a sajátjuk (Hall 1980).

Követendő példának tartotta a japán kertművészetet, ahol a térérzékelésben nemcsak a látás jut szerephez, hanem a többi érzékszerv is, így olyan szintézis jöhet létre, „hogy végül egész testünk egyetlen érzékszervvé válik." (Hall 1980, 208.) Dicsérte a japán terek tervezőit, akik olyan helyekre vezetik az embert, ahol öröme telhet a felfedezésekben.

Hall felteszi a kérdést, vajon lehetséges-e az, hogy a tér a gyógyítás eszköze legyen olyan emberek számára, akiknek a mozgás szabadságának korlátozottsága miatt vannak problémáik.

Könyvének New York-i megjelenésével egyidőben a világ egy másik metropoliszában, Los Angelesben, talán nem is ismerve Hall felvetéseit, már formálódott a válasz: igen, lehetséges az, hogy a teret gyógyításra használjuk. Anna Jean Ayres kutató, gyermekterapeuta újszerű, gyógyító teret hozott létre rendelőjében (Ayres 1972). Olyan teret, ahol a „szenzoros integráció" folyamatában beteljesülhetnek Hall vágyai arról, hogy „egész testünk egyetlen érzékszervvé váljon". Mintegy rímelve egymásra, mindkét szerző fontosnak tartotta a belső motivációt, az örömöt a világ aktív megismeréséhez.

Miközben Ayres újszerű terápiás tereket teremtett, újszerű térhasználatot valósított meg a gyógyító munkában, egy időutazást tett a messzi múltba. Hangsúlyozta, hogy az evolúció nagyon lassú folyamat, és a természet nem könnyen ad föl olyan viselkedésformákat, amelyek millió éveken át hasznosnak bizonyultak a túlélés szempontjából. Érdeklődése középpontjában a törzsfejlődés ősibb szakaszaiban alapvető fontosságú agytörzsi integrálómechanizmusok álltak. Terápiájának egyik sarkalatos gondolata, hogy ezek az ősi beépített mechanizmusok alkotják a mai ember előrehaladottabb képességeinek építőköveit (Ayres 1979).

Bár Ayres évmilliós időutazást tett ahhoz, hogy a gyógyító munka számára újszerű tereket teremtsen, maga az idő motívuma sem az ő munkásságának, sem a szenzoros integrációs terápia későbbi művelőinek nem volt a homlokterében. Pedig úgy tűnik, hogy e terápiás megközelítésben a tér és az idő megélése, a térrel és az idővel való bánásmód egyaránt fontosak.

Jelen tanulmányban az idői mintázódás néhány aspektusával foglalkozom. A téma kultúrtörténeti, biológiai és fejlődéslélektani aspektusainak elemzésével szeretném felhívni a figyelmet e kérdéskör jelentőségére a terápiás munkában.

Időképzetek, időszemléletek az emberiség történetében

Ahogy a mi korunkra, úgy a régebbi korokra is jellemző volt az, hogy az emberek miként viszonyultak az időhöz, milyen képzeteket alakítottak ki róla. Ezek az érzelmekkel mélyen átitatott megközelítések, ha eltérő hangsúllyal is, de mind jelen lehettek az egyes korok embereiben. Így szétválasztásuk, nevén nevezésük, úgy tűnik, sohasem volt könnyű feladat.

Az alábbiakban a *ciklikus* és a *lineáris időszemléleteket* tekintem át történetiségükben, majd érintem az *egzisztencializmus* idővel kapcsolatos gondolatait.

Az ókori görögök két időistenségről beszéltek, Kronoszról és Kairoszról.

Kronoszt az objektíven, személytelenül, feltartóztathatatlanul előre hömpölygő idő istenségének tartják. A mai terminológiát használva gyakran társítják hozzá korunk meghatározónak tartott időképzetét, az ún. *lineáris idő* fogalmát. Az elnevezés hátterében az áll, hogy az állandó sebességű, így bejósolható, a múltból a jövőbe pontosan kiszámíthatóan „haladó", egyenes vonalú, egyenletes mozgás képzete társult hozzá.

Napjainkban gyakran lázadnak az idő lineáris szemlélete ellen. Ennek a kérlelhetetlenül előre haladó, a visszatérést lehetővé nem tevő időélménynek a dominanciája szorongást, az elidegenedés megsemmisítő érzését okozhatja. Vas József (Vas 1994) szerint a visszafordíthatatlanság élménye szerepet játszhat a kóros teljesítménykényszer kialakulásában, amelynek hátterében az állhat, hogy amit most nem teszünk meg, azt már soha nem tehetjük meg. A megnyugtató rend élménye helyett az „örökös időzavar", „az idő szorításának" élményei kerülhetnek az előtérbe. Az üzöttség, a hajszoltság, a kényszeres hajszolás, a beteljesülés élményének hiánya, a létezés hiányélményként való megélése – mindezek jellegzetes tünetei korunk emberének.

Ahogy civilizált világunkban általában, úgy a mai oktatási rendszerben is meghatározó az idő lineáris szemlélete. Hátterében a töretlen egyenes vonalú fejlődés, a folytonos előrehaladás irreális eszményképe állhat. A vissza nem térő idő drága kincs, amelyet arra kell használni, hogy a gyermek fejlődjön, teljesítsen. Ez a szemlélet azzal a veszéllyel jár, hogy a legjobb szándék mellett is figyelmen kívül hagyja a gyermek egyéni bontakozási lehetőségeit és belülről fakadó igényeit.

Kronosszal szemben Kairosz, az idő e másik görög istenségének alakja kevésbé drámai, és úgy tűnik napjainkban is több szimpátiát vált ki. A *kairosz* szó az ógörög nyelvben 'évszakot', a modern görög nyelvben 'időjárást' jelent. Kairoszt egy meztelenül futó fiatalemberként ábrázolják, arcába lógó hajtinccsel, hátul pedig kopaszon. Poszeidipposz versében Kairosz arra a kérdésre, hogy miért lóg a haja az arcába, azt feleli, azért, hogy a vele találkozó megragadhassa, és azért kopasz hátulról, hogy senki, akit egyszer lehagyott, ne foghassa meg hátulról, akármilyen fájdalmasan szeretné is. Kairosz tehát azt várja az emberektől, hogy ismerjék fel azokat a pillanatokat, amelyekben dönteni, cselekedni kell, és így a felelősség vállalásának motívuma is társul hozzá. Kairosz alakja mintha a ciklikus időszemlélethez állna közel, abban az értelemben, hogy a cselekvéseknek rendelt idejük van, és amikor ez eljön, el kell őket végezni.

A *ciklikus vagy cirkuláris időszemlélet* elnevezés onnan ered, hogy ebben a szemléletben meghatározó szerepet játszanak a természet ciklikus változásaihoz kötött cselekvések. Alfred Gell szerint a természettel együtt élő közösségek nem általánosítják az idő fogalmát, semmit sem tudnak arról a szabványosított, mérhető, tárgyiasult

időtartamról, amely a modern városi emberek életét irányítja. Ezzel szemben olyan kollektív képzeteik vannak az időről, amelyek rendszeresen ismétlődő események rendjéből állnak, amelyekre számítanak, és amelyek köré az egyéni és csoportos tevékenységeiket tervezik (Gell 2000).

Henri Hubert és Marcel Maus (Huber, Maus 2000) a vallásokban és a mágiában jelen lévő időképzeteket vizsgálva kiemelték, hogy itt az idő folytonosságát a rituális cselekvések és a cselekvési tilalmak által meghatározott kritikus időpontok, minőségi momentumok szakítják meg. (A tanulmányt az 1900-as évek elején írták.) Elemzésük szerint a rítusok egészen a következő rítusokig útmutatást, előrejelzést adnak az elkövetkező idők számára. Úgy látják, hogy a mágia és a vallás számára az időegységek nem mértékegységek, hanem egy ritmus egységei, így a vallásban és a mágiában a naptár célja nem az, hogy mérje az időt, hanem hogy ritmizálja.

Érveket sorakoztatnak fel amellett, hogy a lineáris időszemlélet a ciklikus időszemléletből fejlődött ki. Ennek kapcsán írnak az ősi naptárakról, amelyek napról napra rögzítették a mágikus-vallási előrejelzéseket és előírásokat. Így „az idő minőségeinek törvénykönyvét" látják bennük, amely biztosította a rítusok periodikus ismétlődéseinek a rendjét. Elemzésük szerint a kitüntetett időpontok sokasodása, a megszámlálható részek fokozatos differenciálódása vezetett el ahhoz az absztrakciós munkához, amelyből az objektív, mennyiségi és elvont idő fogalma kikerekedett.

Az idő fogalmának egy újabb, a fentiekkel egybecsengő dichotómiája az antropológus és vallástörténész Mircea Eliade nevéhez fűződik (Eliade 1993; Eliade 1999). Eliade a múlt század jelentős kutatója, elméletalkotója volt, aki jó barátságban volt Carl Gustav Junggal, dolgoztak is együtt. Közös érdeklődési körük az archetípusok, az archetipikus helyzetek voltak. Eliade munkásságában kitüntetett szerepet töltött be az időhöz való viszonyulás kérdésköre, és ennek kapcsán behatóan foglalkozott az archaikus népek időélményeivel.

„A világot meg kell alapítanunk, hogy élhessünk benne." (Eliade 1999, 16.) E mondatát választhatnánk Eliade gondolatvilágának mottójául. Hol, mikor és hogyan történik ez a világalapítás? A választ keresve hívja segítségül Eliade a „szent idő" és a „profán idő" dichotómiáját. Fejtegetéseit a következőkben foglalhatnánk össze: A világ alapítása, a világ teremtése nemcsak a térre vonatkozik, hanem az időre is. A világ, és ezzel együtt az idő teremtése az ünnepek szent, „őseredeti" idejében történik a teremtéstörténet, a kozmogónia megismétlésével. Az „eredetidő" fellelésével eltörlődik a profán idő, és az ember a mitikus időben vesz részt. Ilyenkor az ünnep résztvevői a mitikus esemény, a kozmogónia kortársaivá válnak. Az idő újra meg újra történő megújítása, újrateremtése archetipikus mágikus cselekedetek ismétlésével zajlott. E szimbolikus részvétellel a világ megsemmisítésében és újrateremtésében maga az ember is újrateremtődött, újjászületett. A káoszba való visszatérést az új teremtés követte. Ezen motívumok mentén hathatnak az ősi gyógyító rítusok is, amelyek központi részeként gyakran elmondják a teremtésmítoszt.

Eliade szerint az archaikus közösségek vallásos embereit a világra nyitott létezés jellemzi. Nyitottak a kozmikus történésekre, amelyeknek felveszik a ritmusát, és amelyek teremtésében rítusaikkal részt vesznek, és nyitottak közvetlen világukra is, részt vállalva a gyermekek, a növények és állatok életének védelmében.

Az ünnepek tehát lehetőséget teremtenek arra, hogy az ember a „profán" időből átlépjen a „szent" időbe. Az ünnepek rituáléiban a természet kozmikus változásainak analógiájára megtörténhet az „örök visszatérés" a létezés kezdeteihez. Az archaikus közösségek „időmegújító" rítusaik révén újból és újból visszatérnek az eredetekhez, „egyfajta kiinduló helyzetbe", „az őseredeti időbe", hogy részesedjenek a teremtésben, a születésben, hogy megtörténjen „az időnek a kezdetektől való megismétlése". Ez az örök visszatérés hordozza magában az újjászületés, az újrakezdés, a változás és gyógyulás lehetőségeit.

Eliade könyveit olvasva érezhetjük azt, hogy bár a létezés lényegi mozzanatait érintik, okfejtésekkel ezek nehezen ragadhatók meg. A tér, az idő, az emberek világot és önmagukat megteremtő mágikus cselekedetei az őseredeti állapotba való visszatéréskor – mindezek egymást feltételezik, és több szálból fonódó szőttest alkotnak. Tér és idő teremtése mágikus cselekedetekkel történik, miközben ezek a mágikus cselekedetek a kozmikus történésekből születnek. Az örök visszatérés rendje, és mégis állandó gomolygás.

Eliade szerint az archaikus társadalmak elvetik a lineáris időszemléletet. Általánosan elfogadott (Eliade 1993; Zsinka 2012), hogy az ősibb vallások időszemléletével szembehelyezkedve a történelmiséget előtérbe helyező ún. lineáris időképzetet, a mai értelemben vett „konkrét időt" a zsidó-keresztény vallás teremtette meg. A zsidó vallásban merült fel hangsúlyozottan az a motívum, hogy a történelem folyamán az események egy isten, *az* Isten akaratából történnek. Az egyik kiemelkedő eseménynek tekintik, amikor Jahve megakadályozta, hogy Ábrahám feláldozza Izsákot. A történelmi szemlélet a keresztény vallásban Krisztus életével és halálával teljesedett ki.

> „...Krisztus bűneinkért csak egyszer, de »egyszer – mindenkorra« halt meg. S ez az esemény többet meg nem ismételhető, többször nem teremthető újjá. Így a történelem folyását egy különleges és teljesen egyedülálló esemény irányítja és kormányozza. A történelemnek és az időnek ezt az egyenes vonalú felfogását már a II. században felvázolta Lyoni Szent Irenaeus, később Szent Vazul és Szent Gergely gondolta tovább, de végleg Szent Ágoston dolgozta ki." (Eliade 1993, 206–207.)

Az elmúlt két évezred történelméből talán önkényesen emelem ki az alábbiakban két útkereső gondolkodó, Szent Ágoston és Giordano Bruno alakját. Azért teszem ezt, mert számomra írásaikkal és egész életükkel a vajúdás folyamatában mutatták meg egy-egy világszemlélet, és ezen belül egy-egy időszemlélet gyötrődő születését.

Az Észak-Afrikában született Szent Ágoston (354–430) egy olyan korban élt, amelyben a kereszténység már kezdett megerősödni Európában, de amelyet még mindig a különböző szellemi áramlatok, szekták egymással és a kereszténységgel vívott harcai jellemeztek. Szent Ágoston *Vallomások* című könyvében (Augustinus 1982) ír gyermekkoráról, ifjúságáról, gyötrődő útkereséseiről. Megkeresztelkedéséig egy manicheus szekta tanításai voltak rá hatással, amelyek bővelkedtek furcsa, gyakran kicsapongó mágiákban, pénzkeresésre használt csillagjóslásokban. Megkeresztelkedése után ellenük fordult, mondván, hogy mágiákkal nem lehet befolyásolni a jövőt, és a csillagok állása nem határozhatja meg városok, emberek sorsát, mert erre

csak az örökkön létező Isten lehet képes. Öröklétű Isten és a múltban, jelenben, jövőben, vagyis a történelemben létező ember – ezt helyezte Szent Ágoston szembe az ősibb, mágikus gondolatvilágon alapuló ciklikus időszemlélettel.

„Az idő jelentőségét és természetét szomjazom megtudni" – szól sokat idézett mondata (Augustinus 1982, 369.). Az idő jelentőségét és természetét kutatva Szent Ágoston mindvégig vívódott, és több mint 1500 év távlatából ez a gyötrődő útkeresése tűnik a legértékesebbnek. Az idővel kapcsolatos élményeinek alapmotívuma, hogy az idő megélése nem eleve adott számára. Hétköznapi szemmel egyszerűnek tűnő kérdéseken vívódott. Hogyan születik meg a múltból a jelen, létezik-e egyáltalán jelen, amely ahogy megszületik, máris tovaillan, majd miként lesz a jelenből jövő? Mi is az a lineáris idő? – fordíthatnánk mai szóhasználatra.

Gondolatmeneteit újból és újból ellentmondások, kételkedések feszítik szét, nyelvezete szaggatott, lírai hangvételű. A múlton, jelenen és a jövőn töprengve derealizációs és deperszonalizációs élményeket, a belső dezorganizáció állapotait éli meg.

A „múló idő" lényegét „a szüntelenül álló örökkévalósággal" szemben próbálja meghatározni. Hiába azonban az álló örökkévalóság, a múló időnek múltból, jelenből és jövőből fűzött füzére újra és újra szétszakad benne.

> „Nyilvánvaló, hogy minden múltat kerget a jövő és minden jövő a múltból következik és minden múlt és minden jövő a mindig jelenvalóból nyeri létezését, belőle fut elő." (Augustinus 1982, 355.)

Múlt, jelen, jövő itt mintha egy füzért alkotnának számára, a „lineáris időt". Aztán ez a füzér mintha széthullana, amikor „a három különféle időről" ír.

> „Mi az idő? Ha senki nem kérdezi tőlem, akkor tudom. Ha azonban kérdezőnek kell megmagyaráznom, akkor nem tudom. Mégis nagy merészen állítom: tudom, ha semmi el nem múlnék, nem beszélhetnénk múlt időről, ha semmi nem következnék, nyomát sem lelnénk jövő időnek és ha semmi sem volna jelen, hiányozna akkor a jelen idő. Ámde miképpen van ez a két idő, múlt és jövő, ha a múlt már nincsen és a jövő még nincsen? A jelen pedig, ha mindig jelen maradna, s nem zuhanna a múltba, nem idő volna, hanem örökkévalóság. Ha tehát a jelen csak úgy lehet idő, ha múltba hanyatlik, miképpen mondjuk róla, hogy létezik? Hiszen létezésének oka éppen az, hogy nem lesz. Nem mondjuk tehát valóságos időnek, csak úgy, ha arra törekszik, hogy majd ne legyen." (Augustinus 1982, 358–359.)

Mintha ezeket a kínzó érzéseket az idő mérésével győzhetné le. Újból és újból elmélkedik azon, hogyan is mérhető az „elszálló idő" (Augustinus 1982, 366.), amely létezik is, meg nem is.

Felismerve, hogy az időt saját magában méri, Szent Ágoston végül mintha nyugvópontra jutna. Önmagát, saját lelkét megszólítva mondja:

> „Benned mérem lelkem az időt. Ne szólj ellenem, vagyis ne viaskodj magaddal benyomásaid tömege nyomán. Mondom, benned mérem az időt. A múló dolgok benyomást gyakorolnak reád és ez akkor is megmarad, ha tovaillannak ezek a dolgok: ezt mérem, mint jelen valamit. Nem a dolgokat, melyek tovaszállnak, hogy ez a benyomás világra jöhessen, hanem magát ezt a benyomást mérem, mikor az időt mérem." (Augustinus 1982, 375.)

Szent Ágoston tehát a „múló", „szüntelenül tovahulló" lineáris időképzet mellett megteremtette annak az embernek a képzetét is, aki a sodrásból kiemelkedve saját benyomásaira támaszkodva méri az időt, és emlékezik.

„Ó, én összegubancolódott útjaim" (Augustinus 1982, 177.) és „íme, szétszóródás volt az életem" (Augustinus 1982, 378.), vallja Szent Ágoston sorsáról. Összegubancolódott utak, szétszóródott élet és a megfeszített szellemi erőfeszítés a létezés folytonosságának megéléséért. Mindezek együtt jelentenek hiteles vallomást a gyötrődő vajúdásról, amely során megszületett benne az idő lineáris képzete.

Giordano Bruno a gondolat szabadságának mártírjaként vált ismertté az utókor számára. 1548-ban született Nápoly közelében. Hányatott, nyugtalan élete 1600-ban Rómában ért véget, ahol eretnekség vádjával máglyán égették el. 1889-ben Rómában azon a téren, azon a helyen, ahol meghalt, szobrot emeltek az emlékére. Mik is voltak Giordano Bruno gondolatai? Buday József (Buday 1889) a szoborállítás alkalmából írt értekezést Giordano Bruno emberi alakjáról, gondolatvilágáról és a korról, amelyben élt és meghalt. Írásában Giordano Bruno „egy hirtelen, zajosan erjedő korszak szülötte volt", „egy nyugtalan harcos" „költői lelkülettel, érzelmektől duzzadó szívvel, túláradó nyelvezettel". Rajongott a természetért, ez végigkísérte egész életét. A katolikus vallás akkori megkövült, kiüresedett dogmáival, a vallásgyakorlás fonákságaival domonkos rendi szerzetesként szembesült. Áttért a kálvinista, majd az evangélikus hitre, de ezek sem adtak számára megnyugvást. Mint a reneszánsz embere, régebbi világok felé fordult, és az ókori Egyiptom mágikus hitrendje iránt lelkesedett. Praktizáló mágus volt, és hitt a lélekvándorlásban. Az inkvizíció előtt a legnagyobb bűne az lehetett, hogy tagadta Jézus isteni mivoltát, tagadta a történelemben egyszer megtörtént megváltást. Panteista hite szerint Istent a mindenségben mindenütt jelen lévő világlélekként, világszellemként élte meg, aki az univerzumot belülről történő bontakozással (explicatio ab intra) hozza létre.

Giordano Bruno ismerte Nikolausz Kopernikusz heliocentrikus világképét, ő azonban még tovább ment. Az univerzumot középpont nélküli végtelennek gondolta, amelyben minden állandó mozgásban van.

> „Csak egy ég, csak egy végtelen világtér, csak egy mindent felölelő kebel, csak egy aetherregio van. Az ebben mozgó végtelen számú csillagok, csillagzatok, égi testek, napok és földek egyike sincs a középpontban, mert az univerzum végtelen. Az univerzumnak annyi középpontja van, a hány csillag, világtest vagy atom van." (De immenso et innumerabilibus sive de universo et mundis, idézi Buday 1889, 280.)

Az újszerű tér- és időszemlélet egyszerre jelent meg Giordano Brunonál. Tagadta, hogy a mindenségnek egyetlen központja volna, és tagadta, hogy a történelemben létezne egyetlen meghatározó, viszonyítási alapként szolgáló esemény. Úgy tűnik,

joggal mondhatjuk azt mai szóhasználattal, hogy a lineáris időszemlélet ellen fordult. Ezt támasztja alá vonzódása a mágikus gondolatvilághoz, amely közel áll a ciklikus időszemléleten alapuló vallásokhoz, és idegen a keresztény vallás filozófiájától.

Míg Szent Ágostonban „a szüntelenül álló örökkévalóság" hátterén születhetett meg a lineáris idő képzete, Giordano Bruno szüntelenül mozgó örökkévalóságában az egész mindenség mozgásban, állandó változásban van. Világképéből úgy tűnik, hiányzott az a háttér, az a viszonyítási alap, amely nélkül a lineáris idő értelmezhetetlen. Ahol pedig nincsenek viszonyítási alapok, kapaszkodók, ott felértékelődhet a belülről történő bontakozás, a saját kezdeményezés eszménye, előtérbe kerülhet a mágikus világkép. Napjainkban egyre nagyobb teret hódít a multiverzumok, a párhuzamos univerzumok világképe, amely rímel Giordano Bruno világképére. A multiverzumok világával tudományos értekezések foglalkoznak, és témái a tudományos-fantasztikus irodalomnak és filmművészetnek.

Giordano Bruno gondolatvilága, lénye és sorsa hatott az újkor eszmevilágát meghatározó filozófusokra. Baruch Spinoza, Arthur Schopenhauer, majd Friedrich Nietzsche, Søren Kierkegaard nevét említhetjük a teljesség igénye nélkül.

Kierkegaard, a 19. század első felében élt gondolkodó nevével elérkeztünk az egzisztencialista filozófiai áramlathoz, amelynek elindulását az ő nevéhez kötik. Kierkegaard saját léthelyzetét elemezve jutott el a szorongás motívumához, amely szerinte kivédhetetlenül ered ittlétünk végességéből. *Félelem és reszketés* – ez a címe egyik nagyhatású munkájának (Kierkegaard 1986).

A már a 20. században alkotó Martin Heidegger (Heidegger 2004) a „világba vetettségünk", „a semmiből a semmibe vetettségünk" kifejezésekkel fűzte tovább e motívumot. Ez a kapaszkodók nélküli ittlét élménye vezetett el a fenomenológiai szemlélethez, amelyben az egyéni létélményeket, a létezés kihívásaira adott válaszok egyéni vizsgálatát helyezik az előtérbe (Yalom é. n.). Ludwig Binswanger, a Svájcban dolgozó egzisztencialista pszichiáter a skizofrén betegeknél gyakori időélményt így írta le:

> „A lét itt nem folytonosan, folyamatosan érlelődik, állandóan a jövőbe nyúlva, hanem váratlanul, szaggatottan, hirtelen fordulatokkal, derékba törésekkel, azonnali erőkifejtésekkel, próbálkozásokkal." (Binswanger 1957, 256.)

Ezek a motívumok gyakori létélményei korunk emberének. Binswanger szerint annyi tér- és időszemlélet létezik, ahány ember. Ez a megközelítés az egyéni létélményeket, azok mintázatainak sokszínűségét tekinti kiindulópontnak, így irányadó lehet korunk terápiás próbálkozásai számára.

Az időképzetekről elmélkedve eljutunk ahhoz a kérdéshez, hogy ezek a képzetek mikor bukkanhattak fel az emberiség történetében.

A legrégebbi a „világba vetettség" miatti egzisztenciális szorongás lehetett, amelynek gyökerei már az állatvilágban megtalálhatók. A menekülési, a megküzdési és a holttá tettetési reakciókat, vészreakciókat az élet védelmében Walter Bradford Cannon írta le (Cannon 1932). Ennek az általános adaptációs szindrómának, valamint a krónikus stressz szindrómának a hatásmechanizmusait Selye János elemezte részletesen stresszelméletében (Selye 1964; Csaba 2007). A régmúlt idők emberei, hasonlóan

ahhoz, ahogyan ez a modern kori egzisztencialisták írásaiban kifejezésre jut, megélhették „világba vetettségüket", és ők is érezhettek szorongást emiatt.

Minden bizonnyal az ősi közösségek is rendelkeztek már a lineáris időszemlélettel, amely nélkül közösségi életük, mindennapi tevékenységük nem működött volna.

A keresztény vallás – amelynek szemléletében fontos szerepet játszik a történetiség, a lineáris időképzet – ünnepeiben megtartotta a ciklikus időképzet „örök visszatérés" motívumát.

A különböző időszemléletek vegytiszta formájukban talán sehol nem fordultak elő az emberiség történetében. Létezésükre, úgy tűnik, leginkább szellemi áramlatok között vívott harcok hívják fel a figyelmet, amelyekben az idő motívuma, ahogy láttuk, egy komplexebb tematika részeként merül fel.

Egy fekete-fehér fényképen Giordano Bruno szobrának sötét sziluettje az alkonyi felhőkre rajzolódik. Mint egy útszéli Krisztus-kereszté. A kereszt és tűz, a teljesség e szimbólumai az égen talán eggyé olvasztják az idő és a tér ember alkotta képzeteit.

Szent Ágoston és Giordano Bruno költői írásaiban két világszemlélet, és ebben két időszemlélet vajúdása, a gyötrődő útkeresés fogalmazódik meg. „Összegubancolódott utak", „szétszóródás" volt a sorsa mindkettőjüknek. Talán ezért is kutatták olyan szenvedélyesen létezésünk alapvető kérdéseit.

Hermann Imrének (Hermann 1984; Hermann 1988), a magyar pszichoanalízis e meghatározó egyéniségének munkásságát a szintézisekre való törekvés jellemezte. Elméletalkotásai során merített az etológia, a biológia, a kísérleti pszichológia eredményeiből, mindenekelőtt pedig a hozzá forduló páciensek élményvilágából. *A pszichoanalízis mint módszer* című könyvének (Hermann 1988) egyik fő motívuma, hogy miként segíthet a pszichoanalízis a lelki folytonosság megélésében. Hol lehet egy-egy élmény, esemény helye a lelki élet folytonosságában? Úgy látta, ezt a helyet hiába keresnénk egyenes vonalakon. Sokkal inkább „egy ágas bogas kanyarulatos görbe" mentén vezet az út. A hely pedig, amelyet az élmény elfoglal, „egy mindenfelé szétágazó, számtalan fonállal összeszövődött sűrűsödés a lélek szövedékében." (Hermann 1988, 119.)

Hermann gondolatvilágában a lelki történések folytonossága nem írható le egyenes utakkal, szabályos alakzatokkal. Talán inkább Szent Ágoston összegubancolódott útjaival. Egy-egy emberi sors, ezen belül egy-egy ember tér- és időszemlélete mintha megérthetőbb lenne ezzel a szemlélettel.

Az idői mintázódások biológiai megközelítése

Az alábbiakban a biológiai órákra vonatkozó szerteágazó kutatásokból emelek ki néhány fontosnak vélt adatot, összefüggést. Részletesebben foglalkozom az időzítés problémakörével, amely alapmotívuma a kronobiológiai kutatásoknak. A fejezet utolsó részében párhuzamokat, összefüggéseket keresek a biológiai kutatások, elméletek és a ciklikus időszemlélet között.

Forduljunk most lineáris időszemlélettel Földünk története felé, és tallózzunk a világhálón Földünk idővonala témakörében. Számomra a következő kép körvonalazódott: a Föld korát úgy 4,5 milliárd évre teszik, és még ennyi időt jósolnak neki. Úgy 3,5 milliárd éve alakult ki az élet az ősóceánokban, és 375 millió éve hódították meg a szárazföldet a gerincesek. Kezdetben 22 órásak voltak a napok. Körülbelül 47 millió éve változott a Föld forgási sebessége, és azóta 24 órás egy nap. A mai ember családfáját úgy 6 millió évvel ezelőttől számítják. A közvetlenebb őseink, a homo habilis és a homo erectus úgy 2 millió évvel ezelőtt már élhettek, és 70 000 éve hagyhatták el a homo sapiens első csoportjai Afrikát, hogy benépesítsék a bolygó többi kontinensét.

Emeljük ki az idővonalból azt a momentumot, amely úgy 47 millió évvel ezelőtt történhetett, amikor a Föld forgási sebessége lelassult, és így 22 óra helyett 24 órásak lettek a napok. Bódizs Róbert alváskutató szerint mivel az élőlények, így az ember biológiai órái is nagyon konzervatív molekuláris mechanizmusokon alapulnak, a Föld forgásának további lassulása esetében az emberek belátható időn belül maximum a 25 órás naphoz tudnának alkalmazkodni (Bódizs 2012).

De mik is ezek a biológiai órák?

A biológiában használatos a *fotoperiodikus történet* kifejezés, melynek jelentése, hogy az élőlények milyen válaszokat adnak a fény és a sötétség mintázataira. A növénytermesztésben ennek régóta figyelmet szentelnek. Az is régóta ismert, hogy az állatvilágban is jelentősége van a fotoperiodikus történetnek. Ideje van annak, hogy mikor hogyan kell viszonyulni a világhoz, mikor mit kell tenni, legyen szó nappalokról és éjszakákról, legyen szó évszakokról. Így ideje van az éberségnek és a pihenésnek, a párzásnak és a születésnek, a vastag bunda növesztésének és a vedlésnek (Kiss 2007; Lanszki 2000).

A költő nyelvezete talán kifejezőbb, mint a tudományos nyelvezet. Radnóti Miklós *Naptár* című verséből idézünk:

Február

Újra lebeg, majd letelepszik a földre,
végül elolvad a hó;
csordul, utat váj.
Megvillan a nap. Megvillan az ég.
Megvillan a nap, hunyorint.
S íme fehér hangján
rábéget a nyáj odakint,
tollát rázza felé s cserren már a veréb.

A biológiai órák modernkori kutatása a múlt század második felében vett lendületet. A kronobiológia tudományának megszületését az USA-ban dolgozó Franz Halberghez kötik. Tőle származik a latin eredetű *cirkadián ritmus* elnevezés, amelynek jelentése 'körülbelül egy napos ritmus'. Halberg az 1950-es és 60-as években publikálta akkor forradalminak számító eredményeit arról, hogy a különböző fiziológiai mu-

tatók működése nap mint nap rendszeresen ismétlődő ritmicitást mutat (Halberg et al. 2003).

Azóta a kronobiológia dinamikusan fejlődő tudományággá nőtte ki magát. Megjelent a kronomedicina, mint önállóságra igényt tartó szakterület (Erren e al. 2012), amely időközben kedvelt témájává vált az életmóddal és egészséggel foglalkozó magazinoknak is.

A cirkadián ritmusok kutatásában mérföldkövet jelentett a *melatoninhormon* felfedezése. Aaron B. Lerner az ökör tobozmirigyéből kivont hormont melatoninhormonnak nevezte el (Lerner, Case, Takahashi 1960). Harry J. Lynch és munkatársai (Lynch et al. 1975) kimutatták, hogy az emberi tobozmirigyben a melatonintermelődés cirkadián ritmust mutat. Éjszaka, sötétben termelődik, míg fényben, nappal szinte egyáltalán nem termelődik. Általánosan elfogadott, hogy a melatoninhormon kémiai jellegénél fogva képes az egész szervezetet behálózó, átfogó hatások kifejtésére (Pierpaoli, Regelson 1999). Az 1990-es években Dun-Xian Tan és munkatársai felfedezték a melatonin antioxidáns hatását (Tan et al. 1993). Azóta kimutatták, hogy bár a melatoninhormont döntő mértékben a tobozmirigy termeli, más szervekben is termelődik, így a belekben (Bubenik 2001), a bőrben (Slominski et al. 2002) és a szemben (Brennan, Jan, Lyons 2007).

A *tobozmirigy* (corpus pineale) egy kis ovális alakú páratlan szerv az agyban középponti elhelyezkedéssel. Régóta tulajdonítanak neki kitüntetett szerepet. A hindu misztikusok úgy gondolták, hogy a lélek ezen a szerven keresztül távozik a testből, és összefüggésbe hozták a belső látással, az ún. harmadik szemmel. Ismert René Descartes dualisztikus felfogása a testről és a lélekről. Ő úgy gondolta, hogy a lélek a tobozmirigyben lakik, és innen ad utasításokat a mozgatórendszernek. Híres ábrája szerint a tobozmirigy a szemből kap információkat – ami megegyezik a mai tudásunkkal (Lokhorst 2015).

Az utóbbi évtizedek kutatásai nyomán vált nyilvánvalóvá a tobozmirigy fontos szerepe abban, hogy miként, milyen testi történésekkel, milyen lelkülettel vagyunk jelen a világban.

Valamennyi – akár nappali, akár éjszakai – gerinces közös jellemzője, hogy az éjszaka folyamán tobozmirigye melatoninhormont termel. A melatonintermelést a fény gátolja, így természetes körülmények között az éjszaka pihenő és éjszaka aktív fajoknál is az éjszakai sötétség beállása után kezd el termelődni. A „melatoninjel" egyik fontos jellemzője, hogy időtartama tükrözi az éjszaka hosszát, így a melatonin a sötétség kémiai meghatározását szolgáltatja. A jel kémiai jellege lehetővé teszi, hogy a legkülönbözőbb folyamatokat kódolva segítse elő a szervezet összehangolt működését. Ezért a tobozmirigyet a szervezet egyik „mesterórájának", „karmesterének" is szokták nevezni (Bódizs 2009).

A melatonin természetesen a szervezet egészével együttműködve fejti ki „karmesteri" hatását. Az utóbbi években e bonyolult kölcsönhatások, visszacsatolási mechanizmusok, a cirkadián ritmusok molekuláris fiziológiájának részletekbe menő vizsgálata határozza meg a kutatások interdiszciplináris arculatát (Reppert, Weaver 2001; Weaver, Dallmann é. n.)

A gerincesek egy másik fontos „mesterórája" a szuprakiazmatikus mag (SCN),[1] amely a retina fényérzékeny sejtjeiből kap impulzusokat. A fényinformáció, amely a szinkronizációt biztosítja a külső környezet és a szervezet belső működése között, a monoszinaptikus retinohipotalamikus pályán jut el a retinából a SCN-be. A SCN-ből a gerincvelőn át többszörös átkapcsolással továbbítódnak az impulzusok a tobozmirigybe, amely sötétség esetén melatoninhormont termel (Bódizs 2009).

A melatonintermelést több tényező határozza meg. Legfontosabb a fény-sötétség váltakozásának ritmusbeállító tevékenysége, de lényeges szerepet játszik a SCN és a tobozmirigy saját endogén ritmusa valamint a szervezet egészének állapota, és az egyes szervrendszerek működése. Ma általánosan elfogadott, hogy a melatoninhormon fontos szabályozó szerepet tölt be a szervezet különböző funkcióinak az összehangolásában. Jelentős a szerepe az alvás és az ébrenléti állapotok idői mintázódásának szabályozásában, szabályozó szerepet tölt be az energiaszintek beállításában, a táplálkozásban, de a téli álomnak, a vándormadarak útrakelésének az időzítésében is. A koordinálószerepben kiemelt jelentőségűnek tekintik a melatonin hatását a hipotalamusz–hipofízis-tengelyre. A hipotalamuszon és a hipofízesen kívül magas affinitású kötési területek találhatók a striátumban, amely a mozgás szabályozásában tölt be fontos szerepet, továbbá a memória szervezésében jelentős hippokampuszban (Walton 2013).

A melatonintermelést a fény-sötétség viszonyok mellett a hőmérséklet is befolyásolja. Természeti körülmények között a meleg nappal és hideg éjszaka koherens mintázatot mutat. Azonban laboratóriumi körülmények között a két komponens manipulálása – így a hideg nappal és meleg éjszaka – megváltoztathatja a melatoninritmust (Knaepen, Weyers 1988; Knaepen, Weyers 1989).

A kronobiológiai kutatások egyik kérdése, hogy miként egyeztethető össze a homeosztázis elvével az, hogy az élő szervezet különböző időszakokban különböző módon működik. A homeosztázis elvét Cannon (Cannon 1932) óta az élettan egyik legfontosabb alapelvének tekintik, és így döntő mértékben határozta meg a biológiai kutatások arculatát. Eszerint az élet feltétele, hogy az organizmusok belső környezetüket oly módon szabályozzák, hogy annak egy stabil állapotát, azaz az egyes paraméterek jellegzetes mintázatát tarthassák fönn. Ezt a dinamikus állandóságot a szervezet önszabályozó működése teszi lehetővé (Bódizs 2009).

Herbert Weiner (Weiner 1989) a pszichoszomatikus orvoslás egyik úttörő egyénisége a gyógyító tevékenység szemszögéből közelítette meg az állandóság és a váltakozó ritmusok motívumát. Paradigmaváltást sürgetett a biológiai kutatásokban, mégpedig a homeosztázis egyeduralmi elvének a meghaladását. Nem tagadva a homeosztázis érvényességét és fontosságát, úgy látta, hogy az általa sürgetett paradigmaváltás lényeges implikációkat tartalmazhat a gyógyítás számára. Szerinte ugyanis a homeosztázis elvének dominanciája azzal járt, hogy a biológiában elsősorban stabil állapotokat kerestek, és az ezektől való eltéréseket gyakran a normáktól való patológiás eltérésként értelmezték. Holott a szervezet igazi stabilitását nem egy bizonyos állapot fenntartása, kimerevítése jelenti, hanem az, hogy felkészül, alkalmazkodik a környezet változásaihoz. Az élő szervezetben maguknak a változásoknak van egy felismerhető mintázatuk, amely mintázat igen stabil. Ezek a ritmikus változások fontos szerepet töltenek be a szervezet stabilitásának biztosításában, ugyanakkor mivel dinamikusak, képesek a változásra. Hangsúlyozta, hogy a különböző funkciók csak akkor tudnak adaptív módon koherens ritmikus mintázatokká szerveződni, ha mind a szervezeten belül, mind a szervezet és a környezet között árnyalt és sokszintű a kommunikáció.

1 SCN – suprachiasmatic nucleus.

Weiner tanulmányának egyik fontos motívuma, hogy bármilyen betegségről is legyen szó, a gyógyításban fontos a biológiai ritmusok egyéni mintázatainak figyelembevétele, tiszteletben tartása. „Ezen újszerű gondolkodásmód szerint saját jogukon vizsgálhatjuk az egyéni különbségeket, nem kell őket többé zavaró tényezőknek tekinteni, nem kell őket többé átlagolással eltűntetni." (Weiner 1989, 630.)

A látszólagos ellentmondást a homeosztázis elve és az élő szervezet ritmikusan változó működése között Martin Moore-Ede a „prediktív" és a „reaktív" homeosztázis kifejezések bevezetésével oldotta fel (Moore-Ede 1986, idézi Bódizs 2009). A koncepció szerint a várható eseményekre – mint amilyen a fény és a sötétség váltakozása is – a prediktív, előrejelző homeosztázis hatékonyabb alkalmazkodást tesz lehetővé, mintha a szervezet csak utólagosan reagálna, alkalmazkodna a változásokhoz.

Az a gondolat, hogy korunk jellegzetes betegségeinek kialakulásában szerepet játszanak a biológiai ritmusok zavarai, nem új keletű. Így Walter Pierpaoli és William Regenson könyvében is olvashatunk erről (Pierpaoli, Regelson 1999). E témakör egyes aspektusainak mélyreható elemzése található Kulcsár Zsuzsanna már említett tanulmányában (Kulcsár 1994). Újabban Halmos Tamás és Suba Ilona összefoglaló munkájukban számos betegséget, így a szív- és érrendszeri betegségeket, anyagcserezavarokat, onkológiai folyamatokat, mozgásszervi megbetegedéseket, időskori degeneratív agyi folyamatokat, mentális kórképeket elemeznek ebben a vonatkozásban (Halmos, Suba 2013).

Kiemelt fontosságúak a hormonrendszer és az immunrendszer kölcsönhatásaival foglalkozó kutatások. Így Pierpaoli és Regenson a neuroendokrin és az immunrendszer kölcsöhatásait kutatva ismerték fel a két rendszer működését koordináló „karmesternek", a biológiai óra szerepét betöltő melatoninhormont termelő tobozmirigynek a jelentőségét. Lényegesnek tartották a melatoninnnak az immunrendszert és az antioxidáns enzimeket aktiváló hatását (Pierpaoli, Regelson 1999).

A hormonrendszer és az immunrendszer kölcsönhatásainak kutatásában kiemelkedő eredményeket ért el Csaba György és munkacsoportja. Egyik jelentős vizsgálatukban kimutatták, hogy a tobozmirigy újszülött kori eltávolítása után a patkányoknál jelentős morfológiai elváltozások mutatkoznak a csecsemőmirigyben és a pajzsmirigyben (Csaba, Baráth 1975). Csaba az elmúlt 40 év kutatásairól ad áttekintést azzal kapcsolatban, hogy a tobozmirigy milyen mechanizmusokon keresztül befolyásolhatja az immunrendszer működését (Csaba 2013b).

Korunk jellegzetes betegségeinek megértésében tehát egyre fontosabb szerephez jutnak a biológiai ritmusokkal kapcsolatos kutatások. A feltárt összefüggések figyelmeztetnek arra, hogy természet és ember kapcsolatában komoly változásokra lenne szükség. Az emberek életvitele és a gyógyító tevékenység szemlélete és gyakorlata azonban mintha lassan változna.

A dinamikus szenzoros integrációs terápia (DSZIT) szempontjából kiemelt fontosságú a kapcsolat lehetősége a vesztibuláris rendszer és a biológiai órák között. Paul Schilder a vesztibuláris rendszer szerteágazó kapcsolataiból kiindulva írta le a vesztibuláris rendszer integráló hatását a szervezet egészének működésére. Klinikai tapasztalatai alapján is arra a következtetésre jutott, hogy a vesztibuláris rendszer az ún. archaikus tér- az időélményekben fontos szerepet játszik. Schildernek ez a holisztikus szemléletű korai munkája mindmáig iránymutató maradt (Schilder 1933).

Kumar Sailesh és Joseph Mukkadan (Sailesh, Mukkadan 2014) áttekintő tanulmányban számolnak be arról, hogy a vesztibuláris rendszer hogyan befolyásolja az endokrin rendszer működését. Ezen áttekintés alapján a vesztibuláris rendszer valamennyi hormon termelődését képes befolyásolni, és első helyen említik a melatoninhormont. A melatonin viszont, ahogyan erről szó volt, szintén hatással van a belső elválasztású mirigyek, és rajtuk keresztül a szervezet egészének működésére.

Több konvergáló szál alapján bontakozik tehát ki az a kép, hogy a biológiai órák és a vesztibuláris rendszer összehangolt működése fontos szerepet játszik abban, miként is alakul létezésünk a térben és az időben. A biológiai kutatásokon kívül több tapasztalati tény is szól emellett. Így ismert a hétköznapitól eltérő ún. archaikus tér- és időélmények együttes megjelenése. Továbbá ismeretes, hogy a rítusoknál, amelyeknél fontos az időzítés, a sámánisztikus kultúrákban változatos vesztibuláris ingerlést alkalmaznak.[2] Mindezek a biológiai órák és a vesztibuláris rendszer összehangolt működésére hívják fel a figyelmet.

Ahogy erről már szó volt, az időzítés kérdése alapvető témája a kronobiológiai kutatásoknak. Közelítsünk most e témához a szenzoros integráció szemszögéből. Hogyan képesek az élőlények arra, hogy a szervezet belső állapotát összehasonlítsák a környezet napszakos és évszakos ingadozásaival? Hogyan képesek arra, hogy a környezet változásaihoz alkalmazkodva a megfelelő időben, a megfelelő időtartamban, a megfelelő módon tudjanak reagálni? Vajon hogyan valósul meg az, hogy különböző évszakokban és napszakokban a szervezet belső működése összehangolódik az adott időszakban adaptív viselkedéssel? Gondoljuk csak el, hogy ezek milyen bonyolult szenzomotoros integrációt igénylő kihívások! Hívjuk ismét segítségül a költőt, hogy megértsük, milyen nehéz az időzítés kérdése egy medvének. Hát még egy gyereknek!

A medve töprengése

Jön a tavasz, megy a tél,
barna medve üldögél,
– Kibújás vagy bebújás?
Ez a gondom óriás!

2 Lásd még H. Pozsár Beáta és Rózsa Sándor *Szenzoros integráció a kulturális antropológia szemszögéből* című írását e kötetben.

Ha kibújok, vacogok,
ha bebújok, hortyogok;
ha kibújok, jót eszem,
ha bebújok, éhezem.

Barlangból kinézzek-e?
Fák közt szétfürkésszek-e?
lesz-e málna, odú-méz?
Ez a kérdés de nehéz.

Weöres Sándor

Az időzítés témakörével függenek össze azok a kutatások, amelyekben a külsőleg adott melatonin hatását nézték. Számos vizsgálat bizonyítja, hogy a külsőleg adott melatonin a napnak csak viszonylag rövid szakaszában hatékony, míg a nap többi részében nem. Ezt a fajonként változó időszakot, amelyben a külsőleg adott melatonin hatására reakciók válthatók ki, nevezik „a szenzitivitás szűk ablakának" vagy „a cirkadián frekvencia kapujának" (Armstrong 1989).

A külsőleg adott melatonin hatását vizsgálták az évszakok viszonylatában is. A meghatározott évszakokban szaporodó fajoknál a melatoninritmus fontos szerepet játszik a szaporodás idejének meghatározásában. Timothy Bartness és Bruce Goldman hörcsögök vizsgálata alapján azt találták, hogy míg ép állatoknál a melatoninfúzió csak meghatározott időszakban, feltehetően a „szenzitivitás szűk ablakának" időszakában hatékony a szexuális aktivitás időzítésében, addig a tobozmirigyirtott állatoknál az infúzió időpontja nem tűnik lényegesnek (Bartness, Goldman 1989). Francis Ebling és Douglas Foster szerint a folyamatosan adott melatonin lényegében funkcionális tobozmirigyirtást jelent, mivel lehetetlenné teszi az állat számára, hogy felismerje saját endogén circadian melatonin ritmusát (Ebling, Foster 1989).

Úgy tűnik tehát, hogy a melatoninritmus – és itt fontos a ritmus, a változás – a szervezet egyik szűrőmechanizmusának tekinthető: bizonyos hatásokat csak meghatározott időintervallumokban, így meghatározott napszakokban, évszakokban enged érvényesülni. Ezzel szemben az ettől a kapuzási funkciótól megfosztott élőlény folyamatosan kiszolgáltatott az őt ért hatásoknak, reagálni kényszerül akkor is, ha ez a reakció a külső körülmények és a szervezet belső állapota miatt nem adaptív. Másrészről nincs tapasztalata arról, hogyan mozgósítsa az energiáit akkor, amikor lényeges történéseknek jött el a természet rendje által meghatározott ideje (Varga 1994). A környezet történéseitől függetlenedő állandó aktivitás, a figyelemzavar, az időzítés képességének zavarai a hiperaktivitást juttathatja eszünkbe.

Régóta ismeretes, hogy a szabadon élő állatok viselkedését sem csupán a fotoperiodikus jelek szabályozzák, hanem azt számos egyéb tényező is befolyásolhatja, így az állat fizikai állapota, a táplálkozási lehetőségek és a szociális ingerek. Ezek a tényezők háttérbe szoríthatják, mintegy maszkolhatják a fotoperiodikus jelek elsődlegesnek tűnő szabályozó funkcióját. Ez történik a teljesen mesterséges körülmények között tenyésztett laboratóriumi patkányoknál is, amelyek reproduktív működése igen

érzéketlen a fotoperiódusra. Sandy Sorrentino és munkatársai azt találták, hogy a kiskorukban korlátozott mennyiségű táplálékon tartott patkányoknál a fotoperiódus kifejezettebben hatott a pubertásra. Értelmezésük szerint náluk a mesterséges körülmények, ez esetben az állandó ellátottság táplálékkal, kevésbé szorították háttérbe a fotoperiodikus hatást (Sorrentino, Reiter, Schalch 1971).

A mai civilizált embernél, aki nagymértékben megfosztott a természet fény- és hőmérséklet-információitól, a biológiai órák szabályozását igen nagy arányban egyéb jelzések, így a szociális ingerek és a táplálkozás szolgáltatják. Nyilvánvaló azonban, hogy az „elsődleges naptár" jelzéseitől való viszonylagos megfosztottságunk a belső szabályozás labilitásának, a sérülékenységnek a veszélyét rejti magában (Varga 1994).

Napjainkban elemi erővel tör fel a vágy a transzcendencia, a kozmikus élmények iránt. Úgy tűnik, az emberiség ősidők óta ráérzett arra, hogy jobban hozzájuthat ezekhez az „archetipikus" jelzésekhez, ha lemond az ezeket elfedő, maszkoló szabályozókról. Gondoljunk arra, hogy a vallásokban az ünnepek előtt általában elvárják a magányt és a böjtölést.

A kronobiológiai kutatások fontos témája, hogy milyen mechanizmusok állhatnak a *fotoperiodikus memória* hátterében. Ugyanis annak alapján, hogy természeti körülmények között az élőlények viselkedése illeszkedik az adott fotoperiódushoz, vagyis megfelelően működik az időzítési képességük, feltételezhető, hogy rendelkeznek információkkal az előzetes időszakokkal kapcsolatban (Walton 2013). Joe Herbert figyelemre méltó koncepciót alakított ki a szervezet belső naptárát létrehozó fotoperiodikus memóriáról. A szezonális változások idői rendjét mérő mechanizmusokat elemezve amellett érvel, hogy a fotoperiodikus memória működéséhez elengedhetetlenek olyan összehasonlító mechanizmusok, amelyek a melatoninjelben történő változások irányát mérik. Különösen fontosnak tartja a nyári és a téli napfordulót, amikor a nappalok rövidülésében, illetve hosszabbodásában történik irányváltozás. Elemzése szerint a napfordulókor a melatonin „irányjele" változik egyik állapotból a másikba azáltal, hogy követi a külvilágban bekövetkező fény-sötétség viszonyokat. Ennek megvalósulását csak akkor tartja lehetségesnek, ha megtörténik az aktuális fotoperiódus alapszintre állítása, amelynek során a szervezet fiziológiai paraméterei is alapszintre állítódnak. Az alapszintre állítás elmaradása esetében a fotoperiodikus memória hibásan fog működni. Ugyanis csak az alapszintre állítás után következhet be a „fotoperiódus emelkedő" vagy „fotoperiódus csökkenő" irányjel generálása, amely nélkülözhetetlen az összehasonlító mechanizmus működéséhez. Amellett érvel, hogy ez az emelkedő vagy csökkenő irányt mutató jel biztosítja a szervezet számára a szabályozást az aktuális fotoperiódus idejére (Herbert 1989, 968–969.).

Az emberiség nagy ünnepeinek jelentős része évezredek óta a napfordulók körül csoportosult. Párhuzamot vonhatunk a fotoperiódus alapszintre állítása és az ünnepekkor történő „őskezdetekhez" való visszatérés között. Az ünnep jelentéstartományában benne foglaltatik az időjel, a vég és a kezdet jelölése, és egyben a teljes nyitottság, a végtelen és az örökkévalóság élményeinek befogadása. Ez a teljes nyitottság, az előző beállítódások, munkamódok időleges törlése, az alapszintre állítás lehetővé teheti a szervezet számára a változások által megkövetelt új alkalmazkodási formákra való átállást. Az alapszintre állítás elmaradása a külső és a belső változások hibás mérését, rosszul időzített reakciókat, dezorganizációt eredményezhet. József Attila *Ars poetica* versében mintha az élővilág alapvető szükségszerűségét fogalmazta volna meg: „A mindenséggel mérd magad!" Talán az emberiség segítőül teremtette meg az ünnepeket, mert biológiai óráink labilisabbak, kevésbé megbízhatóak, mint a többi élőlényé (Varga 1994).

Az eddigiekben a biológiai órák azon szerepével foglalkoztunk, amelyek segítik az élőlényeket abban, hogy a 47 millió éve állandó sebességgel forgó Földön a bejósolható változások tartományában, úgymond a realitásban maradjanak. Ebben fontos szerepet tölt be a tobozmirigy által termelt melatoninhormon. A tobozmirigy termel azonban egy másik hormonszerű anyagot is, amelynek a mi kultúrkörünkben pszichedelikus hatása miatt talán még mindig a „fekete bárány" szerepe jut. Ez a DMT (dimetiltriptamin), amelynek a gyógyításban való alkalmazása mellett, ahogy erre Frecska Ede rámutat, az utóbbi években egyre több érv gyűlt össze (Frecska 2015). A DMT megtalálható az ayahuasca italban, amelyet sokoldalúan használnak az amazóniai indiánok sámánjai, így gyógyító rituálékban és a révületbe esésük elősegítéséhez is (Csaba 2014; Frecska 2015). Feltételezik, hogy a DMT, mint a szervezet által termelt endogén anyag, az álomtevékenységben is részt vesz (Csaba 2014).

A DMT-vel kapcsolatos élmények közül jelen összefüggésben a megváltozott időélményt emelem ki. E szavakba nehezen foglalható élmények közös jellemzője a hétköznapitól eltérő időélmény, amelyben a lineáris időszemlélet megszűnik, értelmezhetetlenné válik. Úgy látom, hogy az időnek ez a megélése, vagy talán inkább az idő meg nem élése párhuzamba állítható Herbert koncepciójával a fotoperiodikus történet alapszintre állításáról (Herbert 1989). E koncepció szerint a fotoperiodikus memória megalkotása során az idő mérése a bejósolható változások folyamatos regisztrálásával, és nem egy stabil állapot nyomon követésével történik. A változások nyomon követéséhez azonban szükség van a mérőeszköz alapszintre állítására, és ez történhet akkor, amikor a rituális transzállapotokban megszűnik a „földhöz kötött" időérzékelés.

A kronobiológiai kutatások fő témaköre, hogy miként valósul meg a szervezet összehangolt működése a ritmikusan változó környezeti feltételek között. Kimondottan a lineáris idő érzékelésével kapcsolatban nem találtam biológiai kutatásokról irodalmat. Czigler István szerint e kutatások neurobiológiai vonulata még csak a kezdetnél tart (Czigler 2004).

Ha megkísérlünk összefüggéseket keresni az emberiség időszemléletei és a kronobiológiai kutatások között, úgy tűnik, erre a cirkulárisnak vagy ciklikusnak nevezett időszemléletnél adódnak lehetőségek.

Idézzük fel Hubert és Maus gondolatait a vallásokban és a mágiában jelen lévő időképzetekről. Kiemelik, hogy az idő folytonossága megszakításokkal ritmizálódik, így az időegységek egy ritmus egységeivé válnak (Hubert, Maus 2000). Hasonló gondolatokat fogalmaz meg Eliade is az örök visszatérés mítoszával (Eliade 1993). Az időnek ez a ritmizálása jelenik meg a biológiai kutatásokban is.

Hogyan is történik az idő ritmizálása? A biológiai kutatások részletesen vizsgálják, hogy egyes állatfajoknál egy adott időszakhoz milyen cselekedetek társulnak, és mi

az, ami ebben az időszakban nem történhet meg. Ehhez hasonlóan tagolódik, ritmizálódik az idő rituális cselekvések és cselekvési tilalmak által a ciklikus időképzeteken alapuló vallásokban is.

Hubert és Maus elemzése szerint a rítusok egészen a következő rítusig útmutatást, előrejelzést adnak az elkövetkező idők számára, így tehát a kezdet megszabja a véget (Hubert, Maus 2000). E megállapítás értelmezésében segítségünkre lehet mindaz, amit a fotoperiodikus memória szerveződéséről megtudtunk. Emlékezzünk Herbert koncepciójára, amely szerint a fotoperiodikus memória működéséhez elengedhetetlenek az összehasonlító mechanizmusok, amelyek a változás irányát mérik (Herbert 1989). Ezek az „irányjelek" a természettel közeli kapcsolatban élő embereknél is hasonlóan működhetnek, és így érthetővé válhat az, hogy a kiemelt időszakban elvégzett cselekedetek előrevetítik az elkövetkező időszak „naptárát", vagyis azt, hogy mikor mit lehet, és mit nem lehet csinálni.

A fotoperiodikus memória szerveződésében az irányjel, amely a változások mértékét méri, előrevetíti az elkövetkező időszak cselekvési naptárát. Közös tehát az állatnál és az archaikus közösségek emberénél a cselekvések időzítésének jelentősége az élet biztosítása érdekében.

Ahogyan a tér cselekvések által teremtődik meg, úgy a mágikus időszemléletben az időt, az idő minőségi aspektusait, az idő tagolását cselekedetekkel kell megteremteni. A mágikus cselekedetek lényege, hogy befolyásolni tudják a jövőt. Ebben a szemléletben a jövő befolyásolásának egy fontos aspektusa, hogy van egy előzetes tudás arról, hogy mikor milyen cselekedeteknek jött el az ideje. A cirkuláris időszemlélet keretében tehát azáltal, hogy egy kiemelt időszakban bizonyos rítusokat, cselekedeteket elvégeznek, lehetőség nyílik a jövőben elvégzendő cselekedetek megjósolására, és esetenként befolyásolására. Ezek a mágikus cselekedetek akkor lehetnek hatékonyak, ha egy adott idői struktúra újból és újból ismétlődik. A mágikus cselekedetek tehát az állatvilágban és valamikor az embernél is az időzítés és a cselekvések egységét jelenthették. Csak később alakulhatott ki az emberben az a hatékonyságérzés, hogy cselekedeteivel bármilyen irányba képes befolyásolni a jövő történéseit, és talán még később jött rá arra, hogy hiszékeny embertársait kizsákmányolhatja.

Herbert (Herbert 1989) koncepciója arról, hogy a változások mérésén alapuló időmérési mechanizmus működéséhez elengedhetetlen az alapszintre állítás, amely együtt jár a fiziológiai mechanizmusok alapszintre állításával, párhuzamba állítható az őskezdetekhez való visszatérés motívumával az archaikus rítusokban. Az alapszintre állítás rítusokkal, sajátos tudati beállítódásokkal megteremti a lehetőséget az új időszámításra. A cirkuláris időszemléletben ideje van az idő érzékelésének és az idő nem érzékelésének. Figyelemre méltó, hogy mindkét állapot megvalósításában ugyanaz a szerv, a tobozmirigy játszhat fontos szerepet az „alkalomnak" megfelelően más-más anyagok termelésével.

Mint ismeretes, az életszakaszok váltásait archaikus kultúrákban beavatási szertartások kísérik, amelyek tematikájukban közös vonásokat mutatnak az évszakok változásaihoz kötött rítusokhoz. Eliade megfogalmazásában mindegyiknél megtörténik a visszatérés az „őseredeti helyzetbe", hogy a beavatandó ezek után nyitott legyen az új

évszak, az új életszakasz befogadására (Eliade 1993; Eliade 1999). Az „őseredeti helyzet" motívuma párhuzamba állítható az „alapszintre állítás" koncepciójával.

A lineáris időszemléletet előtérbe helyező keresztény vallás elveti a mágikus szemléletet, és ellenszenvet mutat iránta a mai tudományos gondolkodás is. Ugyanakkor a biológiai beágyazottságon alapuló összefonódást az idővel való bánásmód és a cselekvések miként je között akkor is érdemes figyelembe vennünk, ha elvetjük a mágián alapuló gyógyító tevékenységek egyes megnyilvánulási formáit.

Ismét szeretném megemlíteni, hogy a biológiai órák szerteágazó kutatásaiból néhány fontosnak vélt adatot, összefüggést emeltem ki. Holisztikus szemlélettel közelítve a téma felé: bármely működésmód a szervezet egészének összjátéka, kölcsönhatások hálózata révén jön létre. A kronobiológiai kutatások, bár az utóbbi évtizedek során számos lényegi felismerést tudhatnak maguk mögött, még mindig forrongásban, alakulóban vannak. Egy-egy funkció hatásmechanizmusainak vizsgálata során olyasvalamivel találkozhatnak a kutatók, ahogyan Hermann Imre írja le a lélek szövedékét: „ágas bogas kanyarulatos görbék", „mindenfelé szétágazó, számtalan fonállal összeszövődött sűrűsödések" (Hermann 1988).

Mintázódás a magzati létben

Az utóbbi évtizedek során egyre többet tudtunk meg létünk születés előtti korszakáról. Ma már az sem tűnik értelmetlen kérdésnek, hogy milyen időképzete lehet egy magzatnak. Milyen „tudása" lehet azokról az idői mintázatokról, amelyek között az anyaméhben fejlődik, és azokról, amelyek a születése után várják majd?

Bár Sigmund Freud eredeti elképzeléseinek értelmezése a pszichoanalitikus irodalmon belül is változott, sokáig tekintették mérvadónak gondolatait arról, hogy a tudattalan folyamatai időtlenek, semmiféle kapcsolatban nem állnak az idővel (Freud 1911; Ehmann 2004). Ennek alapján mintha a magzatról is olyasfajta elképzelés alakult volna ki, hogy az időtlenség állapotában, Freudnak Romain Rollandtól kölcsönzött kifejezésével élve „óceáni érzésekkel" tölti idejét.

Konkrét vizsgálódások a magzat biológiai ritmusairól az 1970-as években kezdődtek. E témakörben jelentősek a Steven M. Reppert és munkatársai által végzett vizsgálatok. Reppert és David Klein publikációja – amely szerint a patkányok anyateje jelentős mennyiségű melatonint tartalmaz, és ez átkerül a szopó patkányok gyomrába, majd onnan 15–60 percen belül az egész szervezetükbe, így az agyukba is – széleskörű érdeklődést váltott ki (Reppert, Klein 1978). Valóban már az anyatejjel szívjuk magunkba az időről való tudást? Hamarosan kiderült, hogy az időről való tudás még messzebbre, a magzati létbe nyúlik vissza. Ahogy már szó volt róla, emlősöknél a hipotalamusz elülső részének SCN-magja cirkadián pacemakerként vagy biológiai óraként működik, amely szerepet játszik számos hormonális és viselkedéses ritmus generálásában. A szinkronizációt szolgáló fényinformáció monoszinaptikus retinohipotalamikus pályán jut el a retinából a SCN-be. Reppert és William Schwartz patkányoknál azt találták, hogy az anya és a magzat SCN-je azonos időben mutat fokozott metabolikus aktivitást. Vizsgálataik szerint a magzat SCN-aktivitását nem közvetle-

nül az aktuális fényviszonyok határozzák meg, hanem az anya előzetes tapasztalatai a fény-sötétség mintázódásával kapcsolatban (Reppert, Schwartz 1983). Reppert és munkatársai szerint ez a szinkronizáció belső idői rendet biztosít, lehetővé téve, hogy kifejeződjék a ritmusok megfelelő viszonya egymáshoz és a csillagászati napokhoz. Ez segítséget jelent a biológiai rendszerek optimalizálásában, felkészíti a szervezetet arra, hogy bejósolja a környezet változásait és megküzdjön velük (Reppert, Duncan, Goldman 1985). David Weaver és Reppert (Weaver, Reppert 1986) patkányokon végzett vizsgálatai alapján a SCN-óra már a késői magzati életben és a korai újszülött életben szinkronizálódik a fény-sötétség ciklushoz, még mielőtt a retinohipotalamikus pálya beidegezné a SCN-t. A szerzők szerint ezekben a korai időszakokban az anya mintegy energiaátvezetőként hat a környezet és a magzati agy között. Az anya a magzat fejlődő biológiai órájának fázisait saját órájának fázisaihoz igazítja, azzal hozza összhangba, amelyet viszont a környezeti megvilágítás szabályoz. Így addig, amíg működőképessé válik a retina által közvetített szabályozás, az anyai szabályozás biztosítja azt, hogy a fejlődő cirkadián rendszer szinkronba kerüljön a környezet uralkodó fény-sötétség viszonyaival. Elemzésük szerint az anyai kommunikációnak ez a formája azért alakult ki, hogy felkészítse a fejlődő emlőst a külső környezetre. Amíg a cirkadián ritmus szabályozásához szükséges idegi mechanizmusok beérnek, az anyai koordináció biztosítja, hogy a 24 órás nap során a fejlődő ritmusok egymáshoz való viszonya megfelelő legyen. Az anyai szabályozás nélkül a cirkadián ritmusok mindaddig koordinálatlanok lennének, amíg a környezeti fénnyel való közvetlen kapcsolat nem szinkronizálja a ritmusokat. A dezorganizációnak ez az időszaka az amúgy is sérülékeny újszülöttet még kiszolgáltatottabbá tenné.

Más emlősöknél is vizsgálták a cirkadián ritmusok mintázódását a magzati létben. Isabella McMillen és Rachel Nowak juhoknál a terhesség késői szakaszában irtották az anya tobozmirigyét, és azt találták, hogy nemcsak az anya, hanem a magzat melatoninritmusa is megszűnt. A születés utáni első két hétben sem a kísérleti, sem a kontrollcsoportnál nem mutatkozott melatoninritmus, de a harmadik héttől kezdve a tobozmirigyirtott anyák utódainak melatoninritmus-görbéje markánsan laposabb volt. Hosszabb idő elteltével csökkent a különbség a két csoport között, de a szerzők arra hívták fel a figyelmet, hogy a korai mintázódás hiánya a viselkedés és a testi funkciók szabályozásának sérülékenységét okozhatja (McMillen, Nowak 1989).

McMillen és munkatársai (McMillen et al. 1990) tobozmirigyirtott juhok magzatainál nézték a légzőmozgások circadián mintázódását. A kísérleti és a kontrollcsoportnál ugyanannyi volt a légzőmozgások mennyisége, a különbségek az idői mintázódásban mutatkoztak. A kontrollcsoportnál, más vizsgálatok eredményeihez hasonlóan, a légzőmozgások gyakorisága 20 és 21 óra között volt a legnagyobb, 8 és 9 óra között pedig a legkisebb. Ezzel szemben a tobozmirigyirtott juhok magzatainál a légzőmozgások 12 és 13 óra között jelentkeztek a legnagyobb gyakorisággal, valamint 5 és 7 között a legkisebbel. A szerzők egy érdekes lehetőségre hívják fel a figyelmet. Az anyák mindkét csoportban naponta egyszer, 10 és 12 óra között kaptak enni. Mivel az anya táplálkozása befolyásolja a magzati légzőmozgásokat, lehetségesnek tartják, hogy az anyában történő metabolikus változások okozták a légzőmozgások mennyiségének megemelkedését. De miért nem mutatkozott ilyen hatás az ép állatok

magzatainál? Elemzésük szerint ép anyáknál a fény-sötétség változásait közvetítő melatoninjel háttérbe szorította a táplálkozás hatásait, míg a melatoninritmus-jel nélkül a táplálkozás veszi át az időzítés szabályozó funkcióit. A vizsgálat azt támasztja alá, hogy a melatoninritmus elvesztése a magzati életben megzavarja a vegetatív funkciók cirkadián mintázódását. A fény-sötétség viszonyokhoz való igazodás természetes körülmények között megbízhatóbb, több tényezőt figyelembe vevő alkalmazkodást tesz lehetővé, mintha az élőlény csupán a táplálkozás időpontjaira hagyatkozna. Humorosan azt is mondhatnánk, hogy a melatoninritmus-jelüktől megfosztott élőlények könnyen válhatnak a kozmikus jelzések iránt érzéketlen „haspókokká".

A szerzők szerint az anyai melatoninritmus a többi emlőshöz hasonlóan az emberi magzat számára is ad információkat a napszakok állásáról, és ennek fontos szerepe van a fejlődés folyamán a biológiai ritmusok szabályozásában (Weawer, Reppert 1986).

Kövessük ismét azt az utat, hogy párhuzamokat keresünk e száraznak tűnő összefüggések és a művészi megjelenítés között. A keresztény művészetben gyakran ábrázolják Máriát csillagokkal borított köpenyben. E motívumban mintha az a többszörös védelem fejeződne ki, amelyről az imént a biológusok írtak. A mindenség, a csillagok védik Máriát, és e védelmen keresztül ő is védelmet tud nyújtani a gyermek Jézusnak. A mindenség, az anya és a gyermek hármas egysége jelenik meg Petrás Máriának az archaikus csángó világ által ihletett Csángó Madonna-kerámiáiban is. A gyermek az anya ölében ül, vagy érezhetjük azt is, a méhében van. Az anya Mária segítségével a bajokat „elmesszíti", távoltartja. Mindkettőjük arcán ugyanaz a mély áhitat látszódik, miközben az őket körülölelő keretek színvilága és geometriai formái a mindenséget idézik.

1994-es tanulmányomban a *Biblia* teremtésmítosza és a magzati fény-sötétség mintázódás között kerestem párhuzamokat. Az újraolvasás után úgy érzem, ma sem tudnék erről másképpen írni. Idézzük az emberiség ősünnepét, a világ teremtését a *Biblia* szavaival:

> „Kezdetben teremté Isten az eget és a földet. A föld pedig kietlen és puszta vala, és setétség vala a mélység színén, és Isten Lelke lebeg vala a vízek felett. És monda Isten: Legyen világosság: és lőn világosság. És látá Isten, hogy jó a világosság: és elválasztá Isten a világosságot a setétségtől. És nevezé Isten a világosságot nappalnak, és a setétséget nevezé éjszakának: és lőn este és lőn reggel: első nap. [...] És mondta Isten: Legyenek világító testek az ég mennyezetén, hogy elválasszák a nappalt az éjszakától, és legyenek jelek, és meghatározói ünnepeknek, napoknak és esztendőknek. [...]" (Mózes I. könyve 1. rész, Károlyi Gáspár fordítása)

E sorok, és mindaz, amit a biológiai ritmusok szerveződéséről megtudtunk, úgy tetszik, rímelnek egymásra.

A teremtésmítoszokat úgy is olvashatjuk, mintha valójában énünk, öntudatunk megszületése vetült volna beléjük, mintha az a folyamat fejeződne ki bennük, ahogyan a világ bennünk tükröződik, ahogyan megteremtjük magunkban a világot.

A fényesség-sötétség dichotómia alapmotívuma a teremtésmítoszoknak. Hol az örök fényből születik meg a sötétség, hol a sötétségből a fény. A fényesség-sötétség egyik jelentéstartománya a jó és a gonosz, a teremtő és a pusztító erők örök harca. Talán ez a komplex jelentéstartomány is felelős azért, hogy bár felfogásuk, mint érzékelési feladat, könnyűnek tűnik, a mítoszok tanulsága szerint szétválasztásuk komoly szellemi erőfeszítést igényelt az emberiségtől.

A *Bibliá*ban jó a sötétség, és jó a sötétségből megszülető fény is. Jók, mert mindegyiküket Isten teremti meg. Az, hogy Isten teremti meg és választja szét a sötétséget és a világosságot, összecseng azzal, ahogyan a fény és a sötétség érzékelése az anya, az anyai melatoninritmus közvetítésével kezd el bennünk mintázódni. Kifejezi azt, hogy énünk akkor tud formálódni, a világot akkor tudjuk felfogni, ha az alapvető összefüggéseket egy másik lény, személy közvetíti számunkra. És ilyen alapvető összefüggésnek tűnik a fény és a sötétség mintázódása, szétválása is.

A bibliai sorokban felsejlik az öröm, amelyet létezésünk folytonosságának az élménye ad. Az öröm, hogy fényesség és sötétség nem egymásnak ellentmondó princípiumok, hanem ugyanannak a valóságnak más-más arculatai. Bizonyosságá teszi ezt, hogy ugyanannak a lénynek, személynek a közvetítésével kezdjük el érzékelni, felfogni őket.

Megfogalmazódik az a motívum, hogy a kozmikus történések feladata, hogy „jelek" legyenek, „meghatározói ünnepeknek, napoknak és esztendőknek". Talán nem véletlen, hogy első az ünnep. Az ünnepek a kozmikus változásokhoz igazodnak, ugyanakkor énünk formálódása, a világ megismerése ünnep, ünnepek segítségével történik.

A bibliai szövegben refrénszerűen tér vissza, hogy mindaz, ami történik, jó. Jó – tehetnénk hozzá – mert egy szeretett lény közvetíti, teremti meg bennünk, jó, mert ez a teremtés, teremtődés, a mintázás, mintázódás örömet jelent, ez maga az öröm. Hiánya pedig a rossz, ami fáj, ami miatt sérülékennyé, sérültekké válhatunk (Varga 1994).

Hasonlóan az anya és a gyermek egységének ábrázolásához, a gyermekét váró anya fenyegetettsége is ősrégi motívum az emberiség történetében. Mária menekülésének ősi, archetipikus története napjainknak is fájdalmas valósága.

Hogyan jelenik meg ez a téma a biológiai kutatásokban? Hogyan hatnak az anyát ért stresszhatások a magzatra, majd a későbbi gyermekre, emberre? Az 1970-es évektől kiterjedt irodalom foglalkozik a prenatális stresszel. Számos állatkísérletben találták azt, hogy az anyát ért stresszhatások a terhesség alatt negatívan hatnak az utódra, így a szexuális, az agresszív, az anyai viselkedésre, a fizikai fejlődésre, a tanulási képességekre, az immunkompetenciára (Charil et al. 2010).

Paul Schilder felesége, Lauretta Bender gyermekpszichiáter már az 1960-as években írt arról, hogy a mintázódás hiánya, a kóros mintázatok kialakulása, amely már a magzati létben kezdetét veheti, súlyos szorongást okozhat. Hangsúlyozta, hogy a mintázódás zavarai átfogó szabályozási zavarokhoz vezethetnek, így megnyilvánulhatnak a keringés, a légzés, az emésztés, az alvás és ébrenlét, a különböző tudatállapotok, valamint az izomtónus, a motoros aktivitás mintázatainak zavaraiban (Bender 1966).

Ezek a gondolatok azért fontosak, mert még ma is hajlamosak lehetünk arra, hogy a szorongás hátterében elsősorban pszichodinamikai történéseket keressünk. Ez a feltételezés számos esetben jogos, máskor viszont nem biztos, hogy fedi a teljes valóságot. Bender ugyanakkor arra is felhívta a figyelmet, hogy a szorongás, amelynek hátterében számos ok állhat, szétzilálja a mintázódás folyamatát.

Bender klinikai tapasztalatok alapján kialakított hipotézisei a későbbiekben meszszemenő bizonyítást nyertek.

Andrek Andrea tanulmányában elemzi azt a paradigmaváltást, amely az utóbbi évtizedekben bekövetkezett a magzathoz való viszonyulás tekintetében. Eszerint a magzat kezdettől fogva egységes, önszerveződő lény, aki önmaga tartja fenn fejlődési rendjét. Írása áttekintést ad a magzat bontakozó képességeiről és arról, hogy milyen veszélyeknek van kitéve az önszerveződés folyamatában (Andrek 2012).

A prenatális stressz embereken végzett vizsgálatát a noninvazív technikák, így az ultrahang tették lehetővé az 1980-as évektől. Janet DiPietro átfogó tanulmányban elemzi a humán vizsgálatok helyzetét ezen a területen. Véleménye szerint az állatkísérletek eredményei gyakran csak fenntartásokkal értelmezhetők az ember vonatkozásában. Felhívja a figyelmet arra, hogy a szakirodalomban szinte kizárólag olyan eredmények találhatók, amelyek a prenatális stressz káros hatásairól számolnak be. Ezzel szemben úgy látja, hogy már a magzatnál is érvényes az az összefüggés, hogy az enyhe stressz előmozdítja a fejlődést, míg a túl erős és elhúzódó stresszhatások negatív következményekkel járnak (DiPietro 2012).

Számunkra DiPietro munkacsoportjának azon vizsgálatai tűnnek különösen fontosnak, amelyben a 20 hetes kortól 38–39 hetes korig 6 alkalommal 50 percig monitorozták emberi magzatok mozgását és szívritmusát. A terhesség előrehaladásával integráltabbá vált a mozgások és a szívritmus összekapcsolódása, és csökkent a mozgás és a szívritmus közötti latencia. A vizsgálat megrázó eredménye, hogy azon anyák magzatainál, akik napi életükben nagyobb mértékű stresszről számoltak be, és gyorsabb volt a szívritmusuk, kisebb mértékű volt a magzatoknál a mozgás és a szívritmus összekapcsolódása. A szerzők értelmezése szerint a mozgás és a szívritmus összekapcsolódása a terhesség folyamán a központi idegrendszer fejlődését tükrözi, és ezt a fejlődést anyai tényezők befolyásolhatják (DiPietro et al. 1996).

Ebben a vizsgálatban igazolódni látszik Bender hipotézise, hogy a stressz – jelen esetben az anya által közvetített stressz – már a magzati létben a természetes mintázatok komponenseinek disszociációjához, szétválásához vezethet. Szétzilálódhatnak, vagy talán ki sem alakulnak azok a normális körülmények között egységes viselkedéses, vegetatív, biokémiai komponenseket tartalmazó mintázatok, amelyek összehangolásában természetes körülmények között a melatonin által közvetített napszakos és évszakos ciklusoknak is fontos szerepük van.

Az 1970-es évektől vizsgálták állatkísérletekben az ún. „viselkedési állapotok" (behavioural states) mintázódását a magzati létben. Hazel H. Szeto összefoglaló tanulmányában arról ír, hogy bár nem ismert, milyen mechanizmusokon keresztül valósul meg a viselkedési állapotok szerveződése és azok váltakozásai, ezek vizsgálata mégis fontos, mert jelzést ad arról, képes-e a szervezet folyamatosan egyre

több neurális rendszer integrálására. Az egyes fajok között jelentős eltérések mutatkoznak a mintázódás folyamatában, de az közös, hogy az összes fajnál az egyes ciklusok meghosszabbodása jelzi az érést. Juhokon végzett vizsgálatai is azt erősítik meg, hogy a kolinerg és az aminerg rendszerek egyaránt fontos szerepet játszanak az egyes állapotok ciklikus váltakozásaiban. Valószínűnek tartja, hogy a viselkedési állapotok szervezésében fontos szerepet töltenek be a cirkadián ritmusok (Szeto 1992).

Az 1980-as években az ultrahanggal ember magzatoknál is lehetőség nyílt a viselkedési állapotok vizsgálatára. A korai vizsgálatok közül mindmáig jelentősek Domenico Arduini és munkacsoportjának (Arduini et al. 1988; Arduini, Rizzo, Caforio 1989) eredményei, amelyek szerint a magzati lét kb. második felétől vegetatív mutatók, a testmozgások és a szemmozgások alapján jól elkülöníthetőek voltak egymástól a *nyugodt alvás, az aktív alvás, a nyugodt éberség* és *az aktív éberség* állapotai (1. táblázat). Gondoljunk arra, hogy ezek az állapotok kiindulópontját képezik tudatállapotainknak, figyelmi beállítódásainknak, készenléti állapotainknak, a világhoz történő viszonyulási lehetőségeinknek!

1. táblázat. *Emberi magzat viselkedési állapotai a terhesség 36. és 38. hetében. (Forrás: Arduini et al. 1988 nyomán)*

Viselkedési állapot	Szívritmus-variabilitás	Szemmozgás	Testmozgás
Nyugodt alvás	kicsi	nincs	nincs
Aktív alvás	van	van (REM)	periodikus
Nyugodt éberség	van	van	nincs
Aktív éberség	kifejezett	van	van

Arduini és munkatársai (Arduini et al. 1988) normál és az ún. aszimmetrikus növekedési retardációt mutató magzatoknál vizsgálták a viselkedési állapotok mintázódását a terhesség 36. és 38. hetében. Az aszimmetrikus növekedési retardáció lényege, hogy a magzat krónikus oxigénhiánya miatt – amelynek számos oka lehet – megváltozik az egyes szervekhez juttatott vérmennyiség aránya. A túlélés szempontjából legfontosabb szervekben, az agyban, a szívben és a mellékvesékben a vérátáramlás fokozódik, míg a többi szervben csökken, így a magzatnál kevesebb a testmozgás és a légzőmozgás. Ezeknél a magzatoknál azt találták, hogy a normál magzatokhoz képest nagyobb a fej körfogata a törzshez viszonyítva. Mindkét csoportnál megtalálták a fentebb említett négy viselkedési állapotot. Míg az egyes szívritmusmintázatok mennyiségében nem mutatkozott eltérés a két csoport között, addig az aszimmetrikus növekedési retardációt mutató csoportnál kevésbé markánsan rajzolódtak ki az egyes viselkedési állapotok, tehát a szívritmusmintázatok, valamint a szem- és testmozgások között nem mutatkozott olyan szoros kapcsolat, mint a nem veszélyeztetett csoportnál.

E vizsgálat szomorú tanulsága, hogy a magzatot ért stresszhatások, így a magzati létben elszenvedett tartós oxigénhiány (pl. az anya drogfogyasztásának következményeként) megakadályozta e viselkedési állapotok mintázódását a magzati létben, és a

korai kaotikus körülmények folytatásaként az újszülött testi fejlettségében, valamint szenzomotoros integrációjában hátrányok mutatkoznak a kontrollcsoporthoz képest.

Büki György gyermekneurológus tapasztalatai szintén amellett szólnak, hogy a „problémás" gyermekeknél átfogó szabályozási zavarokról lehet szó, beleértve a szabálytalan energiaháztartást. Az autista spektrumba tartozó gyermekeknél többször sikerült elérnie pozitív változásokat a kellő körültekintéssel alkalmazott diétákkal (Büki 2015a).

Az utóbbi negyedszázadban a magzati viselkedési állapotok vizsgálata a kutatások homlokterébe került. A technika rohamos fejlődésével egyre árnyaltabb kép bontakozik ki létünk kezdeteiről (Brandle et al. 2015). Csak reménykedhetünk, hogy mindez javát szolgálja majd a jövő gyermekeinek.

A fogantatásunk kezdeteitől mintázódó ritmusokat egy többszólamú szimfónia hangvilágához hasonlíthatjuk, amelyben az egymáshoz kapcsolódó ritmusok egységes alkotássá kovácsolódnak. A mintázódásnak ez a mélyből fakadó törekvése minden bizonnyal ott él már a magzatban is.

A részeredmények sokasodása szintézisekre ad lehetőséget. Ilyen Majud Mirmiran és Simone Lunshof közleménye, amelyben az anya és a magzat cirkadián ritmusainak kölcsönhatásait elemezve azokat az anya és a magzat kommunikációjának részeként értelmezik. Kutatásaik alapján hangsúlyozzák azt, hogy a magzat cirkadián ritmusa is hatással van az anya cirkadián ritmusára. A kommunikáció fontosságát a szülés időzítése szempontjából látják különösen fontosnak. Felhívják a figyelmet arra, hogy koraszülötteknél a cirkadián ritmusok sérülékeny volta miatt milyen fontos lenne a természetes állapotokat követő fény-sötétség mintázatok biztosítása (Mirmiran, Lunshof 1996).

A magzati és koragyermekkori mintázódások témakörében nem hagyhatjuk figyelmen kívül Csaba György kutatásait a *hormonális imprintingről.* A Semmelweis Egyetemen dolgozó Csaba György és kutatócsoportja az általuk felfedezett és elnevezett hormonális imprintingről az 1970-es évek végétől számos publikációt tett közzé nemzetközi folyóiratokban (Csaba 2013a). Mégis úgy tűnik, hogy a kutatásokból levonható következtetések komoly gyakorlati jelentőségük ellenére sem váltak közkinccsé Magyarországon.

Az imprinting szó korai tartós bevésődést jelent. E jelenséget Konrad Lorenz (Lorenz 1985) etológus írta le a múlt század első felében, elsősorban libákon tett megfigyelései alapján. Azt találta, hogy a kislibák a tojásból történő kibújás után azt a mozgó objektumot követik, és ahhoz kötődnek tartósan, amelyet először megpillantanak. Ez természetes körülmények közt az anya, de Lorenz beszámol arról, hogy volt olyan kisliba, amelyik őt pillantotta meg először, így őt követte, hozzá kötődött, bár ez Lorenz számára egy idő után terhessé vált.

Lorenz imprintingfogalmának analógiájaként vezette be Csaba György a hormonális imprinting jelenségét, amelyet a következőkben foglalt össze (Csaba 2013a): a receptor kötési képességeinek teljes kialakulásához szükséges imprinting a fejlődő receptor és a megfelelő hormon első találkozásakor megy végbe, és hatása a sejtek utódgenerációiban élethosszig tart. A fejlődő receptorokhoz azonban a célhormonhoz hasonló egyéb molekulák (receptorszinten ható hormonanalógok, gyógyszerek,

vegyszerek, környezetszennyező anyagok) is képesek kötődni, életre szóló, akár kóros állapotokat is okozó hibás imprintinget hozva létre.

A hormonális imprinting a differenciálódó receptorsejteket érinti, ezért jelentősége a születés előtti és a születés körüli időszakban a legnagyobb, de egyéb kritikus periódusokban, mint a pubertás, szintén imprinting jöhet létre, sőt differenciálódó sejtekben az élet bármely szakaszában. Csaba szerint különös jelentősége van annak, ha a hormonális imprinting a központi idegrendszert érinti, mert ez hatással lehet a neurotranszmitterek, azaz az ingerületátvivő anyagok termelődésére, bonyolult kölcsönhatásaikra, és ezáltal a lelki történésekre és az egész szervezet működésére. Felhívja a figyelmet arra, hogy az imprinting átöröklődve befolyásolhatja az emberi evolúciót. Mindezek alapján körültekintésre, óvatosságra int a szervezetbe kívülről bejuttatott potenciális imprinterek alkalmazását illetően (Csaba 2013a).

Csaba György gondolatmenetét úgy fűzhetnénk tovább, hogy a hormonális imprinting jelensége áldás és átok is lehet. Áldás, amikor lehetővé teszi a fejlődést, a kapcsolatok kialakulásait a szervezetben. De átokká válhat, amikor külső beavatkozások során nem kellő körültekintéssel alkalmazzák.

A gyermek a nagyvilágban

Hogyan kapcsolódhatnak az eddigiek egy ma élő ember, embergyerek világához? Milyen szempontokat adhatnak a kreatív mozgásos terápiákkal, így a DSZIT-el dolgozó szakemberek számára? Az alábbiakban e kérdésekkel foglakozom, az egyértelmű válaszok lehetősége nélkül. Ágas-bogas, kanyarulatos útnak ígérkezik ez a vállalkozás. Bízom abban, hogy a felvillantott szempontok segítséget adnak a nyílt szakmai viták-hoz, a további útkeresésekhez.

A gyermek megszületik, földlakó lesz valahol e nagyvilágban. Korának szellemi áramlatai, vélekedései a világ dolgairól hatni fognak fejlődésére, sorsára. A vélekedések hol nyíltan, hol búvópatakként vannak jelen, nemegyszer érdekek mentén formálódó „iszapbirkózások" befolyásolják őket. Ez így volt a régebbi korokban, és így van ma is. Vélekedéseink formálódásához segítséget nyújthatnak régebbi korok és napjaink tőlünk eltérő kultúráinak a „tükörképei".[3] Az alábbiakban én is tágabb horizontok keresésére teszek kísérletet, a teljesség igénye nélkül. Rímelve korunk kezelhetetlennek tűnő információáradatára, ez néhol talán kócosan, kuszának tűnően történik. De hát amióta világ a világ, úgy sejlik, az integrációhoz mindig is a káoszon keresztül vezetett az út.

Azt hihetnénk, hogy az évezredek óta gyűjtött tapasztalatok alapján már tudjuk, hogy egy újszülött, egy csecsemő, egy kicsi gyermek milyen ismeretekkel rendelkezik, mire is képes. Egy-egy elképzelést szemügyre véve azonban hamarosan ráébredhetünk, hogy ez nincs így.

[3] Lásd bővebben e kötetben H. Pozsár Beáta és Rózsa Sándor *A dinamikus szenzoros integrációs terápia a kulturális antropológia szemszögéből* című írását.

A mítoszokból ismert a bölcsőjéből kikelő és mindentudó, minden nehézséggel megküzdő gyermekisten alakja. A gyermek Hermész így jelenik meg a *Homéroszi himnuszok*ban (Zsolt 1981, idézi Hermann 1984, 163.):

> „Hajnalban született, délben pengette a lantot
> s este, a hó negyedik napján, amikor született, a
> messzelövő nagy Apollón barmait elhajtotta.
> Anyja örök két combja közül miután kiszökött már,
> nem maradott szent bölcsőjében fekve sokáig,
> fölpattant [...]"

A huszadik század első felében mintha ezzel ellentétes képzet nyert volna polgárjogot a pszichológiában. Freud elgondolásai nyomán sokáig úgy tartották, hogy az újszülöttet magas ingerküszöb védi a külvilág ingereitől, és idejének legnagyobb részét autisztikus világában tölti (Freud 1911, idézi Kulcsár 1996, 38.).

Ez a képzet azonban hamarosan változott. A magyar kutatók közül emeljük ki Hermann Imrét, aki evolúciós szemléletével az újszülöttet a születés pillanatától kezdve megkapaszkodásra, kommunikációra kész lénynek tekintette (Hermann 1984).

Sokat foglalkoztatta a kutatókat, hogy mikortól alakul ki az utánzás képessége. Jean Piaget (Piaget 1978) szerint a saját testen nem látott mozgásoknak, így a nyelv nyújtogatásának az utánzása leghamarabb 8–12 hónapos kortól valósul meg. E ma is forrongásban lévő kutatási területről emeljük még ki Andrew Meltzoff és Keith Moore akkoriban forradalminak számító megfigyeléseit, amelyek szerint az újszülött már képes az utánzásra (Meltzoff, Moore 1977).

Nagy Emese és Molnár Péter a születés utáni órákban vizsgálták az újszülött utánzóképességét. Vizsgálatuk alapján már ebben a korai időszakban létrejön az első dialógus, amelyben az újszülött viselkedése az utánzás, az imitáció és a kezdeményezés, a provokáció váltakozásaiból mintázódik. Ennek alapján az újszülöttet interakciókra alkalmas és további interakciókra készülő lénynek tekintik.

Vizsgálták a szívfrekvencia alakulását ebben a korai dialógusban. Abban az időszakban, amelyben az újszülött kezdeményezését figyelték meg, megjelent a fogóreflex. Azt találták, hogy a fogóreflex megjelenése előtti időszakhoz képest a fogóreflex megjelenésekor lényegesen csökkent a szívfrekvencia, és a fogóreflex alatt végig egyenletesen alacsony maradt. A szerzők erre alternatív magyarázatokat adnak. Az egyik lehetőség, hogy a szívritmus lassulását a fogóreflex nyugtató hatása okozta. Ugyanakkor régóta ismeretes, hogy erős figyelmi állapotban lassul a szívritmus. Értelmezésükben összekapcsolják Hermann (Hermann 1984) elméletét a megkapaszkodó csecsemőről John Bowlby (Bowlby 1969) kötődéselméletével. Megfogalmazásuk szerint az embercsecsemő fogóreflexében az ősi megkapaszkodási ösztönön kívül már ott lehet a másik személyhez való kötődés csírája is. Felvetik annak a lehetőségét is, hogy a szívritmus lassulása összefügg azzal az orientációval, amellyel a fogóreflex hatására az újszülött a szociális környezet felé fordul. Úgy látják, hogy ez az odafordulás az imprinting, a korai tartós bevésődés jelenségére emlékeztet. Értelmezésük szerint a figyelés állapotában az újszülött elvárja a választ (Nagy, Molnár 1996; Nagy,

Molnár 1998; Nagy, Molnár 2004). Vizsgálataik alapján tehát egy megkapaszkodó és egyben a tájékozódásra, kapcsolatfelvételre, kezdeményezésre kész újszülött képe bontakozik ki előttünk.

Irányítsuk most figyelmünket arra, hogy már az újszülöttnél viselkedéses és vegetatív mutatókkal leírható, jól elkülönülő mintázatok találhatók. Az aktív kezdeményezés, a másik személyhez való kötődés, az odafigyelés állapotait az alacsony szívritmus jellemzi. Az interaktív újszülöttnek ez a dialógusa a szervezet egészének finoman összehangolt működését, jól működő szenzoros integrációt követel meg.

Refrénszerűen kell visszatérnünk arra a motívumra, hogy mennyire megnehezítheti a létezést a világban, ha a normális esetben koherens mintázatokat alkotó viselkedési állapotok mintázódása már a magzati létben zavart szenvedett. Ez már a születés utáni kapcsolatteremtést is megnehezítheti. Tudjuk, hogy szerencsés esetben ezt a kaotikus állapotot a környezet tompíthatja, gyógyíthatja. De azt is szem előtt kell tartanunk, hogy szerencsétlenebb körülmények között[4] ez a kaotikus állapot komoly testi-lelki sérülékenységet okozhat. A természetes létezési formák, beállítódások normális körülmények között egységes mintázatként működő komponenseinek disszociációja olyan jelenségkör, amelyet nem hagyhatnak figyelmen kívül a gyermekekkel foglalkozó szakemberek! Így önmagában a mozgáskoordináció javítása nem biztos, hogy integráltabbá teszi a személyiséget, ha a vegetatív és a biokémiai komponensek nem változnak. Bizonyára nem véletlen a visszatérő motívum a mesékben, hogy a sárkánynak olyan sok feje van, és ezekkel nem más, mint maga a hős küzd meg.

Csibra Gergely és Gergely György (Csibra, Gergely 2007) „természetes pedagógia"-koncepciója szerint már az egész kicsi gyermek biológiailag elvárja, hogy tanítsák, és elvárja, hogy őt figyelve tanítsák (Pléh 2013). Ismét visszatérhetünk a „refrénre": ez az ősidők óta alkalmazott tanulási helyzet akkor formálódhat, akkor működhet hatékonyan, ha a gyermek strukturált viselkedési állapotokkal rendelkezik!

A „természetes pedagógiának" az evolúció során szerves részét képezte az is, hogy a gyermek tanítása természetközelben történt, amelyben az ismeretek elsajátítása, mint a kézművesség, a mezőgazdasági tevékenységek, szerves egységet képeztek a természet rendjének a megismerésével.

A ciklikus időszemléletben élő közösségeknél idő és cselekvés szerves egységet képeznek. A cselekedeteket, legyenek azok a hétköznapok vagy a „szent idők" cselekedetei, időzíteni kell, megfelelő időben kell elvégezni. A történések „mágikus" cselekedetekkel való befolyásolása a cselekvésnek és az időnek ebben az egységében történik.

Piaget forradalminak számító gondolatai óta polgárjogot nyert a pszichológiában a gyermek mágikus világképe. A gyermek mágikus világképét Piaget a gyermek egocentrizmusával magyarázta. Ez az egocentrizmus nem önzés, hanem azt jelenti, hogy ő maga válik a mércéjévé mindennek (Piaget 1978). A természeti népeknél azonban a mágikus világkép tágabb kontextusban jelenik meg, amelyben az ember nem mindennek a mércéje, hanem egy nagyobb egységnek a része. Ebben a nagyobb egységben fontos motívum az idő is.

[4] Lásd Kökönyei Gyöngyi *A korai szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő biológiai és pszichológiai szabályozás szenzoros integrációs aspektusai* című írását e kötetben.

A „természetes pedagógia" Csibra és Gergely megfogalmazásában azon a felismerésen alapszik, hogy a gyermek elvárja, hogy tanítsák a világ dolgairól (Csibra, Gergely 2007). Evolúciós szemlélettel közelítve a témához ebbe az is beletartozhat, hogy elvárja, hogy tanítsák a mindenség rendjéről, és osztozzanak vele a megismerésben. Elvárja, hogy a mindenség és a közösség tagjai együttes burkot alkossanak, amelyben megtörténhet a tér és az idő megteremtése cselekedetekkel, az ő cselekedeteivel. Elvárja, hogy a mindenség és a közösség együttes burkában valósuljon meg a belülről történő bontakozása.

Úgy tűnik, hogy ez a belülről történő bontakozás a mindenség és a közösség együttes burkában segíti azt, hogy életünk folyamán nyitottak legyünk a *Bibliá*ban is említett „rendelt időre". Ha erre a rendelt időre gondolunk, nem a mások által elrendelt, megparancsolt, kikényszerített időpont vagy időköz képzete jelenik meg számunkra. A rendelt idő a létezés belső rendjének az ideje. Olyan idő, amelynek eljövetelére, beteljesedésére a bizalom érzésével készülhetünk. Egyszerűen csak nyitottnak kell lennünk arra, hogy amikor megérkezik, el tudjuk fogadni, be tudjuk fogadni, és megfelelően tudjunk cselekedni.

A gyermek mágikus cselekedetekkel vezérelt világképe közel állhat a természeti népek ciklikus időszemléletbe ágyazott mágikus világszemléletéhez. A gyermek mágikus világképe minden bizonnyal a természetbe ágyazottan tudja igazán betölteni a szerepét. Sok példát hozhatnánk a költészetből ilyenfajta élményekre. Idézzük most Cseh Tamás *Gyerekkorom* című dalát Beremányi Géza szövegével.

Csak még egyszer gyere elő
a résből, hol elbújtál, gyerekorom,
csak kő legyek, csak bogár legyek,
és engedj újra füveiddel játszanom.
Még egyszer csak bújj elő,
vízben, kövek alatt rejtező, félelmes, álmos korom,
ízekben, bőr alatt rejtező,
ékesen bújj elő, kő alatt rejtőzködő.

Égő por a lábujjak között
és fényes fűszálak közt csillogó üveg,
iszap, ragacs és gyors vizek
és szégyen és sötétség és szédület,
még lehet, hát bújj elő,
vízben, kövek alatt rejtező, félelmes, álmos korom,
ízekben, bőr alatt rejtező,
fényesen bújj elő, kő alatt rejtőzködő gyermekkorom.
Tág égbolt alatt,
résben kövek alatt futó patak, futó vizek,
még lehet, hát bújj elő, gyermekkorom.

E sorokban kifejeződik a gyermekkor élményvilágára olyannyira jellemző ismétlés, az örök visszatérés motívuma, és az, hogy a természet varázslatos világában milyen gazdag lehetőség nyílik a teljességben gyökeredző megismerésre, a szenzoros integrációra.

A „természetes pedagógia" fonalára fűzhető fel az a motívum, hogy életmódunk mennyire tér el a természetben uralkodó körülményektől. Nappal világos és meleg van, éjszaka sötét és hideg. Évezredek óta ezzel a tapasztalattal élt együtt az emberiség. Mára azonban az ún. civilizált világban ugyancsak összekavarodtak a dolgok, és e négy princípiumból bármilyen variáció kikeverhető.

Számos vizsgálatban nézték, hogy a születés után atipikus és kiszámíthatatlan fény- és hőmérsékletviszonyok között tartott patkányoknál a későbbiekben milyen jellegzetességek mutatkoznak. Így Etienne Knaepen és Marc-Henri Weyers csökkent testsúlyt, a lokomotoros és a táplálkozási aktivitás ritmusának megváltozott mintázódását, labirintus helyzetekben memóriazavarokat és rosszabb tanulási teljesítményeket találtak (Knaepen, Weyers 1988; Knaepen, Weyers 1989).

Az eredmények ugyancsak provokatívak. Ha a patkányok ilyen rosszul bírták az atipikus fény- és hőmérséklethelyzeteket, hogyan bírjuk ezt mi, emberek? Az éjszaka is túlfűtött szobák helyett nem lenne-e jó visszatérnünk a jó meleg dunnához a fűtetlen szobában?

Mi is lehet mindezekből az eszmei mondanivaló a mai nagyvárosban élő emberek számára? Talán az, amit mindannyian tudunk, amire mindannyian vágyunk, ami manapság közhelynek számít. Jó lenne ismét közelibbi kapcsolatba kerülnünk a természettel. A visszaút a múltba már nem lehetséges. De a gyerekekkel együtt a mai lehetőségek között kereshetjük a kapcsolatot a természettel, és úgy tűnik, ezt egyre többen meg is teszik.

Az előzőekben szó volt arról, hogy mind a cirkuláris, mind a lineáris időképzet fontos szerepet játszott az emberiség történetében. Joggal merülhet fel a kérdés, hogy ez a távolinak tűnő téma miként kapcsolható a terápiás gyakorlathoz.

A DSZIT szemléletében mindig is fontos volt a belső bontakozás jelentősége. A DSZIT-terápiával dolgozó szakemberek körében közkinccsé vált Ayres gondolata, hogy a gyermeknek saját magának kell agyának működését megszerveznie. Vajon a belső bontakozás motívuma milyen kontextusban, milyen szellemi áramlatokkal szembehelyezkedve jelent meg a történelem folyamán?

Ahogy szó volt róla, Giordano Bruno gondolatvilágában lényegi motívum volt a belülről történő keletkezés. Egész életét végigkísérte a természet iránti költői rajongása. Ismert volt vonzódása az ő korában üldözött mágiákhoz és az ősibb egyiptomi valláshoz, amelyben hangsúlyos volt a mágikus világkép (Buday 1889). Mintha azt példázná Giordano Bruno gondolatvilága is, hogy a belülről való bontakozás motívuma közel állhat az archaikus-mágikus világképhez.

A belülről történő bontakozás motívuma jelent meg Jean-Jacques Rousseau-nál (1712–1788) is, akinek az *Emil, avagy a nevelésről* című könyvében leírt gondolatai mindmáig hatnak a reformpedagógiai mozgalmakra. A nevelő feladatát mindenekelőtt abban látta, hogy segítse a gyermek spontán fejlődését. „Hagyjátok megérni

a gyermekkort a gyermekben" – szól híres mondata (Rousseau 1957, 82., idézi Pukánszky, Németh 1996). Kiállt a szoptatás fontossága mellett, és ellenezte a fájdalmat okozó szoros pólyázást, amelyet a láncra veréshez hasonlított.

> „Főkötő, fásli, pólya? Ki vele! Tágan libegő gyolcsokat neki, melyek valamennyi tagját szabadon hagyják [...] Mihelyt erősödni kezd, hagyjátok kúszni-mászni szerte a szobában. Hagyjátok, hadd fejlessze, nyújtóztassa kis végtagjait, meglátjátok, napról napra mint erősödik majd." (Rousseau 1957, 41., idézi Pukánszky, Németh 1996)

Rousseau maga is vonzódott a természethez, és a képzeletbeli gyermek, Emil nevelését is természetközeli környezetben írja le. A gyermek legfőbb tanítójának a természetet tekinti. A bonyolultabb szellemi tevékenységhez szükségesnek tartotta a tapasztalati tanulást. „Első mestereink a filozófiában a lábunk, a kezünk, a szemünk." (Rousseau 1957, 112., idézi Pukánszky, Németh 1996)

Hasonló gondolatokat vallott és valósított meg nevelői munkája során a svájci Heinrich Johann Pestalozzi (1746–1827). A nevelő munkáját a kertész tevékenységéhez hasonlította, aki nem teremtője, hanem gondozója a földből kinőtt növényeknek.

Maria Montessori (1870–1952) pedagógiai szemléletét, módszertani megközelítéseit ma szerte a világon, így Magyarországon is ismerik és alkalmazzák. Hitvallása volt, hogy minden gyermekben él a cselekvési vágy és a világ megismerésének az igénye. Ezért a tanításközpontúság helyett az önálló tanulást helyezte előtérbe, és a nevelő legfőbb feladatának tekintette, hogy biztosítsa a körülményeket a gyermek bontakozásához. Egyik korai meghatározó élménye a következő volt: egy kicsi gyerek le akart venni egy eszközt egy polcról, de nem érte el. Montessori oda akarta adni neki az eszközt, mire a gyerek azt mondta: „Ne! Segíts nekem, hogy egyedül dolgozhassak." Montessori eszmevilágára hatott mély katolicizmusa, és éppen vallásosságából jutott el oda, hogy a világ minden gyermeke számára biztosítani kell az önmegvalósítás lehetőségét (Ozsváth 2010).

Rudolf Steiner (1861–1925), aki a Waldorf-óvodákat és -iskolákat útjukra indította, antropozófiának nevezte a világszemléletek és vallások ötvözéséből felépített gondolatvilágát. A kifejezés jelentése a görög „antropos", mint 'ember' és „sophia", mint 'bölcsesség' szavak összetételéből fakadóan „az ember bölcsessége" (Juhász é. n.). A Waldorf intézmények ma hangsúlyozzák világnézeti semlegességüket a nevelés, az oktatás keretein belül. Minden életkorban nagy hangsúlyt helyeznek a belső bontakozás, a kreativitás támogatására. Többféle módon kifejezésre jut náluk a közeli kapcsolat a természettel, fontosak a természeti jelenségekhez köthető ünnepségek.[5]

Steiner gondolatvilágából most egy momentumot emelek ki, ez pedig a kozmosz és az ember kapcsolata. Steiner az embert a kozmosz tükörképének tekintette, Giordano Bruno pedig mintha a kozmoszra vetítette volna vágyakozását a lényünkből fakadó bontakozásért. Emlékezzünk kozmogóniájára: „A világszellem az univerzumot belülről történő bontakozással (explicatio ab intra) hozza létre, és az univerzumnak

5 Rousseau, Montessori és Steiner gondolatairól lásd még e kötetben Araló Domonkos és Dazsné Víg Zsuzsanna *Nondirektivitás a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című tanulmányát.

annyi középpontja van, ahány csillag, világtest vagy atom van." (id. Buday 1889) Ezért a kozmogóniáért, a belülről történő bontakozás hitéért az életét adta.

Joachim Bauer alapvető törvényszerűségnek tartja az élőlények tükrözési jelenségeit (Bauer 2010). Továbbfűzve e gondolatot, a tükrözés talán az univerzumnak egy általános elve. Így a kozmosz fény-sötétség viszonyai az anya közvetítésével már a magzati létben tükröződnek az emlősökben, és minden bizonnyal más földi élőlényekben is történik ilyenfajta tükrözés. Később az embergyerek, ember is a kozmikus jelenségek tükrözéséből meríthet akkor, amikor belülről történő bontakozása során tereket és időket teremt.

A pszichoanalízis klasszikusai közül Jung képviselte markánsan a belülről történő bontakozás jelentőségét a terápiában. Hitvallása szerint az „alkotó csírák fejlődése", a „hatóerő" megélése akkor lehetséges, ha a terapeuta hagyja, hogy „a természet érvényesülhessen". Úgy látta, csakis ezen az úton lehet eljutni a „teremtő függetlenség, a függetlenül teremtő lény állapotába" (Jung 2002, 36., 50., 54., 57.).

Az utóbbi időkből Daniel Stern nevét említhetjük, akinek megfigyelései, képe a csecsemő világáról rímelnek Jung gondolataira. Ő is hasonló ihlettességgel ír a bontakozásról, a hatóerő megéléséről, hangsúlyozva, hogy a csecsemő „felbukkanó", „bontakozó" szelférzetei át- meg átszövik egész életünket. „Minden tanulás és minden teremtő cselekedet a bontakozó viszonyulás tartományában fogan meg." (Stern 2002, 77–78.)

A teremtő cselekedet, mondhatjuk mágikus cselekedet és a belülről történő bontakozás tehát Jungnál és Sternnél is együtt kerülnek megfogalmazásra.

Míg a szakirodalomban leggyakrabban a belülről történő fejlődés iránti lelkesedéssel találkozhatunk, Jung azzal is tisztában volt, hogy a bontakozás szimfóniájában előbb-utóbb diszharmóniát hozó akkordok jelennek meg. Részletesen írt az elakadásokról és az ismétlésekről, amelyeket a terápiák természetes jelenségeinek tekintett. „Ez az elakadás olyan lelki folyamat, amely már oly sokszor ismétlődött az emberi fejlődés folyamán, hogy mesék, mítoszok motívuma lett belőle. Az elakadás egy tipikus jelenség, amely az idők folyamán típusos reakciók és kompenzációk kialakulásához vezetett." (Jung 2002, 50.)

A kreatív mozgásos terápiákban a bontakozás, az elakadás és az ismétlés szó szerint testet öltve fejeződhetnek ki. Úgy látom, éppen ez adja meg e terápiák hitelességét, és ebben rejlenek gyógyító lehetőségeik. Ezt támasztják alá az ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszékének gondozásában tartott szabadon választható egyetemi csoportok (Varga, Kiss 2007), a négyéves önismereti-kiképző IKT-csoportok (Varga 2008) és a mozgássérültekkel végzett munkánk (Kunos 1999) tapasztalatai is.[6]

A DSZIT-terápia – hasonlóan más kreatív mozgásos terápiákhoz – a belülről történő bontakozás jegyében tág teret ad a belső kezdeményezésnek, az improvizációnak. Idézzük Szabados Györgyöt, akinek zeneművészetében, alkotói tevékenységében kiemelkedően fontos volt az improvizáció.

6 Lásd Kunos Vera *Gurgula – Dinamikus szenzoros integrációs terápiás foglalkozások fogyatékossággal élő fiatal felnőttekkel* című írását ebben a kötetben.

> „Az improvizativitás a tiszta és stabil alapok világának természetes kibontakozása. [...] Az improvizativitás az ember örök készleteiben való folytonos megújulás esélye és rítusa, amely az alkotó emberre figyel. [...] Jelenléte, amely a hagyomány biztonságát és a fiatalság friss szellemét vonja jelen idejű élő foglalatba, ezért nem nélkülözhető." (Szabados 1997)

Jung is arról írt, hogy improvizáció és tradíció közel állnak egymáshoz. Úgy látta, hogy a kollektív tudattalan, amely a konzervativizmus, az ismétlődés letéteményese, egyben a kreativitás bölcsője is. A teremtő képzeletet egy folyamatnak tekintette, amelynek során a tudattalan tartalmak betörnek a tudatba. (Jung 2002, 43.) Az improvizáció teremtő folyamatában tehát létünk alapjaira, öngyógyító lehetőségekre találhatunk rá.

Vermes Katalin (Vermes 2003; Vermes 2012), pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás kiképző csoportvezető árnyaltan elemzi az improvizáció jelentőségét a mozgás- és táncterápiás csoportokban. A saját ritmusok mozgásban történő autentikus kifejeződését és egyben a ráhangolódást a másik ember ritmusaira a kreativitás forrásvidékének nevezi. „Hogyan teremtjük az időt, és hogyan fosztjuk meg magunkat tőle? Ez a szubjektivitás egyik legizgalmasabb rejtélye" – mondja (Vermes 2003).

Bedő Ilona *Ritmus* című tanulmányában[7] egy szenegáli törzs kisbabákat altató rítusát ismerteti egy francia dokumentumfilm alapján. A ceremóniát – követve a cirkadián ritmusokat – este végzik. Maga a szertartás tág teret ad az improvizációnak. A kisbabákat a törzs tagjai ritmusos zene és tánc mellet ringatják, himbálják, lóbálják, minden porcikájukat érintve. Bedő ebben a ceremóniában a szenzoros integrációs terápia ősforrását, archetipikus megnyilvánulási formáját látja. Rítus és improvizáció itt szerves egységet képez, és éppen ebben lehet a teremtőereje.

De találhatunk közelebbi példákat is arról, ahogyan a kicsi gyerekekkel még nem is olyan régen mifelénk is játszottak. Ahogyan Jakobi Nóra tanulmányában is olvasható,[8] az ölbeli játékok fontos részét képezték a népi kultúrák hétköznapjainak, és ma újra próbálkoznak ezekkel a szülők. Hasonlóan a szenegáli szertartáshoz, a tradíció itt is tág teret adott a belső kezdeményezésnek, az improvizációnak.

Freund Tamásnak, napjaink nemzetközileg elismert agykutatójának munkásságában fontos szerepet játszanak a kreativitásnak, az improvizációra való képességnek a motívumai. Az idegsejtek szépségének élménye gimnáziumi éveiben meghatározó volt a későbbi kutató kérdésfeltevéseiben:

> „Hihetetlen gyönyörű tud lenni egy idegsejt a maga ágazó-bogazó nyúlványaival. Ezekből az idegsejtekből tényleg sok milliárd van bepréselve az agyunkba, és ezek ilyen komplex módon vannak egymással összekötözve? Hogyan lesz ebből egy gondolat? Hogyan lesznek ezekből különböző magasabb rendű működések, mint egy tu-

7 Lásd e kötetben: Bedő Ilona *Ritmus – Autista gyermekek szenzoros integrációs terápiájának lehetőségéről és a ritmus terápiás jelentőségéről* című írását.

8 Lásd e kötetben Jakobi Nóra *Ölbeli játékok* című tanulmányát.

datos érzékelés, vagy éppen cselekvések tervezése, kivitelezése? Érzelmeink hogyan jelentkeznek egyszerű idegsejt-aktivitás révén?" (Freund 2014)

Kutatócsoportjának eredményei szerint az agykéreg mintegy 100 milliárdnyi idegsejtjét azok az agykérgen kívüli ősi központokból eredő idegpályák szabályozzák, amelyek belső világunk hatásainak közvetítői, amelyek érzelmi és motivációs impulzusokat hordoznak. Eredményeik szerint ez a szabályozás az agy ősi központjainak gátlótevékenysége által érvényesül (Freund 2011). Freund szerint erre azonban csak akkor van lehetőség, ha a „belső világunk habarcsát" adó (Freund 2013) ősi központok, „agyunknak olyan mélységei, amelyekből a kreativitás is táplálkozik", lehetőséget kapnak a fejlődésre, a működésre (Freund 2011).

Játékos kedvünkben az juthat eszünkbe, hogy a gyönyörű, de magukra hagyva ugyancsak rakoncátlan, makrancos, úgy 100 milliárdnyi agykéregsejtnek a kordában tartásáért, szinkronizált működéséért az ősi kéreg alatti területek felelősek. Gulyás Attilának, Freund munkatársának a tanulmánya rávilágít arra, hogy ez a homeosztatikus szabályozás, amely lehetővé teszi a különböző viselkedési állapotok működését, valójában mennyire bonyolult, milyen sokféle mechanizmuson keresztül valósul meg (Gulyás 2004).

Kreatív mozgásos terápiákkal dolgozva azt tapasztaltuk, hogy az improvizáció során, az itt és most áramlásában gyakran éveken át ismétlődő mozdulatok, mozgások jelennek meg. Ezek minden bizonnyal valamikor adaptív túlélési stratégiák megnyilvánulásai voltak. Idővel aztán új mozgásformák bukkannak fel, amelyekben a létezés újszerű megközelítése tükröződhet (Varga 2008). Az improvizációt hasonlíthatnánk a szökőkút magasba szökő vízsugaraihoz, vízcseppjeihez, amelyek visszahullva a keletkezés kezdeteihez ismét új formákat hoznak létre. A mélyen a testünkben, lényünkben gyökeredző mozdulatok, mozgások minden bizonnyal jobban kedveznek az egész személyiséget érintő változások előkészítésének, mintha kívülről instruálva fejlesztenénk bizonyos mozgásformákat.

Az integrált kifejezés- és táncterápiában (IKT) fontos szerepet töltenek be az ún. kreatívkáosz-folyamatok, amikor alulstrukturált helyzetekben nyílik lehetőség új struktúrák teremtésére, a belülről történő bontakozásra. Ugyanakkor az IKT gyakran alkalmaz rituálékat, amelyek kötött mivoltuk miatt látszólag ellentétei az improvizációnak, a kreatívkáosz-folyamatoknak. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy a kreatív káoszra építő alulstrukturált folyamatok és a rituálék sokoldalú interakcióban vannak egymással, és együttesen alkotnak egy önszerveződő, önszabályozó rendszert. A csoporttagok élménybeszámolói arról szólnak, hogy amennyiben át tudják adni magukat egy-egy rituálénak, úgy ebben a helyzetben szintén belülről indítottnak érzik mozgásukat, belülről történő bontakozást élnek meg (Kiss, Varga 2007).

Térjünk most vissza a lineáris és a ciklikus időszemléletre. Ha magunkba nézünk, meg fogjuk találni azt az időszemléletet, amely közelebb áll hozzánk. Azonban mindig tartsuk szem előtt, hogy mindkét időszemlélet kialakulása alkotófolyamat, amely erőfeszítéseket követel meg, és veszélyekkel járhat. Ezt példázza számomra Szent Ágoston és Giordano Bruno vívódásokkal teli gondolatvilága is. Az átlépés egyik idői

rendből egy másikba ahhoz hasonlítható, mint amikor a hős a mítoszokban, a mesékben egy új, ismeretlen világba lép be.

A bontakozás a ciklikus időben nem gyorsított felvétel egy nyíló virágról. A bontakozás nyitottságot jelent, és a nyitottság sérülékenyebbé tesz. A bontakozást inkább hasonlíthatnánk végtelennek tűnő ismétlésekkel, váratlan elakadásokkal, megtorpanásokkal, ellenkezésekkel teli gubancos útféleséghez. A fejlesztésre szánt eszközökön egy-egy mozdulat, egy-egy testhelyzet szorongató emlékeket hívhat életre a szavak előtti világból. „iszap, ragacs és gyors vizek / és szégyen és sötétség és szédület." Így olyan meseszerű, és mégis ízig-vérig valóságos világba kerülhetünk, ahol az archaikus tér- és időélmények létezésünk legmélyebb rétegeibe sodorhatnak. Ahogy ez ennek a kötetnek a meggyőző esetismertetései nyomán is elénk tárul, akik pszichoterápiás szemlélettel dolgoznak a DSZIT-terápiával, azoknak számítaniuk kell arra, hogy könnyűnek nem mondható utakra vállalkoznak. Útmutatóul szolgálhat Wilfried Gürtler (Gürtler 1999) hitvallása:

„Magában a sebben és annak autentikus nyelvezetében rejlik a gyógyulás lehetősége is." (Gürtler 1999, 134.)

De mi is az a seb? A seb legtöbbször nem egy testrész sérülése, hanem a világban való létezési lehetőségek félrehangolt, kaotikus mintázódása. Emlékezzünk Bender (Bender 1966) gondolataira: a mintázódás hiánya szorongást okoz, és a szorongás szétzilálja a mintázódás folyamatát. A kaotikus mintázódás és a szorongás egymást erősítő ördögi körré válhat bármely életkorban. Gondoljunk arra, hogy súlyos szorongással járó traumatikus történések kaotikussá tehetik az addig kialakult mintázatokat. És gondoljunk arra, hogy ez mennyire így lehet azoknál a gyerekeknél, akik a krónikus kiszolgáltatottság, szorongás állapotában élnek.[9]

A terapeuta legfőbb feladata, hogy együtt legyen a másik emberrel, és kísérje, segítse zegzugos útjain. Ez távolról sem kell, hogy passzivitást jelentsen. Talán a mintázódás folyamata már a magzati létben alakuló kapcsolat során sérült. És ami egy kapcsolat során sérült, az egy kapcsolatban gyógyulhat. A figyelemzavaros gyereknek idővel meg kell teremtenie az odafigyelés alapvető mechanizmusait, amelyek, ahogy láttuk, már a magzatoknál és az újszülötteknél is működőképesek. De ahhoz, hogy nyugodtan, lassú szívritmussal tudjon figyelni, előbb teret és időt kell adni annak, hogy testi-lelki teljességükben élje meg, fejezze ki különböző állapotait, így a szorongást, a reményvesztettséget, a dühöt. „Sebei" akkor gyógyulhatnak, ha maga találja meg a megküzdés tereket és időket teremtő lehetőségeit.

A nehéznek ígérkező utakon nagy szükség van a segítőkre. A DSZIT-terápiával dolgozó szakemberek a kezdetektől fogva rátaláltak az emberiség mindig is jelen lévő segítőire: a játékokra, a mesékre, a fantáziatevékenységre.[10] Ebben a terápiás közegben

9 Lásd Kökönyei Gyöngyi *A korai szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő biológiai és pszichológiai szabályozás szenzoros integrációs aspektusai* című írását e kötetben.

10 Lásd bővebben Szvatkó Anna ebben a kötetben megjelent *Játék a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című írását.

pedig rátaláltak természetes létezési módjukra a gyerekek is. „Bátran mondhatjuk, hogy az a gyerek, aki létfontosságú, de rosszul, töredékesen szerveződött idegrendszeri struktúráinak működésén próbál változtatni, hasonló hősies lépéseket tesz meg, mint a létezés új tartományaiba merészkedő beavatandó [...]" (Varga, Szvatkó 1993, 151.). A létezés új tartományaiba merészkednek a mesék hősei is. Szédítő mélységeken és magasságokon, úttalan utakon vezet az útjuk. Bátorságra és találékonyságra, nemegyszer varázserőre van szükségük ahhoz, hogy megbirkózzanak a nehézségekkel. Úgy, mint a DSZIT-terápiákban... és a DSZIT-terápiákban úgy, mint a mesékben.

Azt tapasztaltuk, hogy ez a varázslatos beállítódás a felnőtt DSZIT- és IKT-csoportokban is jelen van. Több részvevő írt arról, hogy a csodálkozásnak, a csoda hangulatának, a játékosságnak az ideje ez. Olyan idő, amelyben mesék, rajzok, táncok születhetnek (Varga, Kiss 2007; Kiss, Varga 2007; Varga 2008). Nem téveszthetjük azonban szem elől, hogy ez a nyitott beállítódás, miközben kedvez az „alkotó csírák", „a teremtő képzelet" (Jung 2002) kibontakozásának, nem veszélytelen. Abban az állapotban, amelyben esélyünk lehet a gyógyulásra, egyben sérülékenyebbek is vagyunk (Kiss, Varga 2007).

Ahogy aktív részvételt, küzdelmeket követel meg a varázslatos, mágikus történésekkel és cselekedetekkel teli ciklikus időképzet megteremtése, éppoly küzdelmes lehet a lineáris időképzet megteremtése is. A lineáris időképzet nem egymás után felfűzött gyöngyszemekből áll. Ahogy szó volt róla, a lineáris időképzet megszületését Szent Ágoston nevéhez kötik, akinek több mint 1500 év előtti vallomásai a széttöredezett létezésről, az elidegenedésről a ma emberének vallomásai is lehetnének. Szakadékok a térben, szakadások az időben. Idézzük ismét Binswanger, az egzisztencialista pszichiáter mondatát betegei „világba vetettségéről":

> „A lét itt nem folytonosan, folyamatosan érlelődik, állandóan a jövőbe nyúlva, hanem váratlanul, szaggatottan, hirtelen fordulatokkal, derékba törésekkel, azonnali erőkifejtésekkel, próbálkozásokkal." (Binswanger 1957, 256.)

Ezek a motívumok megtalálhatók Szent Ágoston írásaiban is, és szintén fellelhetők a mai kor emberénél.

Kíséreljük meg téri képzetekbe átfordítani az időszemléletekben rejlő veszélyeket. Mintha a lineáris időképzetnél a szakadás veszélye fenyegetne. Szertegurulhatnak az emlékezés fonaláról a nehezen felfűzött gyöngyszemek, amelyek szertegurulva idegenek, élettelenek, már nem képezik szerves részét az életfolyamnak. A ciklikus időszemlélet az örvénylés képzetét hívhatja: „iszap, ragacs és gyors vizek".

Az örvénylés állapotában kapaszkodónak számíthat a lineáris időképzet, segíthet visszajönni a hétköznapok egymásutánjába, a realitásba. A lineáris út kiúttalanságából pedig az archaikusabb létezési mód, a pörgés, a forgás, a mesék varázslatos világa elenthet kiutat, hozhat változást, gyógyulást. Hol az egyenes út jelenthet kitörést a körbe forgásból, hol pedig az egyenes útból kell kitörni úgy, hogy ismét megtaláljuk a saját mozgáspályánkat.

Úgy tűnik, hogy a lineáris időszemlélet akkor tud működni, ha háttérként építhet a cirkuláris, ciklikus időszemléletre. Az Ayres által is megfogalmazott gondolat, miszerint a magasabb rendűnek tekintett működésmódok az evolúció során az ősibb működésmódokból fejlődtek ki (Ayres 1979), általános érvényűnek tűnik.

Különösen fontos ezt figyelembe vennünk a tanulási zavarokkal küszködő gyermekeknél. Ha nincsenek alapok, nagyon nehéz, már-már lehetetlen a továbblépés egy új világrendbe. A legtöbb gyerek fel sem fogja, hogy mit kívánnának tőle, mit csinál rosszul. Marad a téri és idői dezorientáció, a mélyen a sejtekbe égődő kudarcélmény. Alig-alig van más út, minthogy a gyermek a kezdetekhez történő visszatéréssel maga teremtsen teret és időt – és bennük önmagát.

Felvetődik az a lehetőség, hogy a fotoperiodikus történet, fotoperiodikus memória jelenségét és a viselkedési állapotok váltakozásait az emlékezéskutatások tágabb összefüggésrendszerében kíséreljük meg elhelyezni.

Kónya Anikó (Kónya 1996) áttekintő tanulmányában az emlékezetkutatásokban bekövetkezett paradigmaváltásokról ír. Eszerint a régebbi „emlékezeti tárakban" való gondolkodás idővel teret adott az emlékezeti rendszerekben való gondolkodásnak, és az emlékezet kutatása helyett egyre nagyobb hangsúlyt kapott az emlékezés aktív folyamatának a vizsgálata. A kisgyermekkori időfogalom kialakulásával kapcsolatban két alternatív hipotézis körvonalazódik. Az egyik felfogás szerint az emlékezet fejlődése kisgyermekkorban folyamatos, a másik szerint egy váltást foglal magába.

Az emlékezéskutatásoknak egyik fontos területe az ún. *önéletrajzi emlékezeti rendszer* kialakulása. Általánosan elfogadott, hogy ez a folyamat éveket vesz igénybe, megjelenését úgy négyéves korra teszik, jelentős egyéni eltérésekkel. Társas kapcsolatokban fejlődik, és működéséhez fontos a jelen és a múlt eseményei közti oksági kapcsolat megértése, melyet lényegi mozzanatnak tekintenek az idő lineáris felfogásához. Működése feltételezi egy állandó szelfmag kialakulását, azt a tudást, hogy ugyanaz vagyok a múltban, a jelenben és a jövőben (Kónya 1996; Király 2004; Futó, Kónya 2008; Király, Halász 2012a; Király, Halász 2012b).

Király Ildikó több tanulmányában foglalkozik az önéletrajzi emlékezeti rendszer kialakulásával, amelyekben részletesen elemzi, ütközteti az alternatív hipotéziseket, az eltérő kísérleti eredményeket (Király 200; Király, Halász 2012a; Király, Halász 2012/b). A tanulmányokat olvasva bennem az az asszociáció merült fel, hogy egy mai gyereknek hasonlóan rögös utat kell végigjárnia, amíg eljut a lineáris időképzetet feltételező önéletrajzi rendszer kialakulásához, mint annak idején Szent Ágostonnak. Talán nem véletlen, hogy Szent Ágoston az időről szóló elmélkedéseit önéletrajzi vallomásaiba szőtte bele...

Király mindhárom tanulmányának címe: *Átlépés az örök jelenből a múló időbe.* Vajon valóban az örök jelenben tölti életének első éveit egy ma élő kisgyermek? A biológiai ritmusok korai szerveződésével és a viselkedési állapotok váltakozásaival kapcsolatos eredmények ellentmondani látszanak ennek. Bár a mai nagyvárosi körülmények között komoly akadályokba ütközik a biológiai ritmusok szerveződése, jelentőségüket nem becsülhetjük le. Az élettörténeti események megéléséhez, lineáris láncra való felfűzésükhöz háttérként nagyon is fontosak lehetnek a ciklikus időszemlélettel kapcsolatos tapasztalatok. Ez az „őstudás", ez a háttértudás az időről minden bizonnyal fontos ahhoz is, hogy kialakuljanak az iskolában szükséges kog-

nitív képességek. Segíthet abban, hogy az emlékezés valóban aktív folyamat legyen, amelynek különböző formái szervesen fonódnak egymásba.

Napjainkban két gyógyító szándék feszül egymásnak, és mindegyik szándék az érvrendszerek és módszerek gazdag arzenáljával felszerelkezve küzd a maga szempontjaiért. A „direktívek" tábora elsősorban strukturáltabb helyzetekkel és különböző beavatkozásokkal lát lehetőséget a változtatásra, míg a „nondirektívek" deklaráltan nagyobb mértékben építenek az öngyógyító, önszerveződő potenciálokra.[11] A DSZIT Ayres nondirektív hangsúlyú terápiás filozófiáját vallja sajátjának, tekinti terápiás megközelítése egyik alappillérének.

Ayres (Ayres 1972) szerint a szenzomotoros zavarokat mutató gyermeknek önállóan kell szabályoznia, megszerveznie agya működését. A vele foglalkozók csupán biztosíthatják azt a környezetet, amely majd felébreszti a gyermek vágyát, hogy ezt megtegye. Hitvallása, hogy a gyermekben leküzdhetetlen vágy él a cselekvés, növekedés és a normális szenzomotoros fejlődés és kifejeződés iránt. Fogalmazhatnánk úgy is, hogy ott él benne a vágy a szétzilálódott, kaotikus, nem adaptív, testi és lelki sérülékenységet okozó mintázatok megváltoztatására.[12]

Rendszerszemléletben gondolkodva jogos lehet az a szándék, hogy ne a kaotikus mintázatoknak egyes komponenseit próbáljuk megváltoztatni, hanem adjunk esélyt a rendszer belülről történő változtatására. Akinek kaotikusak a világban lehetséges létezési formák mintázatai, az a világot is kaotikusnak, bejósolhatatlannak, fenyegetőnek éli meg. Ha saját megküzdése által képes változtatni belső mintázatain, úgy nagyobb esélye lehet arra, hogy a világot, és benne kapcsolatait is biztonságosabbnak, bejósolhatóbbnak élje meg. Ezzel a szemlélettel könnyebben bízhatjuk a kezdeményezést egy gyerekre, teret adva szélsőséges megnyilvánulásainak is.

Fontos, hogy a szakemberek minél többet tudjanak arról, hogy mely viselkedésmódok, figyelmi beállítódások a preferenciái, erősségei egy gyereknek. Fontos az is, hogy a szűkebb és a tágabb környezet mit vár el ebben a tekintetben a gyerektől. De minden bizonnyal legalább ilyen fontos az, hogy a gyermekkel foglalkozó szakemberek is minél többet tudjanak a saját preferenciáikról, erősségeikről és gyengéikről. Úgy tűnik, hogy a belülről történő bontakozás hívei lényegükből fakadóan inkább lázadók és nehezebben állíthatók csatasorba, mint azok, akik a nevelést kívülről hozott szabályokkal, fejlesztő feladatokkal szándékoznak megvalósítani. Jung szavaival függetlenül teremtő lények, Giordano Bruno kozmogóniájának szavaival magányos központok az univerzumban. Vannak helyzetek, amikor az életben, és így a gyereknevelésben is elengedhetetlen a követelményrendszerek felállítása, a külső szabályozás. Mégis, hosszú távon biztosan megéri, ha önmagunknál és másoknál is figyelembe vesszük a mélyből fakadó vágyat a belülről történő bontakozás iránt.

11 Bővebben lásd Arató Domonkos és Duzsné Víg Zsuzsanna *Nondirektivitás a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című tanulmányát.

12 Lásd még e kötetben Arató Domonkos és Duzsné Víg Zsuzsanna idézett tanulmányának *A szabadság és a struktúraadás egyensúlya a gyógypedagógia irányzatokban* című részét.

Leo Navratil osztrák pszichiáter skizofrén betegeinek alkotásait elemezve azt tapasztalta, hogy a betegség akut szakaszaiban expresszív képzőművészeti alkotások keletkezhetnek, míg az utánzás és a másolás képessége elveszik. Az akut szakaszok lecsengése után a betegek ismét képesek másolási feladatok végrehajtására. Ezt a folyamatot párhuzamba állította azzal, ahogyan a művészetek történetében az utánzás, a befogadás, a természethű ábrázolás az expresszív irányzatokkal váltakozik. Mindkét beállítódást egyenértékűnek tartva úgy látta, hogy mind az egyéni életútban, mind a művészetek történetében a két beállítódás közös szőttest alkot, az egyik generálhatja a váltást a másikba. Azt tapasztalta, hogy a betegek számára a legfenyegetőbb az a kaotikus állapot, amikor sem a külvilág, sem belső világuk felé nem képesek odafordulni (Navratil 1974).

Ahogy láttuk, a külvilág és a belső világ felé való odafordulás mintázatai és e mintázatok váltakozása már a magzati létben megjelennek. A mintázódásoknak ez a váltakozása mélyen az evolúciónkban gyökeredzhet. A magzati léttől végigkíséri egész életünket, és végigkíséri az emberiség történetét is. Ezt elfogadva talán könnyebben fordulhatunk együttérzéssel embertársaink aktuális beállítódásai felé, és bízhatunk abban, hogy idővel előtérbe kerülhetnek olyan beállítódások is, amelyek éppen a háttérben vannak.

Különböző korokban és kultúrkörökben más-más beállítódást, aktivitási szintet tartottak kívánatosnak, amely elősegítheti a gyógyulást, a változást, a fejlődést. A pszichoanalízis például nyugalmi állapotban, ingerszegény környezetben a belső történések felé való fordulás, a belső mozgás életre keltésével kívánta elősegíteni a gyógyulási folyamatot. Napjainkban előtérbe került a valódi mozgás jelentősége, a pszichoterápiák palettáján egyre inkább polgárjogot nyernek a kreatív mozgásos terápiák, mint a DSZIT és az IKT.

Sok-sok tapasztalat szól amellett, hogy a különböző megközelítések mind elérhetik a céljaikat. A magyarázat valószínűleg abban rejlik, hogy amennyiben egy beállítódás működőképessé válik, ez alapjául szolgálhat a többi beállítódás jobb működéséhez. Könnyebben történhetnek váltások a különböző beállítódások között, ami alapvető fontosságú az életvitel során. Nem feledkezhetünk meg azonban arról, hogy a gyermek létezési módja mozgásba ágyazottan valósul meg, így náluk a kreatív mozgásos terápiák megkerülhetetlennek tűnnek.

Számos ősi gyógymód éli reneszánszát manapság. Az archaikus kultúrákban a gyógyító eljárások szigorú idői és rituális keretek között fejthették ki az egyén és a közösség testi-lelki egészségét óvó, helyreállító hatásaikat. Civilizált világunkban azonban előfordulhat, hogy az ősi kipróbált gyógymódok a kontextusból kiszakítva nem az integrációt segítik elő, hanem dezintegrációt váltanak ki. Legyünk tehát óvatosak és körültekintőek, amikor a mi kultúrkörünk szokásaiba ágyazottan merítünk az emberiség ősi gyógyító eszközeiből (Frecska 2007).

Ismert, hogy különböző kultúrkörök más-más módon gazdálkodnak az idővel. Hall már említett könyvében (Hall 1980) ún. monokróm és polikróm kultúrákat különböztet meg. Hall szerint a monokróm idől orientáció dominanciája az észak-európai és észak-amerikai népekre, tehát nagyjából az ún. civilizált világra jellemző, míg

a Föld többi népénél – eltérő hangsúlyokkal bár, de – inkább a polikróm idői orientáció mondható tipikusnak. A *monokróm kultúrákban* határozott törekvés mutatkozik az idő ellenőrzésére szabályozott bürokratikus struktúrák által. Fontos a pontosság, a hatékonyság, az idő eredményes kihasználása. A *polikróm kultúrákban* az időfelfogás nem olyan szigorú, a határidők, a pontosság nem olyan fontos követelmény, mint a monokróm társadalmakban. Tagjai általában több tevékenységet futtatnak párhuzamosan egy időben, számukra az idő és a végzett tevékenységek kevésbé bonthatók egységekre. Mivel mindegyik orientációnak fontos adaptív funkciói vannak, az egyik irányultság teljes egyeduralma hosszabb távon egyetlen közösség számára sem lenne megfelelő. Azon azonban érdemes elgondolkodnunk, hogy a mi monokróm dominanciájú, a lineáris időszemléleten alapuló időhasználatunk nem az egyedüli lehetőség. Meg kellene fontolnunk, mit tanulhatnánk abból, ahogyan más kultúrkörök bánnak az idővel.

Korának szellemi áramlatai, a vélekedések a világ dolgairól hatni fognak a gyermek fejlődésére, sorsára. Ezzel a közhelynek számító megállapítással kezdődött ez a fejezet, „A gyermek a nagyvilágban". Michael Passolt és Jürgen Schindler német mozgásterapeuták, akik következetesen képviselik azt, hogy az egymással bonyolult kölcsönhatásban lévő társadalmi jelenségek figyelembevétele nem megkerülhető a gyermek tüneteinek megértéséhez, a pókháló hasonlatával élnek. Ebben a három dimenziós hálóban minden mindennel összefügg. A strukturális kapcsolatok útján a minimális mozgások is továbbhaladnak, és a háló egy távolabbi pontján is érezhetőek lesznek. (Passolt, Schindler 2005) Ennek a modellnek a segítségével talán jobban megérthetjük például azt is, hogy a tudományos felfedezések a biológiai órákról akár az egész kicsi gyermekeket is érintő gyógyszerszedési népszokásokhoz vezethetnek el.

Pierpaoli és Regelson könyvükben (Pierpaoli, Regelson 1999) magas színvonalú ismeretterjesztő áttekintést adnak arról a munkáról, amelyben harminc évig kutatták a hormonrendszer és az immunrendszer kölcsönhatásait, és amelynek során felismerték a biológiai óra szerepét betöltő melatoninhormont termelő tobozmirigy koordináló, „karmester" szerepét. Ám a könyv egyes részeiben mintha elveszne a természettudományos gondolkodásban iskolázott kutatók realitásérzéke.

A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a fiatalító, immunitást erősítő, szexualitást fokozó melatoninhormon szedésével akár száz év felettire is hosszabbítható az aktív, örömteli élet. A szép új jövő horizontjait fürkészve felvetették annak a lehetőségét is, hogy mivel melatonin szedésével meghosszabbíthatónak látják a női reproduktív életszakaszt, a karrierjüket féltő és építő nők akár az 50-es éveikben is szülhetnének. A magyar kiadás címlapján ez áll: „Világsiker". Valóban, a könyv nyomán futótűzként terjedt el a világszenzáció, hogy megvan a csodaszer, amellyel legyőzhetjük a betegségeket, az alvászavarokat, szembeszállhatunk, szembemehetünk az idővel, az öregedéssel. Együnk melatonint! „A világ számos országában recept nélkül kapható melatonin remélhetőleg hamarosan itthon is beszerezhető lesz. Könyvünk közérthető és pontos útmutatásaival a szer biztonságos és optimális használatát segíti" – áll a magyar kiadás borítóján. A melatonin bioboltokban már jó ideje itthon is beszerezhető recept nélkül. Azonban több érv is szól amellett, hogy a melatonin-

hormon bioboltokban történő recept nélküli árusítása aligha illik a természetgyógyászati szemléletbe.

Nehezen érthetőek ezek a felvetések a természettudományos gondolkodásban iskolázott, a holisztikus szemléletű gyógyítás mellett elkötelezett kutatóktól. Így figyelmen kívül hagyják azt a tényt, hogy egy anyagnak más lehet a hatása attól függően, hogy a szervezet aktív részvétellel, az előállításához szükséges tevékenységgel, vagy pedig kívülről kapva jut-e hozzá. Figyelmen kívül hagyják továbbá azt a tényt, hogy egy kívülről bevitt anyagnak teljesen eltérő, akár ellentétes hatása is lehet attól függően, hogy az élőlény aktuálisan milyen testi-lelki állapotban van. Gondoljunk csak a már fentebb idézett vizsgálatokra, amelyek rávilágítottak, hogy a kívülről beadott melatonin menynyire szűk idői intervallumokban képes a hatását kifejteni (Ebling, Foster 1989).

Mára egyre erősebbek azok a hangok, hogy a melatonin kontrollálatlan szedése nem veszélytelen, így a melatonin erre speciálisan képzett orvos kezébe való. Kellő körültekintéssel adva a melatonin hatékony gyógyszer lehet több betegségnél, így egyes alvászavaroknál, depresszióknál (Bódizs 2009; Bódizs, Purebl, Rihmer 2010).

Vessünk most egy pillantást arra, hogy milyen jellegzetességeket mutat a melatoninritmus az életút során. A magzat melatoninritmusa már a magzati életben ráhangolódik az anya melatoninritmusára. Közvetlenül a születés után megszűnik a melatoninritmus, de az anyatej nagy mennyiségben tartalmaz melatonint, ami támogatóan hat az újszülött saját melatoninritmusának a kialakulására (Reppert et al. 1985). A melatonintermelődés kb. 3 éves korig növekszik, majd a pubertásig fokozatosan csökken. Ez a csökkenés adja meg a jelet a nemi érés beindulásához. A termékenységi periódus elmúltával lényegesen csökken a melatonintermelés. Idős korban a tobozmirigy fokozatos elmeszesedése állhat az egyre csökkenő melatonintermelés hátterében (Csaba 2014).

Pierpaoli és Regelson apokaliptikus képet fest az öregkorról, a gyakran súlyos formákat öltő szellemi leépülésről, a betegeskedésekről, a depresszióról, az elkeseredésről. Drámai statisztikákat közölnek arról, hogy ez mennyire így van az USA-ban. Az okot elsősorban abban látják, hogy a reprodukciós szakasz után a melatonintermelődés erősen lecsökken, így a „karmester", az „irányítók irányítója" nélkül megindul a szervezet leépülése (Pierpaoli, Regelson 1999).

Valószínűtlennek tűnik, hogy egy olyan komplex folyamat irányításáért, mint az öregedés, egyetlen szerv, egyetlen anyag lenne felelős. Az életút bensőséges részét képező időskor megéléséhez pedig biztosan nem juthatunk el pusztán különböző anyagok szedésével.

Freud úgy fogalmazott, hogy az ember idős korban „visszavonja a libidóját" a külvilágból (Freud 1991). Pierpaoli és Regelson szerint ebben fontos szerepe lehet annak, hogy a külvilág ingerei által beállított biológiai órák működése a háttérbe szorul.

Kérdés, hogy mindez nincs-e így rendjén. A konkrét idő tovatűnik, és kitárul a végtelen, az örökkévalóság. Ez akkor is megtörténhet, ha éppen nem hiszünk abban, hogy életünk folytatódik a túlvilágban. A konkrét feladatok elvégeztettek, így ideje lehet a bölcsességnek, a tágabb horizontú szemlélődésnek, a humornak, a mesélni tudásnak, az örömnek annak láttán, hogy bontakozik az utánunk jövő generáció. Talán nem is kell több melatonin.

De kell-e a rosszul alvó kicsi gyereknek melatonin? Az interneten tallózva úgy tűnik, nagy a zűrzavar ebben a kérdésben. Egy amerikai internetes portálon a szülők arról kérdezik a Yale Pediatric Sleep Center igazgató gyermekorvosát, adjanak-e nehezen elalvó, nyugtalan gyermeküknek melatonint (Canapari 2015). Ugyanis az USA-ban ma a felnőttek mellett egyre több kamasz és fiatal fogyaszt melatonint (Veciana-Suarez 2014), és terjedőben a szokás, hogy a gyerekeket is ezzel etessék. Canapari részletes tájékoztatást ad az indikációkról és kontraindikációkról, a gyakran előforduló mellékhatásokról, és azt válaszolja, hogy lehetőleg ne adjanak a gyereknek melatonint, de ha ezt mégis szükségesnek látják, feltétlenül forduljanak szakemberhez. A Miami Herald cikkében (Veciana-Suarez 2014) is ugyanezt válaszolják, és emellett részletes tájékoztatást adnak a jobb alvást elősegítő lehetőségekről. És azok a szülők, akik egyszerűen vesznek a boltban étrend-kiegészítőnek nevezett melatonint, és megetetik a gyerekükkel?

Magyarországon talán még kaotikusabb a helyzet, mint az USA-ban. Találhatók hirdetések arról, hogy hol a legolcsóbb a biomelatonin, és hirdetnek a tarkóra szórható melatonin tartalmú sprayt is. Ugyanakkor nálunk is megjelennek olyan vélemények, hogy az elalvást, az alvás minőségét életmód-változtatással és nagyon egyszerű praktikákkal lehet javítani.

Ahogy az időskor a világtól való elválásnak, az idői struktúráktól való elszakadásnak az ideje, a magzati lét és a kisgyermekkor a világgal való ismerkedésnek, az idői rendek megteremtésének az ideje. Éppen ezekben a kezdeti időkben a legmagasabb a melatoninszint. Akkor, amikor elválik egymástól az éjszaka és a nappal, akkor, amikor szerveződik a fotoperiodikus memória a nappalok és az éjszakák hosszáról, az évszakok váltakozásairól. Ha erre nincsen nagyon nyomós ok, minden bizonnyal kontraindikált a melatoninhormon adása nehezen elalvó kisgyerekeknek. A szülők jelenlétükkel, meséikkel segíthetnek abban, hogy a gyermek szét tudja választani a világosságot a sötétségtől, meg tudjon küzdeni a sötétség félelmetes aspektusaival. Így lehetőség nyílhat arra, hogy saját szervezete termelje meg az idői rendek megteremtéséhez fontosnak tűnő melatoninhormont.

Szerveződik-e egyáltalán a fotoperiodikus memória egy mai nagyvárosban élő gyereknél? A fényszennyezéssel foglalkozó kutatások arra hívják fel a figyelmet, hogy a mai nagyvárosi gyerekek közül sokan ugyancsak összekuszálódott világban élnek. Alig-alig láthatják a csillagos eget. Látnak ehelyett tömérdek villódzó fényt, és olyan mennyiségű folyamatosan változó vizuális információt, amely már-már feldolgozhatatlannak tűnik.

A Nemzetközi Csillagászati Unió már 1997-ben kiadott egy közleményt: „A csillagos ég az egész emberiség öröksége, amelyet ezért érintetlenül meg kell őrizni [...] A csillagos ég kapjon legalább annyi védelmet, mint amennyit a világörökség részét képező helyek kaptak a Földön" (Czakó 2011).

Egy 2001-es világatlasz alapján a fényszennyezettség szempontjából az Egyesült Államok keleti oldala, Európa és Japán a leginkább veszélyeztetettek. A túlzásba vitt világítás egyértelműen a fejlett országokra jellemző (Czakó 2011).

A Nemzetközi Sötétégbolt-park címet Európában elsőként a Zselici Csillagoségbolt-park kapta meg 2009-ben a skóciai Galloway Parkkal közösen. Mára a Hortobágyi Nemzeti Park területén lévővel együtt már két ilyen parkban gyönyörködhetünk a sötét égboltban. Jó lenne, ha minél többen eljutnának ezekre a helyekre, nekem is kedvem támadt rá. Ugyanakkor remélem, hogy a legtöbben nem csak rezervátumokban láthatják a csillagos eget.

Büki György gyermekneurológus, akinek munkásságáról már szó volt, a Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat keretében évek óta dolgozik a Csíkszentmártoni Korai Fejlesztő és Rehabilitációs Központban és kisebb romániai falvakban is. Elmondása szerint az egyik csángó faluban az utóbbi időkben az életmód változásával egyre szaporodnak a civilizációs betegségek (Büki 2015b). Pedig az itt élő gyerekeknél, akik nem is olyan régen az erdőkben, a mezőkön töltötték idejük nagy részét, ezek a betegségek még ismeretlenek voltak. Bárcsak kivédhető lenne ez!

Ahogyan a mai fényszennyezett nagyvárosokból sötét éjszakákba vágyódunk, ugyanúgy vágyódott az emberiség időtlen idők óta a fény világába. 1945-ben Dél-Egyiptomban, a Luxortól nem messze lévő Nag Hammádiban nagy jelentőségű papirusztekercseket találtak kopt gnosztikusok 2–4. századból származó írásaival. A kopt gnosztikusok eklektikus gondolatvilága keresztény, görög, iráni és egyiptomi eszmék ötvöződéséből alakult ki. Kákosy László *Fény és káosz* című könyvében e régi kor lírai hangvételű írásaiba, teremtésmítoszaiba nyerhetünk betekintést (Kákosy 1984). Az ismeretlen szerzők mindegyikében ott élt a vágyakozás, hogy megismerjék, megéljék a fény és a sötétség princípiumait. Az egyik mítosz szerint a hét arkhón, akik a világot és az első embert is teremtették, kérdéseket tettek fel Ádámnak. „Lám, Ádám olyan lett, mint egy közülünk, felismeri a különbséget a fény és a sötétség között" – mondták (Kákosy 1984, 96.).

A fény és sötétség közötti különbség megélése izgalmakkal teli motívuma a gyerekjátékoknak. Az akkor hatéves Luca unokám mint az arkhónok Ádámmal, úgy bánt el velem. „Bezárlak a fürdőszobába, és leoltom a villanyt, hogy tudjad meg te is, milyen a sötétség!" Nagy barátok lettünk, miután kiálltam a próbát.

Az Óbudai Nevelési Tanácsadó egykori „labirintusa" fogalommá vált a DSZIT-terápiás szakemberek körében. Az óvóhelyből kialakított terápiás helységbe kanyargós lépcsőkön vezetett az út. Ha nem égett a lámpa, itt teljes sötétség volt. Molnár Magda, Bedő Ilona és Papp Tímea jelen kötetben található írásaiból[13] alkothatunk képet erről a világról. Ezek az írások rímelnek a 2000 évvel ezelőtti kopt gnosztikusok írásaira. Fény és sötétség megélése, a szétválasztásuk kihívás volt az akkori emberek számára, és kihívás a ma gyerekei számára is.

Az IKT-csoportokban gyakori, hogy a csoporttagok spontán módon újból és újból sötétséget teremtenek maguk számára, például hosszabb időt töltenek el egy takaró alatt. Sokféle gyógyító hatása lehet annak, hogy szabadon lehet követni az elbújás, a sötétben levés, majd a fénybe való kibújás belső késztetéseit, a nyílás és a csukódás örök váltakozását. A csoportokban fontos szerepet kap a csukott szemmel történő mozgás, tánc, amelynek jótékony hatásai szintén ismertek (Varga, Kiss 2007).

13 Molnár Magda: *Út a sötétben*; Bedő Ilona, Papp Tímea: *Fent és lent, fényben és sötétben – A fizikai környezet és a dinamikus szenzoros integrációs terápia kapcsolata.*

Nem is olyan régen az „ingergazdag" környezetet tartották jónak a gyermek fejlődése szempontjából az „ingerszegény" környezettel szemben. Napjainkban mintha billenne a mérleg nyelve. Egyre nyilvánvalóbb, hogy feldolgozhatatlan az a mennyiségű és az az összetételű információáradat, amely egy nagyvárosi embert ér. Felértékelődnek azok az alapok, amelyek elengedhetetlenek ahhoz, hogy el tudjunk majd igazodni ebben a világban. A kapcsolatok, a közösség megtartó ereje, a fény, a Nap melege, a sötétségben a csillagos ég, a zöld mező és a kék ég, az égen a felhők, a napfelkelte és a naplemente.

Csépe Valéria elutasítja az „ingergazdag" környezet fetisizálását, amelyhez véleménye szerint nagyrészt az 1970-es évek patkánykísérletei szolgáltak alapul. Károsnak tartja a „lebutított agykutatási eredmények" kritikátlan alkalmazását, így azt, hogy az elhatalmasodó fejlesztési divatot követve a szülők már az egész kicsi gyerekeket is „babafejlesztő" játékok tömkelegével halmozzák el, miközben gyakran megfeledkeznek a kapcsolat fontosságáról (Csépe 2010).

Freund, akinek néhány gondolatáról fentebb szó volt, munkássága fontos részének tekinti az ismeretterjesztést. Előadásaiban következetesen rámutat arra, hogy a belső világ gazdagsága, a kreativitás, az improvizációra való képesség valamint a külvilág információinak a kezelése összefüggenek egymással. Megfogalmazása szerint napjainkban fuldoklunk az információk tengerében, és ez lehetetlenné teszi azt, hogy a külvilág információit megfelelő hatékonysággal dolgozzuk fel, és hívjuk elő akkor, amikor erre szükség lenne. Véleménye szerint a kiutat ebből csak az jelentheti, ha a külvilágból jövő információkat összhangba hozzuk belső érzelmi világunkkal, ha teret adunk a kreativitásnak (Freund 2013).

Hogyan lehet összhangban a belső bontakozás, a kreativitás, a „mágikus" cselekedetek és a külvilág érzékelése, befogadása? Mondhatnánk: hogyan valósul meg a dinamikus szenzoros integráció? Vannak-e összefüggések a különböző időszemléletek és a világhoz való viszonyulások között? Ezek a kérdések át- meg átszövik az emberiség történetét, és alapmotívumai voltak ennek a tanulmánynak is, helyenként szubjektív hangvétellel. Weöres Sándor *Harmadik szimfónia* című verse nemigen enged meg azt, hogy kiragadjunk belőle részleteket. Mégis, befejezve a befejezhetetlent, idézzünk most ebből a költeményből két részletet.

Kereplőként űzöd körbe magad,
rab vagy, de keserved álma szabad
s igazad az álom, a röpke!
A szikla, ha rávésed jajodat,
többé nem szikla: élő te-magad,
s föllibben a fellegekbe.

– – – – – – – – – – – – – – – – –

Rögökön, fellegen, kék vidéken
siető léptemmel el nem érem:
szívemben szövöget
napokat, éjeket
a kinti sokszínű szőnyeget
benn szövi mind,

bennem szőtt szőnyegen
odakinn keresem,
míg ezer mintája szüntelen
körbe kering.

Az 1970-es évek elejétől a biológiai kutatásokon belül is egyre hangsúlyozottabban merült fel az igény, hogy lazítsák az egészség és a betegség közötti merev határokat. Ebben a kontextusban bukkant fel pozitív kicsengésű jelszóként a *sérülékenység* (vulnerability) fogalma. Ezen felfogás szerint az örökletes tényezők, a környezeti hatások és az ezekre adott válaszmintázatok folyamatos összjátéka határozza meg, hogy betegség alakul-e ki, és amennyiben igen, miként képes ezzel a személy testi és lelki szinten megküzdeni. Szemben a klasszikus osztályozási kísérletekkel, ez a megközelítés jobban épít az egyén belső erőforrásaira. A determinizmussal, a végzet hatalmával szemben nagyobb szerepet kap az esély. Előtérbe került a biológiai markerek vizsgálata, amelyek megléte önmagában nem feltétlenül vezet betegséghez, de amelyek sérülékenységet okozhatnak, így bizonyos betegségek kialakulásánál veszélyeztető tényezőként kell számításba vennünk őket (Neale, Oltmanns 1980).

Holisztikus testorientált munkánkban nem hagyhatjuk figyelmen kívül a biológiai sérülékenységből fakadó történéseket. A mintázódás zavarait olyan biológia markereknek kell tekintenünk, amelyek testi és/vagy lelki megbetegedések létrejöttének veszélyeztető tényezői lehetnek. Vegyük komolyan ezeket a veszélyeztető tényezőket. Továbbá vegyük komolyan azokat a belső erőforrásokat is, amelyek esélyt adnak arra, hogy változtassunk a változtathatatlannak tűnőn. Nyitottnak kell lennünk a sérülékeny, sebzett emberben, embergyerekben rejlő értékek, lehetőségek iránt.

Irodalom

ANDREK A. (2012): *Mindentudó kisbabád, mindentudó magzatod: A korai kötődés kezdete és kontinuitása.* Háttértanulmány *Az élet: ajándék* című konferencián elhangzott előadáshoz. Kapocs, 11/4, 22–33.

ARDUINI, D.; RIZZO, G.; CAFORIO, L. (1989): *Behavioural state transitions in health and growth retarded fetuses.* Early Human Development, 19/3, 155–165.

ARDUINI, D.; RIZZO, G.; ROMANINI, C.; MANCUSO, S. (1988): *Computerized analysis of behavioural states in asymmetrical growth retarded fetuses.* Journal of Perinatal Medicine, 16/4, 357–363.

ARMSTRONG, S. M. (1989): *Melatonin: the internal zeitgeber of mammals?* In: Reiter, R. J. (ed.): *Pineal research reviews: Volume 7.* A. R. Liss, New York, 157–202.

AUGUSTINUS, A. (1982): *Vallomások.* Gondolat, Budapest.

AYRES, A. J. (1972): *Sensory integration and learning disorders.* Western Psychological Services, Los Angeles.

AYRES, A. J. (1979): *Sensory integration and the child.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Bartness, T. J.; Goldman, B. D. (1989): *Mammalian pineal melatonin: A clock for all seasons.* Experientia, 45/10, 939–945.
Bauer, J. (2010): *Miért érzem azt, amit te? Ösztönös kommunikáció és a tükörneuronok titka.* Ursus Libris, Budapest.
Bender, L. (1966): *The concept of plasticity in childhood schizophrenia.* In: Hoch, P. (ed.); Zubin, J. (ed.): *Psychopathology of Schizophrenia.* Gurne and Stratton, New York, 354–365. [Magyar nyelvű kivonatos, tömörített fordítás: *Lauretta Bender: A plaszticitás fogalma a gyermekkori szkizofréniákban.* In: Varga I. (összeáll.) (1992): *Klinikai pszichológiai szöveggyűjtemény.* Tankönyvkiadó, Budapest, 152–154.]
Binswanger, L. (1957): *Schizophrenie.* Neske, Pfullingen.
Bódizs R. (2009): *A melatonin, az alvás és a cirkadian ritmusok: elméleti megfontolások és kronofarmakológiai alkalmazások.* Lege Artis Medicine, 19/6–7, 369–374.
Bódizs R. (2012): *Káprázatos látomás a világvégéről.* Videó. https://www.youtube.com/watch?v=RhXYMq_vsZ0 (Letöltve: 2015. december 20.)
Bódizs R.; Purebl Gy.; Rihmer Z. (2010): *Hangulat, hangulatingadozások és depresszió: A cirkadián ritmusok szerepe.* Neuropsychopharmacologia Hungarica, 12/1, 277–287.
Bowlby, J. (1969): *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment.* New York, Basic Books.
Brandle, J.; Preissl, H.; Draganova, R.; Orniz, E.; Kagan, K. O.; Abale, H.; Brucker, S. Y.; Kiefer-Schmidt, I. (2015): *Heart rate variability parameters and fetal movement complement fetal behavioral states detection via magnetography to monitor neurovegetative development.* Frontiers in Human Neuroscience, April 07. 2015. journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2015.00147/pdf (Letöltve: 2015. december 20.)
Brennan, R.; Jan, J. E.; Lyons, C. J. (2007): *Light, dark, and melatonin: Emerging evidence for the importance of melatonin in ocular physiology.* Eye, 21, 901–908.
Bubenik, G. A. (2001): *Localization, physiological significance and possible clinical implication of gastrointestinal melatonin.* Biological Signals Receptors, 10/6, 350–366.
Buday J. (1889): *Giordano Bruno élete és bölcselete.* Magyar Philosophiai Szemle, 8/3–4, 231–292. http://epa.oszk.hu/01000/01054/00040/pdf/1889_3-4_231-292.pdf (Letöltve: 2016. január 15.)
Büki, Gy. (2015a): *Az autizmus és az ételintolerancia.* http://tudatosegeszseg.hu/az-autizmus-es-az-etelintolerancia-kapcsolata/ (Letöltve: 2015. december 20.)
Büki, Gy. (2015b): *Jónak lenni jó.* A Duna Televízió műsora 2015. december 13-án. http://www.mediaklikk.hu/video/jonak-lenni-jo-2015-12-13-i-adas-9/ (Letöltve: 2015. december 20.)
Canapari, C. (2015): *Melatonin For Children? A guide for parents.* http://drcraig-canapari.com/should-my-child-take-melatonin-a-guide-for-parents/ (Letöltve: 2015. december 21.)
Cannon, W. B. (1932): *The wisdom of the body.* Norton, New York.
Charil, A.; Laplante, D. P.; Vaillancourt, C.; King, S. (2010): *Prenatal stress and brain development.* Brain Research Reviews, 65/1, 56–79.
Czakó Cs. (2011): *Csillagos ég rezervátum a Hortobágyi Nemzeti Parkban és a fényszennyezés ökológiai hatásai.* Szakdolgozat. Debreceni Egyetem Műszaki Kar, Környezet- és Vegyészmérnöki Tanszék, Debrecen.
Czigler I. (2004): *Az időtartam élmény.* Pszichológia, 24/4. 325–342.
Csaba Gy.; Baráth P. (1975): *Morphological changes of thymus and the thyroid gland after postnatal extirpation of pineal body.* Endocrinologia Experimentalis, 9/1, 59–67.
Csaba Gy. (2007): *Selye János és a stresszelmélet.* Természet Világa, 138/12, 530–532.
Csaba Gy. (2013a): *Hormonális imprinting a központi idegrendszerben: Okok és következmények.* Orvosi Hetilap, 154/4, 128–135.
Csaba Gy. (2013b): *The pineal regulation of the immune system: 40 years since the discovery.* Acta Microbiologica et Immunologica Hungarica, 60/2, 77–91.
Csaba Gy. (2014): *Tobozmirigy az atomkorban.* Természet Világa, 145/8. 354–357.
Csépe V. (2010): *Bébi Einstein.* Mindennapi Pszichológia. 2010/2, 7–10.
Csibra G., Gergely Gy. (2007): *Társas tanulás és társas megismerés: A pedagógia szerepe.* Magyar Pszichológiai Szemle, 62/1, 5–30.
DiPietro, J. A.; Hodgson, D. M.; Costigan, K. A.; Hilton, S. C.; Johnson, R. B. (1996): *Development of fetal movement-fetal heart rate coupling from 20. weeks through term.* Early Human Development, 44/2, 139–151.
DiPietro, J. A. (2012): *Maternal stress in pregnancy: Considerations for fetal development.* Journal of Adolescent Health, 51/2, Supplement, S3–S8.
Ebling, F. J. P., Foster, D. L. (1989): *Pineal melatonin rhythms and the timing of puberty in mammals.* Experientia, 45/10, 946–954.
Ehmann B. (2004): *A szubjektív időélmény mintázatainak pszichoanalitikus és narratív pszichológiai párhuzamai.* Pszichológia, 24/4, 405–427.
Eliade, M. (1993): *Az örök visszatérés mítosza avagy a mindenség és a történelem.* Európa, Budapest.
Eliade, M. (1999): *A szent és a profán: A vallási lényegről.* Európa, Budapest.
Erren, T. C.; Koch, M. S.; Gross, J. V.; Kämmerer-Cruchon, S.; Fuchs, A.; Pinger, A.; Reiter, R. J. (2012): *Chronomedicine: an old concept's fledging? A selective literature search.* Neuroendocrinology Letters, 33/4, 357–360.
Frecska, E. (2007): *Kvantumpszichológia.* http://pszichologia.blog.hu/2007/04/12/kvantumpszichologia_dr_frecska_ede_pszichologia (Letöltve: 2015. december 20.)
Frecska, E. (2015): *A lélek indája, az ayahuasca.* Előadás, hangfelvétel. http://saman.org.hu (Letöltve: 2015. december 20.)
Freud, S. (1911): *Formulations of two principles of mental functioning.* In: Strachey, J. (ed.) (1958): *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud: Volume XII, 1911–1913.* Hogarth Press, London, 218–226.
Freud, S. (1991): *A halálösztön és az életösztönök.* Múzsák, Budapest
Freund, T. (2011): *Agyhullámok és kreativitás.* TED^x Danubia előadás. https://www.youtube.com/watch?v=6ug2OIErll8 (Letöltve: 2016. január 30.)
Freund T. (2013): *Kreativitásunk gyilkosairól beszélt Freund Tamás agykutató Kolozsváron.* http://www.hallottad.hu/cikkek/kreativitasunk-gyilkosairol-beszelt-freund-tamas-agykutato-kolozsvaron (Letöltve: 2015. január 3.)
Freund T. (2014): *Egy este Freund Tamás agykutatóval.* YouTube. www.youtube.com/watch?v=lyaYJHg_JSc (Letöltve: 2015. december 20.)

FUTÓ J.; KÓNYA A. (2008): *A gyermekkori emlékek természete: Halványodás és kiemelkedés.* Alkalmazott Pszichológia. 10/1–2, 53–67.
GELL, A. (2000): *Idő és szociálantropológia.* In: Fejős Zoltán (szerk.): *Idő és antropológia: Fordítások gyűjteménye.* Osiris, Budapest, 35–67.
GULYÁS A. (2004): *Gátló idegsejtek sokféleségének szerepe az agykéreg aktivitásának a szabályozásában.* Magyar Tudomány, 7, 759–770.
GÜRTLER, W. (1999): *Integrált Tánc- és Kifejezésterápia.* Pszichoterápia, 8/2, 133–135.
HALBERG, F.; CORNÉLISSEN, G.; KATINAS, G.; ET AL (2003): *Transdisciplinary unifying implications of circadian findings int he 1950s.* Journal of Circadian Rhythms, 1–2. www.jcircadianrhythms.com/articles/10.1186/1740-3391-1-2/ (Letöltve: 2016. január 3.)
HALL, E. T. (1980): *Rejtett dimenziók.* Gondolat, Budapest.
HALMOS T.; SUBA I. (2013): *A napi ritmus szerepe és jelentősége a klinikumban.* Magyar Tudomány, 1, 96–102.
HEIDEGGER, M. (2004): *Lét és idő.* Osiris, Budapest.
HERBERT, J. (1989): *Neural systems underlying photoperiodic time measurement: A blueprint.* Experientia, 45/10, 965–972.
HERMANN I. (1984): *Az ember ősi ösztönei.* Magvető, Budapest.
HERMANN I. (1988): *A pszichoanalízis mint módszer.* Gondolat, Bp.
HUBERT, H.; MAUS, M. (2000): *Rövid tanulmány az idő képzetéről a vallásban és a mágiában.* In: Fejős Zoltán (szerk.): *Idő és antropológia: Fordítások gyűjteménye.* Osiris, Budapest, 35–67.
JUHÁSZ J. (É. N.): *Rudolf Steiner élete.* http://www.antropozofia.hu/rudolf_steiner_elete (Letöltve: 2016. január 30.)
JUNG, C. G. (2002): *A pszichoterápia gyakorlata.* Scolar, Budapest.
KÁKOSY L. (1984): *Fény és káosz: A kopt gnósztikus kódexek.* Gondolat, Budapest.
KÁLLAI, J. (1996): *Az archaikus ember térszemlélete.* Pszichológia, 16/2, 189–206.
KIERKEGAARD, S. (1986): *Félelem és reszketés.* Európa, Budapest.
KIRÁLY I. (2004): *Átlépés az örök jelenből a múló időbe: Az „én tapasztaltam" élménye és a múlt–jelen–jövő megértése.* Pszichológia, 24/4, 387–403.
KIRÁLY I.; HALÁSZ E. (2012A): *Átlépés az örök jelenből a múló időbe I.: Az „én tapasztaltam élménye" és emlékezeti idő kibontakozása.* Pszichológia, 32/2, 119–132.
KIRÁLY I.; HALÁSZ E. (2012B): *Átlépés az örök jelenből a múló időbe II.: Az összehasonlító idő mint a kritikai perspektíva lehetséges alapja: a korai forrásemlékezet, a realitásmonitorozás és a befolyásolhatóság problémái.* Pszichológia, 32/4, 297–316.
KISS J. (SZERK.) (2007): *Biológiai Kislexikon.* Typotex, Budapest. http://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tkt/oxford-typotex-biologiai/index.html (Letöltve: 2016. január 15.)
KISS T. C.; VARGA I. (2007): *Beállítódások, tudati állapotok az Integrált Kifejezés- és Táncterápiában.* Hipno-Info, 70, 75–92.
KNAEPEN, E.; WEYERS, M. H. (1988): *Adult susceptibility induced by preweaning shifts of Zeitgeber in rats (I).* Physiology and Behavior, 44/6, 763–767.
KNAEPEN, E., WEYERS, M. H. (1989): *Adult susceptibility induced by preweaning shifts of Zeitgeber in rats (II).* Physiology and Behavior, 46/3, 443–447.

KÓNYA A. (1996): *A „tiszta emlék".* Pszichológia, 16/4, 335–346.
KULCSÁR ZS. (1994): *Biológiai ritmusok és az újjászületés archetípusa: A melatonin tobozmirigyhormon bio-pszichológiai hatásainak áttekintése.* Magyar Pszichológiai Szemle, 50/3–4, 239–253.
KULCSÁR ZS. (1996): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók: Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai elemzésben.* Akadémiai, Budapest.
KUNOS V. (1999): *Szenzoros integráció és kreatív terápia fogyatékkal élő fiatalokkal.* Szakdolgozat, ELTE-BTK Pszichológia szak, Budapest.
LANSZKI J. (2000): *A fényperiódus és a melatonin szerepe emlősök szenonális bioritmusában.* Acta Agraria Kaposváriensis, 4/2, 57–83.
LERNER, A. B.; CASE, J. D.; TAKAHASHI, Y. (1960): *Isolation of melatonin and 5-methoxyindole-3-acetic acid from the bovine pineal glands.* Jounal of Biological Chemistry, 235/7, 1992–1997.
LOKHORST, G. J. (2005): *Descartes and the Pineal Gland.* In: Edward N. Zalta (ed.): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy.* (Fall 2015 Edition) http://plato.stanford.edu/archives/fall2015/entries/pineal-gland/ (Letöltve: 2015. december 15.)
LORENZ, K. (1985): *Összehasonlító magatartás-kutatás: Az etológia alapjai.* Gondolat, Budapest.
LYNCH, H. J.; WURTMANN, R. J.; MOSKOWITZ, M. A.; ARCHER, M. C.; HO, M. H. (1975): *Daily rhythms in human urinary melatonin.* Science, 187, 169–171.
MCMILLEN, I. C.; NOWAK, R. (1989): *Maternal pinealectomy abolishes the diurnal rhythm in plasma melatonin concentration in fetal sheep and pregnant ewe during late gestation.* Journal of Endocrinology, 120, 459–464.
MCMILLEN, I. C.; NOWAK, R.; WALKER, D. W.; YOUNG, I. R. (1990): *Maternal pinealectomy alters the daily pattern of fetal breathing in sheep.* American Journal of Physiology, 258, R284–287.
MELTZOFF, A. N.; MOORE, M. K. (1977): *Imitation of facial and manual gestures by human neonates.* Science, 198, 75–78.
MIRMIRAN, M., LUNSHOF, S. (1996): *Perinatal development of human circadian rhythms.* Progress in Brain Research, 111, 217–226.
MOORE-EDE, M. C. (1986): *Physiology of the circadian timing system: Predictive versus reactive homeostasis.* American Journal of Physiology, 250, R732–752.
NAGY E.; MOLNÁR P. (1996): *Imitáció és provokáció: Az első dialógus.* Magyar Pszichológiai Szemle. 52/1-3. 55–66.
NAGY E.; MOLNÁR P. (1998): *Fogóreflex és kötődés: Kapcsolatuk pszichofiziológiai modellje.* Pszichológia, 18/1, 35–47.
NAGY E.; MOLNÁR P. (2004): *Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation.* Infant Behavior and Development, 27/1, 54–63.
NAVRATIL, L. (1974): *Über Schizophrenie und die Federzeichnungen des Patienten O. T.* Deutscher Taschenbuch, München.
NEALE, J. M.; OLTMANNS, T. F. (1980): *Schizophrenia.* John Wiley and Sons, New York.
OZSVÁTH J. (2010): *Segíts, hogy egyedül dolgozhassak: Százegyven éve született Montessori Mária.* Keresztény Szó, 21/10. http://www.keresztenyszo.katolikhos.ro/archivum/2010/oktober/7.html (Letöltve: 2016. január 15.)

Passolt, M.; Schindler, J. (2005): *„Power is nothing without control" Psychomotorische Praxis mit hyperaktiven Kindern.* Zeitschrift Motorik, 28/1, 32–42.
Piaget, J. (1978): *Szimbólumképzés a gyermekkorban: Utánzás, játék és álom, kép és ábrázolása.* Gondolat, Budapest.
Pierpaoli, W.; Regelson, W. (1999): *A melatonin csodája.* Biográf, Budapest.
Pléh Cs. (2013): *A pszichológia és a pedagógia klasszikus és új kapcsolatai.* Iskolakultúra 23/5–6, 76–81.
Pukánszky B.; Németh A. (1996): *Rousseau természetelvű pedagógiája.* In.: *Neveléstörténet.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 236–253.
Reppert, S. M.; Klein, D. C. (1978): *Transport of maternal [3H]melatonin to suckling rats and the fate of [3H]melatonin in the neonatal rat.* Endocrinology, 102/2, 582–588.
Reppert, S. M.; Duncan, M. J.; Goldman, B. D. (1985): *Photic influences on the developing mammal.* Ciba Foundation Symposium, 117, 116–128.
Reppert, S. M.; Schwartz, W. J. (1983): *Maternal coordination of the fetal biological clock in utero.* Science, 220, 969–971.
Reppert, S. M.; Weaver, D. R. (2001): *Molecular analysis of mammalian circadian rhythms.* Annual Review of Physiology, 63, 647–676.
Rousseau, J. J. (1957): Emil, avagy a nevelésről. Tankönyvkiadó, Budapest.
Sailesh, K. S.; Mukkadan, J. K. (2014): *Vestibular modulations of endocrine secretions: A review.* International Journal of Research in Health Sciences, 2/1, 68–78.
Schilder, P. (1933): *The vestibular apparatus in neurosis and psychosis.* Journal of Nervous and Mental Disease, 78/2, 137–164.
Selye J. (1964): *Életünk és a stressz.* Akadémiai, Budapest.
Slominski, A.; Pisarchik, A.; Semak, I.; Sweatman, T.; Wortsman, J.; Szczesniewski, A.; Slugocki, G.; McNulty, J.; Kauser, S.; Tobin, D. J.; Jing, C.; Johansson, O. (2002): *Serotoninergic and melatoninergic systems are fully expressed in human skin.* FASEB Journal, 16, 896–898.
Sorrentino, S., Jr.; Reiter, R.J.; Schalch, D.S. (1971): *Interactions of the pineal gland, blinding and underfeeding on reproductive organ size and radioimmunoassayable growth hormone.* Neuroendocrinology, 7/2, 105–115.
Stern, D. N. (2002): *A csecsemő személyközi világa a pszichoanalízis és a fejlődéslélektan tükrében.* Animula, Budapest.
Szabados Gy. (1997): *Akusztika és zene.* Magyar Szemle, 6/7–8, 39–54.
Szeto, H. H. (1992): *Behavioral states and their ontogeny: Animal studies.* Seminars in Perinatology, 16/4, 211–216.
Tan, D. X.; Chen, L. D.; Poeggeler, B.; Manchester, L. C.; Reiter, R. J. (1993): *Melatonin: A potent, endogenous hydroxyl radical scavenger.* Endocrine Journalm 1, 57–60.
Varga I. (1994): *A biológiai ritmusok korai szerveződésének zavarai mint a pszichiátriai, pszichoszomatikus sérülékenység lehetséges forrásai.* Magyar Pszichológiai Szemle, 50/3–4, 216–238.
Varga I. (2008): *A sérülékenység az integrált kifejezés- és táncterápia megközelítésében.* Pszichodráma, 2008. tavasz, 99–114.

Varga I.; Kiss T. C. (2007): *Kreatív mozgásos terápiák egyetemi csoportokban: Csoportdinamika, a nonverbális megközelítés jellegzetes élménymintázatai.* In: Demetrovics Zs. (szerk.), Kökönyei Gy. (szerk.), Oláh A. (szerk.): *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig: Tanulmányok Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére.* Trefort, Budapest, 383–414.
Varga I.; Szvatkó A. (1993): *A játék, a fantázia szerepe a szenzoros integrációs terápiákban II.* Óvodai Nevelés, 46/5, 151–153.
Vas J. (1994): *A megosztott idő: Gondolatok a megosztott tudat idődimenzióiról.* Magyar Pszichológiai Szemle, 50/3–4, 189–215.
Veciana-Suarez, A. (2014): *Teens, Young adults using melatonin.* Miami Herald. http://www.miamiherald.com/living/article1986235.html (Letöltve: 2016. január 3.)
Vermes K. (2003): *Időt adó improvizáció. Az időélmény formálódása a mozgásterápiás csoportban.* Előadás a Magyar Mozgás- és Táncterápiás Egyesület I. Konferenciáján 2003. június 1-én. http://www.tancterapia.net/cikkgyujtemeny_vermes.htm (Letöltve: 2016. január 5.)
Vermes K. (2012): *A jelen pillanat. Felpörgött idő és terápiás jelen a posztmodern kultúrában.* Imágó Budapest, 2/2, 47–66.
Walton, J. C. (2013): *Photoperiod, Brain Plasticity, and Behavior.* Dissertation, The Ohio Stata University, Neuroscience Graduate Studies Program.
Weaver, D. R.; Dallmann, R. (é. n.): *Melatonin Receptors: Past, Present and Future.* http://www.saw-leipzig.de/de/projekte/zeitstrukturen-endokriner-systeme/endokrinologieiii/endo_02-weaver.pdf (Letöltve: 2016. január 3.)
Weaver, D. R.; Reppert, S. M. (1986): *Maternal melatonin communicates daylength to the fetus in Djungarian hamsters.* Endocrinology, 119/6, 2861–2863.
Weiner, H. (1989): *The dynamics of the organism: Implications of recent biological thought for psychosomatic theory and research.* Psychosomatic Medicine, 51, 608–635.
Yalom, I. D. (é. n.): *Egzisztenciális pszichoterápia.* Animula, Budapest.
Zsinka L. (2012): *Az európai történelem histográfiai alapvonalai.* Részlet *Az európai civilizáció születése I. Történelmi keretek* című, megjelenés alatt álló könyvből. http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/1092/1/Zsinka_2012d.pdf (Letöltve: 2016. január 4.)
Zsolt A. (szerk.) (1981): *Homéroszi himnuszok.* Európa, Budapest.

MOZGÁSOS PSZICHOTERÁPIÁK GYEREKEKNÉL

Ölbeli játékok

Jakobi Nóra

„Az itt-következők nem újak, nem is régiek: megfogalma zásuk egy kor jegyeit viseli, de lényegük nem-keletkezett és nem-múló. Aki a forrásvidéken jár, mindig ugyane virágokból szedi csokrát."

(Weöres Sándor: *A teljesség felé*)

Weöres Sándor gondolatai mentén egy olyan világba vezetem be az olvasót, amely mindig is része volt az emberek életének, amelyről nagy valószínűséggel mindenkinek van megélt tapasztalata, megmaradt emléke, vagy valamilyen belső tudása. Ebbe a világba lépve hasonló események és történések részesei a szereplők, legyen az egy dinamikus szenzoros integrációs terápiás (DSZIT) órán, egy otthoni, meghitt gondozási folyamatban, vagy az anya ölében. Ebben a világban otthonosan mozog mind a szülők, mind a szenzoros terapeuták nagy része.

A különböző kultúrák és korok embereinek hagyományait, szokásait megfigyelve számos olyan viselkedést, tevékenységet találhatunk, amelyek a szenzoros integrációs terápia szemszögéből is megvizsgálhatók. A Rózsa Sándor és Pozsár Beáta által e kötetbe írt tanulmányban[1] megannyi példát láthatunk ezekből a szokásokból, és jelen írás is ehhez a vizsgálódáshoz kapcsolódik, amennyiben beemeli a gyermekek mindennapjainak részét képező momentumok közé a népi hagyományokkal rendelkező ölbeli játékokat.

Betekintést nyújtok tehát az ölbeli játékok világába, amelyben számos, a DSZIT-órákon is megjelenő elem, biológiai hatásmechanizmus és pszichológiai jellemző fedezhető fel. A forgás, pörgés, repülés, gurulás, a taktilis, érintési élmények, a ringatás, hintázás különböző formái – amelyek egyaránt részesei mind a gyermekek mindennapi életének, mind a szenzoros integrációs terápiának – mind hasonló módon járulnak hozzá az idegrendszeri szerveződés folyamataihoz a vesztibuláris, proprioceptív és taktilis rendszereken keresztül, illetve hasonló pszichológiai vonatkozásaik vannak.

Amellett, hogy számos közös vonás köti össze a DSZIT-terápiát és az ölbeli játékokat, ezek a játékok sokszor egy az egyben is megjelennek a foglalkozásokon, mivel előfordul, hogy a korai anya-gyermek kapcsolatra jellemző tevékenységek kerülnek éppen előtérbe a terápiás folyamatban. Kitérek ezért a korai anya-gyermek interakciókkal foglakozó idetartozó elméletekre Daniel Stern, Donald Winnicott és néhány francia metaforikus elméletalkotó munkáján keresztül, s ehhez kapcsoló-

1 H. Pozsár Beáta és Rózsa Sándor: *Szenzoros integráció a kulturális antropológia szemszögéből.*

dóan röviden említést teszek – Pozsár Beáta fent említett írásának magyar példákkal való kiegészítéseként – a gyermekek gondozásáról, ezen belül is a gyermekek hordozásáról, és elhelyezéséről.

Rövid történeti kitekintés

Az ember életében a játéknak komplex szerepe van a bölcsőtől a koporsóig. Az emberi történelem minden korszakában – az ősembertől napjainkig – létezett valamilyen játékos tevékenység, illetve minden korosztály életének – a csecsemőkortól az időskorig – része a játék.

A játék tehát már az emberré válás korai időszakában is jelen volt, szorosan kapcsolódva az életben maradáshoz szükséges tevékenységekhez: például az ősember a mágikus szertartásokon eljátszotta és egyben gyakorolta is a vad elejtését. A játéknak ez a formája a *színjátékhoz* áll a legközelebb.

Az ókori egyiptomi gyereksírokban talált baba és teke játékszerekből arra lehet következtetni, hogy mindezek a játékok szerves részét képezték a gyermekek életének – a szó szoros értelmében a sírig követve őket. Talán egy ókori egyiptomi kislány hasonlóan babázott akkoriban, mint a mai kislányok, lehetőséget találva a *szerepjátszásra*. Az ókori rómaiaknál a kockázás volt a legelterjedtebb *társasjáték*. A rómaiak készítettek először bábus csatajátékot, melyben a sakkfigurákhoz hasonló bábukkal játszottak. Később, a középkorban a játék bűnös, tiltott tevékenység volt. Csak a lovagi játékokat tűrte meg a középkori inkvizíció: a vívást, lovaglást, nyilazást, vagy a gyerekeknél a labdajátékokat. Üldözték a korábbi kockajátékokat, táblás játékokat is (Esztergályos 1981).

Ennek ellenére a játékos időtöltés nem tűnt el teljesen az emberek életéből. A reneszánsszal ugyanis újra teret kaphattak a már-már feledésbe merült játékok, illetve egyre több új játék is részévé válhatott az emberek mindennapjainak. Mindennek értékes leltárát adja a németalföldi Pieter Brueghel által készített festmény, melynek címe: *Gyermekjátékok*. A képen a korára jellemző 84 gyermekjátékot ábrázol. Többségében a mai napig is fennmaradt játékokat mutat be, úgymint: gólyaláb, pecsenyeforgatás, különböző eszközökön történő lovaglás, fogócska, vesszőfutás, párviadal, bakugrás, birkózás, gólyaviszi stb., melyek akár a szenzoros integrációs terápián részt vevő gyermek játékai is lehetnének (Kass, Lukácsy, Weöres 1981).

Abban, hogy Brueghel ilyen sok játékot tudott a képen összefoglalni, fontos szerepe volt a népi kultúrák hagyományőrző funkciójának, mely által a tradicionális játékos tevékenységek generációkon keresztül fennmaradhattak és továbbélhettek, a gyermekek mindennapjainak részét képezve. Azonban a civilizáció fejlődésével egyre inkább visszaszorult ez a hagyományőrző életforma és vele együtt a népi játékkultúra is, s így a XX. századra nagymértékben megváltoztak a gyermekek játékai. Ennek különböző civilizációs okai lehettek.

A XX. századra, a megváltozott életkörülmények miatt, mindinkább eltűntek a nagy kiterjedésű, szabad terek, ahol a gyerekek szinte bármekkora létszámban, mindenfajta korlátozás és veszélyeztetettség nélkül játszhattak. (A városok után ennek a

szabad játéktérnek az elvesztése vidéken is végbement.) Mindezzel együtt a játékok a szabadból többnyire a zárt térbe kerültek be. Sok énekes-mozgásos, táncos játék eltűnt, s helyettük megjelentek a szellemi játékok, a számítógépes játékok különböző fajtái. Az együtt játszó közösségek kisebb létszámúak lettek, homogenizálódtak, és egyre több egyszemélyes játék jelent meg. Ennek a megváltozott, egyre inkább városiasodó világnak a játékai szükségszerűen különböznek már a régi népi kultúrák ősi szokásokon és hiedelmeken alapuló játékaitól.

A XX. század mélyreható társadalmi változásai az ölbeli játékok létére is kihatással voltak. A paraszti kultúra felbomlásával Magyarországon – az 1950-es évek végén, az 1960-as évek elején – megszakadt a hagyományozódás folyamata: azok a generációk, amelyek letéteményesei voltak a népi kultúra egészének, már kevésbé adták tovább azt az utánuk következő generációnak (Sándor 1999). Megváltozott a család funkciója és élettere, ahogyan megváltozott az anyaság képe és ideálja is.

Ezeket a játékokat régen leginkább nagy családokban játszották, ahol több generáció élt együtt. Ebben a közegben természetes módon szállt a „tudás" az idősebbekről a fiatalabbakra. A tradicionális folyamatok többnyire megkönnyítették a leendő szülők életét, mivel valamiféle bizonyossággal szolgáltak afelől, ahogy a dolgoknak történniük kell. Sok példát ismerünk persze ennek az ellenkezőjére is, amikor a hagyományok korlátaiból igyekeztek kitörni a fiatalok, de mégis mindezek a hiedelmek és szokások szabályozták az életet, meghatározva, hogyan kell tenni és viselkedni. Azonban a nagy családokat egyre inkább felváltották a nukleáris családok, ahol már nem érvényesültek olyan könnyen a hagyományozódás folyamatai. Egyre kevesebben tudták úgy továbbadni a gyermeknevelés feladatait, hogy az eleven gyakorlattá válva, készség szinten segíthetné a fiatalokat a mindennapjaikban. Így a fiatal anyák az ölbeli játékokat is kevésbé láthatták szüleiktől mintaként. Az ilyen nukleáris családokban sokaknak egyedileg kellett – és kell ma is – végigjárnia az utat, újra megtanulva azt, amit „már nagyanyáink is tudtak".

Stern így ír erről a tudásról: „Kétségtelen, hogy ezek a jól bevált játékok óriási segítséget jelentenek az anyáknak. Részben azért, mert minden babánál beválnak, részben azért, mert kapaszkodót nyújtanak az anyáknak, amikor túl fáradtak ahhoz, hogy improvizáljanak." (Stern 2007, 85.)

A nők nagyarányú munkavállalásával és a gyerekek bölcsődébe, óvodába kerülésével egyre inkább kimaradt a gyerekek életéből ez a játéktípus. Az óvodákban a pozitív törekvések ellenére nehezen megoldható, hogy minden gyereket egyenként ölbe vegyen az óvónő, és így az ölbeli játékokból leginkább csak a testrészek önmagukon való mutogatásával kísért mondókázás maradt.

Ám a népi kultúra fokozatos feloldódásával és a nemzedékről nemzedékre való közvetlen hagyományozódás megszakadásával, idővel előtérbe került az újratanulás igénye is. A népi kultúra iránt ma elsősorban az értelmiség és a nagyvárosi fiatal anyák érdeklődnek. Egyre több fiatal szülőt lehet látni gyermekeikkel gyerektáncházakban, hagyományőrző kézműves foglalkozásokon, ringatókon stb. Ezek a programok amellett, hogy közösségi élményt nyújthatnak az elszigeteltebben élő családoknak, lehetőséget adnak arra, hogy a népi kultúra hagyományival ismerkedhessenek.

| Az ölbeli játékok

A népi gyermekjátékok hosszú idő alatt formálódtak olyanná, amilyennek ma ismerjük őket. Különböző korokból származó elemek keveredtek bennük, különböző külső hatásoknak álltak ellen, vagy éppen „hódoltak be". A népi gyermekjátékok főként a XIX. század második felétől kerültek tudományos jellegű feldolgozásra. Az összegyűlt játékok rendszerezése is része volt ennek a munkának. Lázár Katalin az MTA Zenetudományi Intézetében 16 000 játék rendszerezésével altípusokat állított fel, melyek egyik fajtáját az ölbeli játékok teszik ki (Lázár 1997).

Az ölbeli játékok olyan *szöveggel, énekkel* kísért, *kétszemélyes, mozgásos-érintéses* játékok, melyeket a gyermek születésétől mindaddig játszhatunk, amíg azt ő igényli (általában 4-5 éves koráig). Szorosan kapcsolódnak a gyermek fejlődéséhez, gondozásához és neveléséhez, kísérőiként az altatásnak, etetésnek, az állni és járni tanulásnak stb.

Az ölbeli játékokhoz tartozó *szöveg* általában rövid, erőteljesen ritmizált mondóka, melyet énekelve vagy recitálva, fennhangon szoktak mondani. A zenei elem, a szöveg és a mozgás szoros egységet alkotnak: pl. „Sima út..." ahol a dallamban meglévő *mély-magas* váltakozás a mozdulatokban is megjelenik, amikor a gyereket *le*eresztik-*fel*húzzák. Vagy például amikor ölbe ültetjük a gyereket, és jobbra-balra ringatjuk a fejét, és közben mondunk egy olyan szöveget, sőt éneket, hogy: „Szita, szita, szolgáló, van-e liszted eladó, van, van, de nem jó, beleesett a pondró." A szitálásról, a lisztről van szó, tehát valamilyen munkaműveletről, így a körülöttünk lévő valóság dolgairól is tanul, miközben ezt a szöveget hallja. A játékban megjelenő mozgatás pedig ugyanolyan, mint a szitával végzett, követve a szöveg és a mozgás között lévő szerves kapcsolatot.

A játékok szövegei egyrészt szimbolikus tartalmakkal jelennek meg, képi formákba ágyazott, történetmesélős stílusban („Ez itt az erdő..."), de léteznek a konkrét testrészek megnevezésén alapuló („Itt a keze, itt a lába..."), vagy konkrét cselekvéseket leíró játékok is („Borsót főztem..."), illetve a kettő ötvözetei („Hüvelykujjam almafa...").

A korábbiakban már említettük a társadalmi változások nyomán bekövetkező átalakulást a játékkultúrában, mely az ölbeli játékok elkopásában, átalakulásában is megfigyelhető. Mint más gyermekjátékoknál is, a leggyakoribb, leghamarabb jelentkező „romlás" a zenei elem lekopása. A hagyományosan dallammal ismert ölbeli játékok mozgási eleme és a szövege megmarad, de ének, dallam nélkül, prózában hangzik el („Szita, szita...").

Gyakran előfordul az is, hogy a szülők ugyan játszanak csiklandozó, dögönyöző játékokat a gyermekükkel, ám mindezt szöveg, mondókás kísérete nélkül. Ezek a szülők lehet, hogy ösztönösen találtak rá a játékos mozdulatokra, de a játék a hagyományból eredő formájában már nem élő bennük. A harmadik gyakori változás, hogy az ölbeli játéknak ugyan megmarad a szövege egyfajta mondókaként, de eltűnik a hozzá tarozó ölbe vétel és játékos mozgás (pl. a már említett, az óvodákban gyakori jelenség, ahol nincs lehetőség mindenkit ölbe venni).

A mondóka vagy dal szövegét gyakran igyekeztek a gyermek nevével élénkíteni, összekapcsolni formálódó természetének jó és rossz tulajdonságaival, illetve a ház, a család, a természet bizonyos jelenségeivel (Katona 2001).

Az, hogy *két személy* vesz részt a játékban, fontos eleme az ölbeli játékoknak. Ennek fontossága a terápiában is éppúgy megvan. A másik fél általában a szülő, nagyszülő vagy nagyobb testvér, aki már képes mozgatni, emelni, tartani is a kisebbet. A játék fontos velejárója a két fél között szövődő érzelmi kötődés és bizalmi kapcsolat, mely többszörösen is próbatételre kerül egészen onnan, hogy a gyerek engedi-e egyáltalán, hogy megérintsük, hogy arcához érjünk, hogy becsukjuk a szemét, odáig, hogy kibillentsük egyensúlyából, feldobjuk a levegőbe stb. Ezekben a játékokban a tartva levés élménye jelen van egyfelől a tartó kezek vagy térdek által, a szöveg és a ritmus által, másfelől a meleg érzelmi kapcsolat által.

Szinte minden ölbeli játék tartalmaz *mozgásos-érintéses* elemet. A játék során a gyermeket hintáztatják, lóbálják, lovagoltatják, táncoltatják, borogatják, miközben minden porcikáját megérintik, meggyömöszölik, cirógatják, csiklandozzák. Az ölbeli játékok mindig valamilyen *testi kontaktusba* hozzák a résztvevőket, és olyan közeget teremtenek, ahol a két személy közti érzelmi kapcsolódás és bizalom megerősödhet.

Ezek a játékok szórakoztattak, tanítottak, neveltek, mégpedig a test fejlődésével, az értelem nyiladozásával párhuzamosan, vagyis az életkori sajátosságokhoz igazodva. Rendkívül alkalmasak a kapcsolatteremtésre (lásd később Koester 1988), és fontos eszközei az élményszerzésnek, örömszerzésnek. Másfelől ezek a játékok tartalmazzák az érzékszervekre, egyensúlyra ható ingerlés lehetőségeit is (Mohás 1982), melyek a szenzoros terápiában is jól használhatók, például a vesztibuláris rendszerre gyakorolt hatásuk kapcsán. A „lovagoltató", ahol a gyermeket a térden höcögtetik vagy a háton lovagoltatják, vagy a „borogató", ahol a gyermeket kibillentik az egyensúlyából, és olykor szó szerint felborítják, vagy a „szédítő"-nek is nevezett „fejet hajtogató", mind olyan ingereket is szolgáltat, melyek a vesztibuláris apparátus számára csemegék. A gyermeket olyan helyzetbe hozzák, ahol próbára van téve az állandóan változó környezethez való alkalmazkodási képessége. Ezeknek a játékoknak megvan az a funkciója is, hogy megismertetik a gyermeket a különböző téri irányokkal, viszonyokkal, a különböző testhelyzetekkel, mintegy előre felkészítve őt különböző szituációkra. Sándor Ildikó így nyilatkozik erről:

> „Éppen gyermekeim kapcsán hadd mondjak el erre egy példát: a legnagyobbik életében először magától fordult meg, nem is ügyességből, hanem dühében vagy fájdalmában sírt, és hirtelen átbillent, na ettől még jobban megijedt, úgyhogy teljes volt a pánik, még hangosabban sírt. És aztán a későbbi időkben nagyapám megtanított nekem egy olyan játékot, amit a kisebb gyerekeimmel játszottam: a háton fekvő csecsemőt, de még kéthónapos kora előtt is, a térdénél fogva nagyon szelíden hintáztatni kell, és azt mondjuk, hogy: Öregapám szántogatott, szántogatott, szántogatott, a sor végén meg kifordította az ekét! És erre a hátán fekvő gyereket átbillentjük hirtelen hasra. Mielőtt még ő forogna, megtapasztaltatjuk vele a forgás élményt, tehát mire ő már azt magától megcsinálja, nem egy ismeretlen dolog történik vele, hanem az élmény az már ismerős, nem ijed meg attól, ami történik."[2] (*Vendég a háznál*, 2002. augusztus 2., Kossuth Rádió)

2 Ezzel kapcsolatban Pikler Emmi (Pikler 1982) módszere más álláspontot képvisel: elgondolása szerint nincs szükség a gyermekkel idő előtti gyakorlatni olyan mozgásokat, melyeket később saját

A propriocepciós érzékelést is nagyban megmozgatják az olyan játékok, mint például a húzogatók („Húzz, húzz, engemet…"). Ebben a játékban a gyermek izomtónusával játszunk, folytonosan váltogatjuk az izmok megfeszülését és ellazulását. Ez az izommunka fontos információkkal látja el a központi idegrendszert, és fontos szerepet tölt be a posztuláris válaszok kivitelezésében. A passzív ingerlésből fakadóan ezek az ingerek a saját mozgásból fakadó izommozgásoktól eltérő minőségűek (lásd később Stern, Marton gondolatait).

Az ölbeli játékok kategorizálása – melyet részben a gyermekek fejlődési menete határozott meg – Lázár Katalin (Lázár 1997) és Kiss Áron (Kiss 1891) munkái alapján így rendszerezhető:

UJJASDIK – *Ez elment vadászni...; Hüvelykujjam almafa...*
TENYERESDIK – *Kerekecske gombocska...; Kerekes, böködős...*
ÖKÖLÜTÖGETŐK – *Töröm, töröm...*
TAPSOLTATÓK – *Tapsi baba...; Süti, süti pácsát...*
CSIPKEDŐK – *Csip-csip csóka...*
ARCMUTOGATÓK – *Sűrű erdő...; Tea, kávé...*
ARCSIMOGATÓK – *Ciróka, maróka...*
FEJLÓBÁLÓK, SZÉDÍTŐK – *Szita, szita...; Erre bic...*
HOMLOKKOCCANTÓK – *Bucc, Bucc...*
PISZÉZŐK – *Én is pisze...*
MUTOGATÓK – *Itt a füle...*
HÁTBAÜTÖGETŐK – *Mi zörög az úton...*
HÚZOGATÓK – *Húzz, húzz...; Öregapám fát fűrészel...*
ÜLTETŐK, LÁBLÓBÁLÓK – *Lóg a lába, lóga...*
LOVAGOLTATÓK, HÖCÖGTETŐK – *Hóc-hóc katona...; Gyí paci...; Így mennek a...*
ÁLLÍTGATÓK – *Áll a baba, áll...*
SÉTÁLTATÓK, TÁNCOLTATÓK – *Jár a baba, jár...; Sétálunk...*
HÁTON LOVAGOLTATÓK – *Hátamon a zsákom...; Korpát vegyenek...*
BOROGATÓK – *Szántsunk vessünk...; Öregapám szántogatott...*
HINTÁZTATÓK – *Hinta, palinta...*
ALTATÓK – *Tente baba...; Csicsíjja, babája...*
ÉBRESZTŐK – *Tik-tak...*
ETETŐK – *Ádám, Éva...*
CSIKLANDOZÓK – *Csikamaka...*

maga, önállóan úgyis felfedez, pl. ülés, állás, járás. A különböző járni tanulást segítő eszközöket éppen ezért nem is javasolja. A gyerek számára csak a spontán, önálló aktivitáshoz szükséges teret kell biztosítani, melynek jelentőségét Marton Magda (Marton 1970) elmélete alapján is értelmezhetjük. A két elképzelés mindazonáltal nem zárja ki egymást, csak éppen a megfelelő egyensúlyt kell biztosítani a kettő között.

Hordozás, elhelyezés

A különböző korokban és kultúrákban megannyi formáját láthatjuk a csecsemők elhelyezésének és hordozásának, melyek megfigyelésekor számos kapcsolódási pontot találhatunk a szenzoros integrációs koncepcióval. Szemléletes példája ennek a Merlin Moore Taylor *A kannibálok földjén* című művében (Taylor 1926) található kép, melyen egy új-guineai gyermek fekszik egy az anyja vállán lévő rúdról lelógó „csepphálóban". Ez az ottani hétköznapi hordozási forma olyan képet mutat, amely egy DSZIT-foglalkozáson is gyakran előfordulhat, amikor a gyerek éppen a plafonról lógó csepphálóban van.

Az öröklés és a környezet fejlődésben betöltött szerepére vonatkozó kutatások kapcsán a különböző gyermekelhelyezési és gondozási formák is számos vizsgálat tárgyát képezték (Rózsa 1999). A mintegy fél évszázaddal ezelőtti, kultúrközi kutatások során megfigyelték, hogy a gyermekek különféle módon történő elhelyezése – szoros beburkolása, pólyálása, leszíjazása – az olyan alapvető mozgáskészségek fejlődését, mint az ülés vagy a járás nem, vagy csak nagyon kis mértékben befolyásolja. A későbbiekben azonban a pszichológusok ismét elkezdték vizsgálni annak lehetőségét, hogy az érés mellett a tapasztalat, a gyakorlás is jelentős szerepet játszik a mozgásfejlődésben (Cole 1997).

Az alábbiakban következő példáknál érdemes szem előtt tartanunk ezt a kérdéskört. Vajon hogyan hathatott a gyermek személyiség- és mozgásfejlődésére az, amivel ő abban a kultúrában találkozott? Például érdekes elhelyezési módot láthatunk a kolumbiai őslakosoknál. Ezt a törzset „lapos fejűeknek" hívják. Náluk a gyermeket egy fa deszkához szíjazzák, úgy, hogy ne tudjon mozogni. A fej alá egy kis mohából vagy nyúlbőrből készült párnát tesznek, a fejet felülről pedig egy másik deszkával leszorítják. Ezt az eszközt mindennap egyre szorosabbra húzzák, amíg csak a homlok egy síkba nem kerül az orral (Mason 1889, 173.).

BÖLCSŐ, PÓLYA, KENDŐ

Pozsár Beáta e kötetben megjelent, fentebb említett írásában megannyi példát olvashatunk a világ távolabbi tájain elterjedt gyermekhordozási szokásokról. Itt most inkább Európára, illetve Magyarországra vonatkozó példákat mutatok be.

A gyermek számára a karon hordás egy nagyon gyakori és mindennapi mód, mely Desmond Morris (Morris 1989) kutatásai szerint legtöbbször a baloldalon történik, ahol a gyerek jobban kontaktusban lehet anyja szívhangjával annak ritmusával. Ám van, hogy a két kéz nem elég, és szükség van egyéb segítségre.

Például a gyermekhordozó kendők használatára, melyekről igen korai időkből ismertek ábrázolások, nevezetesen az ókori Egyiptomból már a Kr. e. II. évezredből idézhetők példák. Ezek szerint az anyák a testük köré csavart és az egyik vállon átvetett széles lepelben hordták magukkal gyermeküket. Mivel azonban a későbbiekben hosszú ideig nem ismeretes további idevágó adat, arra lehet következtetni, hogy a kendőhasználat Európában egy újólagos, későbbi, helyi kezdeményezés nyomán vált közkeletűvé. A XIV. századból ránk maradt ábrázolásokban fedezhetjük fel újra a hordozókendő felbukkanásának jelelt, ám ekkor sem sokáig: a XV–XVI. században

egyre elmaradtak a művészi alkotásokról a kendős ábrázolások, ami azt sejteti, hogy az addigra divatjamúlttá vált a polgárok szemében (Csilléry 2001). Mindazonáltal nem tűnt el véglegesen, csupán visszaszorult a falusi asszonyok használati tárgyai közé. „A kisgyermeket dunnyába vitték, meg tácsiba (nagy kendő), félvállon felkötve. A nagyobb gyereket meg lepedőbe vitték háton" (Győrffy 1949).[3] A XIX–XX. század parasztjainak mindennapjaiban, illetve a mai városi élet modern törekvéseiben meglévő kendős gyermekhordásnak tehát a messzi múltba nyúlnak vissza a kezdetei. A *kendőben* történő elhelyezésből fakadó ingergazdag környezet hatékony szerepet játszhat a gyermek pszichomotoros fejlődésében és a korai anya-gyermek kapcsolat alakulásában. A környezetből (az anya mozgásából) származó vesztibuláris ingerek jelentős adaptív funkciót tölthetnek be azáltal, hogy hozzájárulnak a szenzoros integráció fejlődéséhez.

Mint láttuk, a XV–XVI. században a kendőt fokozatosan felváltotta a *bölcső*, mind a házon kívüli szállítás során, mind az otthoni elhelyezés alkalmával. A bölcső gyakori helye volt a csecsemőknek; a falusi családokban a születést követő 1-2 héten belül odatették a gyermeket, legtöbbször bepólyázva, és mindennapos foglalatoskodásaik és a házimunka végzése közben gyakran *ringatták* őt, dúdolva, énekelve hozzá.[4] A csecsemő, élete szabályos lüktetéséből, a bölcső ringatásából, az altatódalokból mind-mind környezete biztonságát és gondoskodását érzékelhette, annak ellenére, hogy csak a kényeztetés kedvéért ritkán foglalkoztak vele: külön nem dajkálták, de munka közben, énekkel kísérve sokat ringatták ritmusosan a bölcsőben. Ebben a helyzetben egyszerre van jelen a ritmikus mozgás által keltett vesztibuláris ingerlés – melyen keresztül érvényesül az általános éberségi szint csökkenése és az egyensúlyérzék fejlesztése –, illetve az ingerléshez szorosan kapcsolódó ritmikus dallam, mely egy másik csatornán keresztül szintén a megnyugtatást közvetíti. Morris (Morris 1989) a ringatás ütemét vizsgálva megállapította, hogy az leggyakrabban közel azonos a szívdobogással, ami által újra felmerülhetnek azok a jól ismert ritmikus érzetek, amelyeket a méhen belül már megtapasztalt a gyermek. Morris szerint a legoptimálisabb ringató mozgás 60-70/perc gyorsasággal történik, 7-8 centiméteres kilengéssel (vö. később Koester gondolatával).

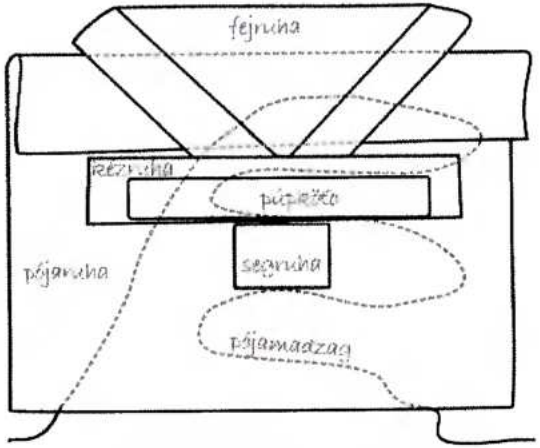
A szoros lekötözés, a pólyázás sok kultúrának sajátja. A XV–XVI. századi Angliában például így vélekedtek a pólyázásról:

> „S amikor az újszülött már bepólyázva fekszik a bölcsőben, a dajka aprólékos gonddal győződjön meg arról, napjában többször is, hogy minden testrészt helyesen, annak rendje és módja szerint pólyázott be, gyöngéden és szerető gondoskodással, nem kitekeredve és rendetlenül: mert ahogyan a zsenge hajtásokat, palántákat, gallyakat hajlítjuk, úgy maradnak később is. Ha a bepólyázott újszülött végtagjai rendesen és egyenesen fekszenek, akkor majd rendesen és egyenesen növekszenek, ha görbén fekszenek, úgy is fognak növekedni, és a dajkák hanyagságának tulajdonítható sok férfi és nő görbesége és torzultsága, mely elkerülhető lett volna." (Rösslin 1540, idézi Tucker 1998)

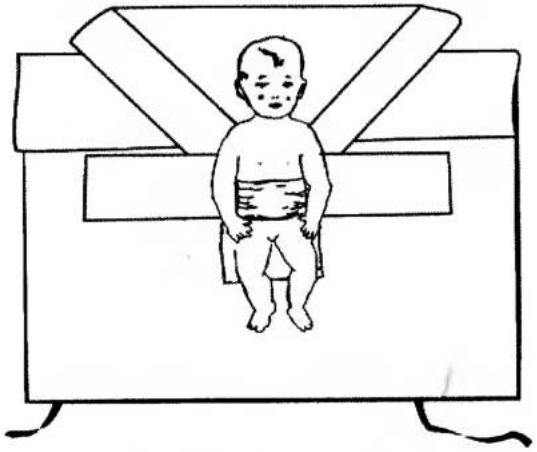
[3] Ha már nem használták a szőttest gyerekhordásra, akkor gyakran előfordult, hogy az a továbbiakban falvédőként funkcionált (W. Sáfrány 1979).

[4] A bölcsődal elnevezés is innen ered, mivel úgy gondolták – tapasztalatból vagy ösztönösen –, hogy a gyermeket nem elég csak ringatni, hanem énekelni, mondókát mondani is illik hozzá.

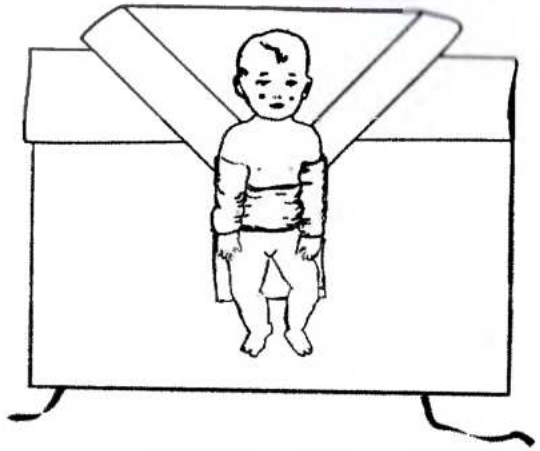
Egy kalotaszegi faluból – Nyárszóról – gyűjtött anyagból szépen látszik a pólyázás menete, melynek a végeredménye egy feje búbjáig becsomagolt csecsemő, szorosan lekötözött karokkal (lásd 1–6. ábra), minimális mozgási lehetőséggel. Néha a bölcsőbe való szoros lekötés által pótolták a pólyaruhába való lekötést, így akadályozva meg, hogy a gyermek kiessen, bármennyire is ringatták (Kresz 1944). A képek Kresz Mária 1943-as munkája alapján készültek.



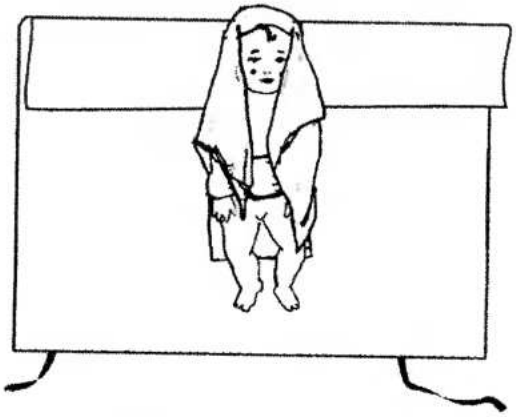
1. ábra. *A pólyázáshoz előkészített vászondarabok*



2. ábra. *„A púprulával már bé van fáslizva."*



3. ábra. *„A kézruhával lefogják a kezeit."*



4. ábra. *„A fejruhát odatűrik, ráfogják a fejihez."*

5. ábra. *A nagyruhába betekerik*

6. ábra. *„A kis polás buba megkötözve."*

Pozsár Beáta írásában találkozhatunk a gyermekek fürösztésével, masszírozásával kapcsolatos példákkal is a világ távolabbi tájairól, ahol ez a folyamat ősi hagyományokon alapuló, kialakult fogásokkal zajlik, és a testi kényeztetésen kívül gyakran inkább funkcionális szerepe van. Afrikában például, ahol szükség van az erős nyakizmokra a fejen való teherhordáshoz, nem maradhat el a nyak alapos masszírozása. Az anyát megszólnák, rossz anyának titulálnák az ismerősei, ha nem tenné meg a gyermekénél az egyes testrészek lazítását szolgáló masszírozást (Cariés 1998).

A magyar paraszti hagyományban a moldvai csángóktól ismert a masszírozás rendszeres eljárásként. Ők közel egyesztendős korukig szorosan bekötözték a csecsemőket, de naponként egyszer hosszabb időre kibontották, hagyták szabadon mozogni, rugdalózni és meg is dörgölték (Sándor Ildikó, szóbeli közlés).

Állóka, járóka, forgó

A gyermek életéhez születésétől kezdve számos „segédeszköz" kapcsolódik. A gyermek, ha elhagyta a pólyát, gyakran *ülcsibe* került. Amikor már megerősödött, és állni kezdett, akkor az *állókába* helyezték, majd pedig a *járókába* vagy a *forgóba* tették. Gyakori eszköz volt a *tolóka* is, mely a már önállóan, de még bizonytalanul járó gyermeket segítette a járástanulásban (Mándoki 1960). A gyermekbútorok e fajtáinak fontos szerepe volt a paraszti életben, mind a gyermek, mind a szülők szempontjából. A kisgyermek állni és járni tanulását segítő eszközök elsősorban azzal tettek jó szolgálatot, hogy tehermentesítették a szülőket. Ezek az eszközök e célnak meg is feleltek, de csak egy bizonyos határig: teljesen nem tudták helyettesíteni a szülők munkáját, legalábbis a gyermek vesztesége nélkül nem.

Hazánkban a kisgyermek *állni* tanulását szolgáló eszközöknek több típusa is ismeretes. A hagyományos *járóka* általában egyfajta guruló keretként a gyerek derekát fogta körbe, vagy a hóna alatt támasztotta meg. A gyerek benne állt, lába a földön támaszkodott, és így ment a kerettel együtt. Volt egy irányba mozgó változata, illetve fejlettebb, minden irányba is gurulni képes változata. Manapság is ismerünk hasonló járókákat, a sokat vitatott bébikomp néven.

A *forgónak* (kalinkó, sergő, forgójáró, járórúd) két típusa ismert hazánkban. Az egyiknél egy rúdhoz egy ívesen meghajlított vesszőt illesztettek, s ebbe állították bele a gyereket, aki körbejárva tudta hajtani a kalinkót, a másiknál a rúdhoz egy kar csatlakozott és ahhoz erősítették hozzá a gyereket. Természetesen itt is előfordult, hogy ha nem vették ki időben, szédelegve, fáradtan lógott a járórúdon (Fügedi 1988). Amikor már nagyobbacska lett a gyermek, akkor azonban kiváló játékszer válhatott belőle: a gyerek rácsimpaszkodott a kávát tartó karra, és úgy forgatta magát, minél gyorsabban pörögve, intenzív ingert keltve.

A *tolóka* az idősebb gyermek segítőeszköze volt, aki már tudott járni, de még szüksége volt valamiféle támaszra. Ez a „gyermekbútor" is később, amikor már nagyobbak lettek a gyermekek, kedvelt játékszerré vált. Mind az állókára, járókára, tolókára már a XIV–XVII. századból vannak ismert ábrázolások.

| Pszichológiai szempontok

A pszichológiai elemzésben abból az alapvető jellegzetességből indulok ki, mely mind az anyai gondoskodás, mind az ölbeli játékok, mind a DSZIT-foglalkozások bázisát képzi: az egyének közti kapcsolatból.

Az ember életét végigkísérő társas interakciók már a születés előtt, a magzati létben is jelen vannak, és meghatározó szerepük van a későbbi fejlődés folyamatában. Már a magzat is folyamatos dialógusban áll az őt körülvevő környezettel, az őt érő ingerekkel. Anya és gyermeke ezen folyamatos, kölcsönös és dinamikus kapcsolata a születés után tovább erősödik, és mindebben szerepe van a gondozási folyamatoknak, valamint az idővel megjelenő ölbeli játékoknak is. A korai anya-gyermek kapcsolatban megjelenő ezen aktusokat a kutatók többféle szempontból vizsgálták, ezek segítségével az ölbeli játékok megismerése, a róluk alkotott kép árnyaltabbá válik. A továbbiakban ezekről a pszichológiai vonatkozásokról, és a mögöttes elméleti hátterekről lesz szó.

Bizalom és biztonság

A gyermekek életében jelen lévő ölbeli és kortárs mozgásos játékok, valamint a szenzoros integrációs foglakozásokon megjelenő egyensúlyra ható játékok közös jellemzője a játék során felbukkanó szorongásérzet, illetve az annak oldódásából fakadó örömérzet. Bálint Mihály *A borzongások és regressziók világa* című művében így fogalmazza meg ezt a jelenséget: „A hintáknál, hullámvasutaknál, körhintán, tehát a szédüléssel kapcsolatos mulatságok során, a szorongásnak az egyensúly elvesztéséből és a szilárd talajjal való kapcsolat megbomlásából származó különleges formája születik meg. A keletkező szorongásra néhányan ösztönösen valami szilárd után nyúlnak, reflexesen reagálnak, a szorongás fokozódása esetén pedig egész testüket a szilárd és biztonságos tárgyhoz szorítják. Míg normális körülmények között a talp és a talaj kontaktusa elegendő biztonságérzetet ad, a szédüléses helyzetben ez már nem elegendő. […] Valamennyi borzongásos élmény alapját valamilyen külső veszéllyel való szembenézés során átélt félelem, az élvezet és a magabiztos remény e három keveréke alkotja." (Bálint 1997, 18.)

Falvay Károly is sokat foglalkozott a mozgásos gyermekjátékok során megélhető ambivalens érzésekkel, a veszélyérzet és a biztonságérzet kettősségével (Falvay 1990). A hintázás, libikókázás például olyan játékok, melyek az egyensúlyérzéknek, illetve az egyensúlyi állapotnak az időleges megbomlásával járnak, és a gyermek öröme sokszor fakad a megbomlott biztonságérzet megoldásából, a veszély felmerülése után következő harmónia, egyensúly megtalálásából.

A gyermek a szenzoros integrációs terápia során is sokszor kerülhet olyan helyzetbe, mely bizonyos mértékű kockázattal jár. Bár a terapeuta minden pillanatban ott van, és segítségére tud lenni, ezek a szituációk lehetőséget adnak arra, hogy a gyermek kipróbálhassa, megismerhesse a veszélyhelyzet feszültségét vagy kellemetlenségét, hogy azokat később el tudja viselni, és mintául szolgálhassanak hasonló helyzetek megoldásához. Mindemellett a bizalom átélésével kapcsolatban is tapasztalatot szerezhet. A játék során olyan pszichológiai tartalmak kerülnek egymás mellé, mint a félelem és a bizalom, melyek kölcsönösen hatnak egymásra: a bizalom légkörében a

veszélyhelyzet feszültségét segít kezelni az az érzés, hogy ott van a terapeuta, és segít, ha szükség van rá; a bizalom hiányában pedig előfordulhat, hogy a gyermek nem is vág bele olyan tevékenységekbe, melyek kockázatosak lehetnek; vagy vállal ugyan kockázatot, de mivel nem bízik meg eléggé a másikban, egyedül küzd meg a veszéllyel stb.

A Bálint (Bálint 1997) által említett szorongási-oldási élmények az *ölbeli játékokban* is megtalálhatók. Sándor az ölbeli játékok hordozta feszültségről így fogalmazott egy rádióműsorban:

> „[…] nagyon jó bizalomjáték: amikor én már tudom, hogy hogy várja, hogy én lebillentsem, például abban a játékban, hogy: Sima út, sima út, göröngyös út, göröngyös út, göröngyös út, kátyú, kátyú!, és úgy az első részében höcögtetem, billegtetem oldalra, és a kátyúnál pedig lelógatom egy pillanatra, és ugye a göröngyös útnál lehet húzni az időt, hogy már mondom ötödször, hatodszor, és tudja, hogy mi következik, és már ő feszíti magát hátra, és tudja, hogy bármikor ha ő elengedi magát, én megfogom. Ez a szülő és a gyerek közötti kapcsolatot is nagyon-nagyon jól ápolja." (*Vendég a háznál*, 2002. augusztus 2., Kossuth Rádió)

A feldobós, reptetős játékokban is benne van a félelem és a bizalom kettős érzése. Álljon itt egy apa beszámolója minderről:

> „Nagyon fontos élmény csecsemőkorban a bízni tudás képességének kialakításához az, hogy repülök fölfelé és ez marha jó, de ajaj, most állati magasan vagyok! Ilyenkor a gyermek kifejezetten rémült képet vág. Majd amikor elindul lefelé, akkor ez a rémület még jobban eluralkodik rajta, és akkor elkapja az apa és ránevet. Ekkor a gyerek is elkezd nevetni, és van egy alapvető élménye, hogy: lehetek fönn, lehetek lenn, nézhet úgy ki, hogy lepottyanok, de nem pottyanok le, mert itt van apa és elkap. Ez nagyon nagy biztonságot ad."

A fent említett játékban, amikor a gyermek repül a levegőben, a megkapaszkodás ösztöne is aktiválódik, amennyiben a gyermek zuhanása közben keresi a lehetőséget a biztonság megtalálására. A megkapaszkodási ösztön fogalma Hermann Imre (Hermann 1984) nevéhez fűződik. Elméletében az állatvilágban is meglévő megkapaszkodási és hordozási példákhoz nyúlt vissza. Ez a viselkedés a főemlősöknél figyelhető meg a legerősebben, melyre Morris (Morris 1992) az állatok viselkedéséről szóló könyvében megannyi példát láthatunk. Hermann leírja, hogy a majomgyerek élete első hónapját anyja testében megkapaszkodva tölti, s mikor később először elmerészkedik tőle, akkor is rövid időn belül visszaszalad, és újra belecsimpaszkodik anyjába. Biztos módszere van arra, hogy elérje a szoros, testi érintkezést. Szerinte az embercsecsemő ölbe kívánkozása mögött is a megkapaszkodási ösztön áll. A gyermek háton, karon, csípőn, vállon, különböző ruhadarabok segítségével történő *hordozása* szerinte a megkapaszkodási ösztön kielégítését szolgálják, ami megnyugtatja a csecsemőt. Ám vannak eljárások, mellyel a szülők mintha küzdenének a gyermek megkapaszkodási vágya ellen, lásd: pólyázás, lekötözés. A megkapaszkodás kielégületlenül maradt ösztöne – mely az ősállapotot kívánja vissza, ahol anya és gyermeke

még elválaszthatatlan kettős egységben élt – Hermann szerint a további élet folyamán más kielégülési módokat kereshet.

Justné Kéry Hedvig (Kéry 1975) Hermann Imre megkapaszkodási ösztönéből indul ki a játékok élményelemzésében. A megkapaszkodási szindróma egyaránt magába foglalja a megkapaszkodásra és az elszakadásra való törekvést, és ennek a tünetegyüttesnek az elemeit lehet felfedezni egyes népi játékokban is.

A *fogócska* például egy olyan játék, ahol a megkapaszkodás, mint oltalmazó lehetőség, illetve az ezután jövő elszakadás, áldozatul esés, majd újra a megkapaszkodás folytonos váltakozása élhető meg. Ilyen például az ördögfogó, ahol a házat a párba állás jelenti, de mindig el is kell engedni egymást egy idő után, és újra a veszélyes bizonytalanba kell kiszaladni. A játékban egyre ismétlődik az elszakadás lelki feszültségének újból és újból átélése és a megkapaszkodás nyújtotta megnyugvás élménye. A játékban az elszakadás élményét, a veszélyhelyzetbe jutást élik át és ismétlik, majd a megkapaszkodással a biztonság megtalálását elevenítik fel. Az a feltevés, hogy a sérelmes behatások megrázó hatását a sérelem újra és újra átélésével igyekszik a lélek kibírhatóvá tenni, a megkapaszkodás szindrómájában is érvényesül.

A *lovacskázás* ősi játék, egyaránt játszották régen és ma, falun és városban. A ma gyermeke lovagol az apja, az anyja térdén, hátán, a kerítésen, a fákon, vagy a szimbolikus játékok során a seprűn, faágon, vagy akár egymagában. Míg a fogócskában a gyermek a kapaszkodás-elszakadás különböző fázisait játssza újra, addig a lovacskázásnál a kapaszkodásos helyzetet magát élheti át, amint szüleibe, a kerítésbe vagy a faágba kapaszkodik.

A *pérumozás* is tartalmaz megkapaszkodási elemeket. Ebben a játékban a megkapaszkodás élményének újraélése mellett a megkapaszkodás igényéhez szorosan kapcsolódó bizalom is próbatételre kerül. Az összekapaszkodott két embernek nagyon kell bíznia egymásban ahhoz, hogy együtt tudjanak játszani.

Bálint (Bálint 1997) könyvében hozzáteszi, hogy az aktív és passzív mozgás borzongásból eredő izgalmas természetét a szexuális izgalom is kiegészítheti, kísérheti (pl: birkózásnál, hintázásnál stb), melyre Sigmund Freud alapján hivatkozik. Freud kifejti, miként jelenik meg egyes játékokban a taktilis és vesztibuláris ingerek mentén a szexuális izgalom, melynek elfojtása szerinte a későbbi szédülés, vagy az érintési érzékenység hátterében állhat.

Vasas Samu érdekes szempontot ad az állandó ismétlésre lehetőséget adó játékok értelmezéséhez, mint például a libikókázás, amikor a gyermek vég nélkül újra és újra átéli az annak élményét, hogy egyszer fenn van, egyszer lenn. Vasas mindezt a lélekfeszítő szélsőségek táncának tartja, ahol egyszerre van ott a siker és a kudarc élménye, az elbukás és az újraéledés élménye (Vasas 1993). Falvay a gyermekjátékok ilyen módon ismétlődő jellegében és az egyes állapotok állandó váltakozásában a természet váltakozásait látja visszaköszönni, ahol a gyermek az elmúlás és az újjászületés egymásutániságát élheti át, az aktív ritmusélmény biztonságában (Falvay 1990).

Összehangolódás

A legkorábbi, a születés utáni időszak fontos követelménye, hogy a csecsemő és gondozója kellően összehangolódjék, legyen szó akár az evésről, az alvásról, vagy bármely más gondozási folyamatról, akár egyszerűen csak az együtt levésről. Az összehangolódás anya és gyermeke kölcsönös kapcsolatában alakul ki, mely folyamatot sokféle, kulturálisan különböző csecsemőgondozási eljárás[5] segítheti, beleértve az ölbeli játékokat is.

Stern (Stern 2002) az összehangolódásban nagy szerepet tulajdonít a *vitalitás affektusoknak*. Megfogalmazása szerint azáltal, hogy gyakorlatilag benne fészkelnek minden viselkedésben, kitűnően alkalmasak arra, hogy az összehangolódás tárgyai legyenek. A szülői aktusok sokaságáról, s így az ölbeli játékokról is úgy gondolkodik, mint amelyekben a vitalitás affektusok különféle formái fejeződnek ki. Ezek az idő és az intenzitás amodális minőségeiből tevődnek össze, s leginkább olyan kinetikus fogalmakkal adhatók vissza, mint *dagadó, elröppenő, elhalványuló, robbanó, puha, erőteljes, felgyorsuló, lelassuló, kiteljesedő, habozó, előrejutó, visszatérő, hullámzó* stb. A viselkedést tekintve lényegében az a fontos, hogy hogyan megy végbe a viselkedés, nem pedig az, hogy milyen viselkedés megy végbe (Stern 2004). Például, hogyan veszi fel az anya a gyermeket, hogyan nyúl hozzá öltöztetéskor (vö. a *handling*ról szóló résszel a későbbiekben), hogyan tartja az ölében az ölbeli játék közben, hogyan hangolja a csiklandozós játékokban stb. Ismertek ennek a folyamatnak a kudarcai is, melyet Stern az elhangolás, illetve a félrehangolás fogalmaival írt le, amikor a gondozói odafordulás és reagálás nincs összhangban a gyermek jelzéseivel és igényeivel.

Az összeillés kialakulásában Winnicott is kiemeli a gyermek jelzéseire történő adekvát válaszadás fontosságát, mely folyamatban az anya *tükröző* funkcióját hangsúlyozza. Az anyai tükrözés szerepéről szóló tanulmányában (Winnicott 1999) azt állítja, hogy a csecsemő, aki anyját nézi, miközben anyja is ránéz, saját magát látja anyja arcában. „Mit lát a csecsemő, amikor anyja arcára néz? [...] rendszerint az anya is a csecsemőre néz, és ahogyan néz, az kapcsolatban van azzal, amit ott lát... [de mi van akkor, ha] az anya a saját hangulatát tükrözi vissza, vagy ami rosszabb, saját elhárításainak merevségét [...] Egymásra néznek, és nem látják önmagukat [...] ami látható, az az anya arca" (Winnicott 1999, 112.). Ennek következményeként kreatív kapacitásuk csökken, energiáik nagy részét arra fordítják, hogy valamit visszakapjanak magukból. Némelyek nem adják fel, és azon vannak, hogy megláthassanak valami jelentést a tárgyban, mások megpróbálnak következtetni az anya hangulatára, ám a bizonytalan bejósolhatóság túlterhelheti a gyereket, és patológiához vezethet. Heinz Kohut (Kohut 2001, idézi Fehér, Kecskés 2011) is az anya tekintetének csillogásában keresi a kiegyensúlyozott személy önszeretetének a korai és egy életre szóló forrását. Az ölbeli játékok esetében is nagy szerepe van egymás tekintetének. Az összehangolódáshoz fontos, hogy miközben a mozgásból, hangszínből, izomtónusból, mimikából stb. kölcsönösen érzékelik egymást a felek, aközben az anya a gyermek szemrebbenéseiből is tudjon olvasni, akár csak arra vonatkozóan, hogy engedélyt kapjon egy érintésre, vagy jelet egy újabb menetre, vagy következtessen érzelmi, aktivációs állapotára stb. Az ölbeli játékok során a kisgyermek normál esetben szinte le sem veszi a tekintetét anyjáról, s minden átélt élményéhez hozzákapcsolódik az anya tekintetében megjelenő információ is.

5 Lásd még Bedő Ilona e kötetben megjelent *Ritmus – Az autista gyermekek szenzoros integrációs terápiájának lehetőségéről és a ritmus terápiás jelentőségéről* című tanulmányát.

Peter Fonagy a *reprezentációs illesztésről* írva azt állítja, hogy amikor az anya visszatükrözi a csecsemő érzelmi állapotát, ennek percepciója megszervezi a gyermek élményét, és így már mintegy „tudni" fogja, mit érez. A visszatükrözött reprezentáció és az én elsődleges állapota közötti bizonyos fokú eltérés elősegíti a szerveződés folyamatát, és így az anyai tükrözés létrehozza az érzelmek magasabb szintű reprezentációjának kialakulását. E modell szerint a tükrözés csak akkor éri el adaptív célját, ha a csecsemő élményéhez nem áll sem túl közel, sem túl távol. Amennyiben a tükrözés túlságosan hű, annak észlelése maga is félelmet kelthet, amennyiben pedig a szülői tükrözés teljesen elmarad, vagy a szülői válaszreakciókat uralják az anya önmagába forduló érzései, a szelffejlődés folyamatai károsulhatnak (Fonagy, Target 1988; Fonagy, Target 2005).

Kapcsolódik ehhez Stern elgondolása is, mely szerint minőségi különbséget jelent, amikor az anyák túl tudnak lépni az utánzáson, a viselkedés hűséges másolatán, és teret tudnak engedni egy tágabb illeszkedésnek, mely akármilyen eltérő modalitásban megtörténhet (hangadással reagál például egy mozdulatra). Az összehangolás nem egy az egyben a viselkedés között jön létre, hanem a viselkedés érzelmi vetülete, a belső állapot kifejeződése között, és így, míg az utánzás inkább formát nyújt, az összehangolódás érzelmek tanulására ad lehetőséget a gyermeknek (Stern 2002).

Bálint az összeillésnek a hiányát teszi felelőssé az olyan alapvető élmények keletkezésében, mint az őstörés, amikor a gyermek korai fejlődésének időszakában, a gyermek pszicho-biológiai szükségletei és a rá irányuló figyelem és érzelem között komoly meghasonlás érzékelhető, vagyis a gyermek és környezete közötti összeillés nem harmonikus (Bálint 1994).

A gyermekre való testi és érzelmi ráhangolódással az anya egyfajta *„holdingot"* (Winnicott 2004) teremt, jelenlétével testi-lelki biztonságot ad a gyermeknek. A holding az anya azon képessége, mellyel tartani, tartalmazni tudja a külvilágból eredő impulzusokat, lecsökkentve, elviselhetővé téve azokat a gyerek számára. Ezen konténerfunkció nyomán a gyereknek folytonossági élménye lehet és kialakulhat a valódi szelf. A gyerek énjének erőssége az anya éntámogatásától, odafordulásától, jelenlététől, odaadásától nagyban függ.

Ha a holdingban hibák vannak, ha az anyai ráhangolódásban valami nincs rendben, ha az anya nincs jelen, a gyerek nem tudja megvédeni magát a szorongástól, mert az anya nem tudja azt átvenni. Ez a gyereket arra készteti, hogy fokozottabban reagáljon a külvilágra, ami megtöri a folytonosság élményét. A folytonosságélmény megszakadásának következményei: nyugtalan, apatikus, gátolt kisgyerek, aki az élet nehézségeivel szemben tehetetlenebb, és mindemellett kielégüléshez sem tud jutni.

Testi kontaktus

A korai anya-gyermek kapcsolatra vonatkozó kutatásokban az összehangolódás mellet a testi kontaktusokra vonatkozó vizsgálatok is fontosak voltak, és a kérdéskört többféle nézőpontból közelítették meg a kutatók. Ezek közül csak néhányat emelek ki az ölbeli játékok, és a gondozás kapcsán.

Irving Leon például a taktilis ingerek iránti domináns fogékonyságot hangsúlyozta a csecsemőkorban. Ennek jelét a humán tárgy (gondozó, anya) diszkriminációjának korai képességében vélte felfedezni. Leon szerint ugyanis a gyermek már az első hónapban képes az anyját másoktól megkülönböztetni a taktilis ingerek mentén, az anya sajátos gondozói stílusa alapján (Leon 1984, idézi Kulcsár 1992).

Hasonlatos ehhez Winnicott *handling* (bánás) fogalma is. Winnicott hangsúlyozta, hogy a fizikai tartásnak és érintésnek nagy szerepe van a testhez való viszonyulás megtanulásában is. A csecsemő számára természetes a jó bánásmód, melybe belesimulhat, de a nem elég jó handling pszichológiai szempontból megbetegítő (Winnicott 2004).

A tartva levés élményének fontossága Morris 1989-es munkájában is megjelenik, melyben leírja, hogy a csecsemő már egészen zsenge korban is élénken érzékeli a kézbevétel, a tartás és a hordozás különböző minőségeit, és hevesen reagál – legtöbb esetben az idegenekhez kötődő – tapintási bizonytalanságra, amikor tétován, félénken bánnak vele. Sírni kezd, és védelmet vár a veszély elhárítására; azt remélve, hogy biztosabb kezekbe kerülhet, ahol határozottan és ismerős módon fogják meg, tartják meg.

Lynne Sanford Koestler (Koestler 1988) az anya-gyermek interakcióban gyakran előforduló ritmikus taktilis- és vesztibuláris stimuláció vizsgálata során azt találta, hogy a legtöbb stimuláció, amelyet az anya a gyermek ingerlésére alkalmaz, az anyai járás és a magzatai szívverés tempójához hasonlít. Szerinte tehát nem a prenatálisan megtapasztalt anyai szívritmushoz, hanem a gyermek szívritmusához igazodnak inkább az anya által szolgáltatott ingerek.

Arató Domonkos és munkatársai a pszichoterápia folyóiratban megjelent munkájukban kiemelik, hogy az érintéshez alapvetően és lényegileg az érzés és a tapasztalás kölcsönössége szükséges, ami azt is jelenti, hogy az alany és a tárgy kölcsönhatásban vannak egymással. „A taktilitás másik arca, az aktív tapintásos exploráció különös logikát követ: az ujjbegyek a tárgy érintésekor bőrfelszíni ingerlést kapnak, melyek fokozatosan elvesztik eredeti élményminőségüket, amint a saját test észleletéből a tárgyhoz köthető dologi tulajdonsággá válnak." (Arató, H. Pozsár, Szvatkó 2011, 4.)

Joachim Küchenhoff így ír minderről: „nem tudok megérinteni valamit anélkül, hogy önmagamat is ne érzékelném az érintés aktusában. Az érintés alanya vagyok, de ugyanakkor a tárgya is. Az érintés aktusában az érintőt és a megérintettet nem lehet különválasztani... Az érintésben az aktivitás és a passzivitás fogalma sajátságos módon válik viszonylagossá." (Küchenhoff, Agarwalla 2012, idézi Fehér 2012). Az érintés és tartva levés alapvető szükségletét nagymértékben képesek kielégíteni az ölbeli játékok. Az, hogy a gyermek átadhatja magát a játék örömének – legyen szó akár csak egy kisujj megérintéséről egy ujjasdi játékban, egy kézfej megtartásáról egy tenyeresdiben, vagy akár az egész test megtartásáról egy lovagoltatóban – nagyban függ a feléje irányuló mozdulatok minőségétől (lásd vitalitás affektusok).

A testről alkotott reprezentáció

Az anyai gondoskodás – így az ölbeli játékok is – fontos szerepet játszanak a testi én tudatosodásában is.

Az anyaméhen belüli lét során a magzat egy kellemes közegben, a magzatvízben lebeg. A bőrérzékelésén (lásd később Didier Anzieu elméletét), a vesztibuláris ingerek érzékelésén, és a belső szerveiből érkező információk feldolgozásán keresztül már ekkor kezd megalapozódni a saját testről való belső tudása. A születés után – kiegészülve a látással – az érintés, a ringás, ringatás élményei, az ölbeli játékok kínálta interakciók és mozgások, s később a gyermekjátékok pörgő-forgó eseményei a gyermek számára változatos ingerlésre lehetőséget biztosító helyzetek, melyekben különböző módokon élheti át saját testét, saját mozgását, és saját magát a környezetében.

Ebből a szempontból az ölbeli játékoknak azok a változatai fontosak, amelyek *taktilis* dominanciájúak (lásd fentebb), tehát az arcsimogatók, tenyeresdik, ujjasdik, csiklandozók, vagyis azok, ahol a gyermek testhatárait járjuk körbe a fejétől a talpáig, valamint az egyes testrészeit mutogatjuk saját magán, elősegítve ezzel a saját testrészek egymáshoz viszonyított helyzetének tudatosodását is. Az anya a gyermek figyelmét a saját testére irányítja, gondoskodása a testbelsőből jövő ingerek felől újra meg újra a test felszínéről, illetve a test mozgásából érkező ingerek felé fordítja a gyerek figyelmét – ezáltal a percepció kiterjedtebb lesz. Mindehhez hadd idézzek a korábban említett rádióműsorban elhangzott beszélgetésből:

> „Hallatlan nagy szerepe volt a régi tanításban és játszásban az első 2-3 életévben az ölbeli játékoknak, hiszen amikor egy gyerek megszületik, nem tudja, hogy meddig tart, hol kezdődik a külvilág. Először is ezt kell megtanulni, hogy ki vagyok én, hol vannak a határaim, ezért ilyenek a legelső játékok, hogy megnevezik a végtagokat, valahogyan utalnak a törzsre, a fejen részletezik az érzékszerveket stb. Van ilyen, hogy: Itt a keze, itt a lába, itt meg a kis hasikája. Itt a füle, itt az orra, itt pedig a tátogója! És miközben mondjuk, mutatjuk is." (*Vendég a háznál*, 2002. augusztus 2., Kossuth Rádió)

A fent említett példa rímmel Margaret Mahler énfejlődési elméletére, melyben a testi én megjelenésének folyamatában érzékeltette a proprioceptív-interoceptív érzékelés felől történő eltolódást az exteroceptív, kontakt típusú percepció felé. Szerinte ez az eltolódás a testi ego kialakulásának alapfeltétele (Kulcsár 1992).

A testről alkotott reprezentáció fogalma számos kutatónál megjelenik:

Henry Head (Head 1920, idézi Campos 2000) az elsők között volt, aki fontos szerepet tulajdonított a testsémának. Egy korán megszilárduló központi idegrendszeri funkcióegyüttest feltételezett, mely a térben és időben való tájékozódást, és testünk koherenciaérzését segíti. Szerinte a testséma teszi lehetővé az integrációját annak, ami „most" történik, és ami „azelőtt" történt: az egyén úgy képes egyik pozitúrából a másikba váltani összefüggő módon, hogy minden új mozdulatot egy már meglévő sztenderdhez, modellhez viszonyít. A testséma adta vázlat nélkül a mozgásunk és létünk töredezett lenne, hiányozna belőle a folytonosság.

Marton vizuális-poszturális testmodell-elképzelése a saját, önindította mozgás szerepét hangsúlyozza. Mint ahogy Head elméletében, itt is megjelenik egyfajta viszonyítási, komparátor működés, ám más szinteken. Hipotézise szerint az akaratlagos mozgáskor egy centrális impulzusáramlás jön létre a motoros rendszerektől a szenzoros területek felé. Ez a corollary (következményes) kisülés (efferencia kópia) készíti elő a szenzoros területeket a környezet azon történéseire, amelyek a saját mozgás következtében várhatók. A cselekvés tervezésekor tehát az izmokhoz küldött motoros jelzések szenzoros területekre érkező belső korrelátumai szintén jelentős forrásai a propriocepciónak. Ez az anticipációs folyamat fontos ahhoz, hogy különbséget tegyünk a saját aktív mozgásunk és a passzív mozgásaink között, illetve azonosítani tudjuk, hogy sikeresen végrehajtottuk-e a mozgástervet (Marton 1970).

Kitekintve a szelffejlődéssel foglalkozó elméletekre, Head felfogása Stern (Stern 2002) elméletében is visszaköszön. Stern szerint az énérzés kialakulásának fontos fázisa a test fizikai egységének átélése, mely egyfajta téri, idői és formai koharenciaérzést jelent, és hiányában a testélmény fragmentációja következne be. Mahlerrel ellentétben viszont – aki az énfejlődés-elméletében a szimbiózist tekintette kiindulópontnak, melyből a szeparáció-individualizáció folyamatán keresztül az én és a másik elkülönülése egyre határozottabb lesz (Mahler 1975) – Stern úgy gondolta, hogy „először a saját szelf és a másik megformálása következik be, és csak ezután nyílik lehetőség az összeolvadás-szerü élmények érzékelésére." (Stern 2002, 79.)

„Ezen saját magérzékelés kialakulása elsődleges feladata a csecsemőnek, melyre a 2–6 hónapos korig tartó erősen társas »mézeshetekben« megannyi lehetőség kínálkozik. Ebben az időszakban a szemtől-szemben zajló társas interakciók a személyközi foglalatosság fő formái. A társas élet nagyobb érzelmi csúcsai és völgyei már nem az olyan tevékenységekhez kapcsolódnak, mint például a szoptatás, amikor az élettani szabályozás uralkodik" (Stern 2002, 80.), hanem a találkozásokban születnek meg, a gondozás hétköznapi pillanataiban, vagy akár az azokat kísérő ölbeli játékok eseményeiben.

Ez a saját magérzékelés négy szelfélmény integrációjából áll össze: a *hatóerő*, az *egység*, a *saját affektivitás élménye*, és *önmagunk története*. Mindegyik szelfélmény énállandónak tekinthető, s a gyermek igyekszik, hogy ezeket az önmaga és a másik énjének lényegét meghatározó invariánsokat észrevegye, és igyekszik felismerni azok különféle, az „én a másikkal" élményére jellemző ötvözeteit (Stern 2002). A hatóerő esetében például Stern további három lehetséges élményinvariánst határoz meg – az akarat érzékelését (amely megelőzi a mozgásos cselekvést), a proprioceptív visszacsatolást, és a következmények kiszámíthatóságát –, és ezek lehetséges kombinációit elemzi. Ezek alapján egészen más élményt szolgáltat a saját testről például egy olyan ölbeli játék, mint a „Szita, szita szolgáló..." kezdetű fejlóbáló, amelyben az anya mozgatja a gyermek fejét, és melynek során átél ugyan a mozgásból eredő proprioceptív ingereket, de mindezt nem előzi meg a saját fej mozgatására vonatkozó akarat (vö. Marton 1970). Ez egy ráirányuló cselekvés, amelyet a másik akar. Vagy ilyen az „Az öregapám szántogatott..." borogató, melyben a gyermek ugyan megéli a hátról hasra történő átfordulással együtt járó proprioceptív ingereket, de mindezek előtt nincs jelen a saját önindította mozgáshoz kapcsolódó akarat. A hatóerő fokozottabb megé-

lésére azok a játékok adnak fokozottabban lehetőséget, melyekben a gyermek saját aktivitása is egyre határozottabb, mint például az „Öregapám fát fűrészel..." kezdetű húzogató. Itt már az anya és gyermeke együtt vesznek részt a játékban, kölcsönösen húzzák és tolják egymást.

A gondozási folyamatokban vagy az ölbeli játékok során a szülői viselkedések jellemzője, hogy ismétlődőek, de ugyanakkor apró változtatásokkal is telítettek. Ezek a viselkedésmódok jellegzetes témák és variációik formájában jelennek meg, melyek alkalmasak arra, hogy bennük a csecsemő fellelje a magérzékelés alapját képező szükséges én-invariánsokat (Stern 2002). Amikor egy esemény megismétlődik, megpróbáljuk azonosítani az esemény azon elemeit, amelyek a korábbi előforduláskor is jelen voltak. Mint Sándor Ildikó korábbi höcögtetős példája, a Stern által leírt példa is jól mutatja ezt...

„A hat hónapos Rebecca a hátán fekszik. Anyja bevezeti a főtémát, Rebecca fölé hajol, ujjaival felfelé lépeget a baba hasán és mellkasán, a nyaka felé. Amikor elkezd ujjaival felfelé vándorolni, azt mondja: elkaplak (ami azt jelenti, hogy amikor felér a nyakához, ott meg fogja csiklandozni). Rebecca azonnal az örömteli éberség állapotába kerül. Paula két másodperccel később megismétli a témát [...] A második alkalom után Rebecca már tudja, hogy anyja ujjai két másodperc múlva ismét felfelé fognak lépegetni a hasán. Figyeli anyja előkészületét az ujjsétára. Ekkor Paula beveti az első variációt: fél másodperccel késlelteti a sétát, és elnyújtja a hangokat. Eeeelkaaaplaaaak! Rebecca elvárásai fokozódnak, csakúgy, mint izgatott várakozása. Most már két és fél másodperccel későbbre várja a következő lépegetést, és Paula ismét egy újabb variációt talál ki. Negyedik ujját visszatartva vár még egy másodpercet, így Rebeccanak most három és fél másodpercet kell várnia, mire anyja azt mondja: Eeeeelkaaaaaaplaaaaaak!, hangja még magasabb, még izgatottabb, mint az előbb volt. Rebecca boldogan, lelkes várakozással izeg-mozog. Úgy gondolja, anyja minden egyes alkalom előtt kicsit többet fog várni, egyre jobban eltér a kezdeti ritmustól. (Kérdezhetnénk, hogyan képes erre egy csecsemő – a válasz meglepően egyszerű. Valójában ugyanúgy, ahogy a zene ritmusát tartjuk. Minden életkorban rendkívül érzékenyek vagyunk bármiféle ritmusváltásra, és itt is pontosan ez történik.) Így Rebecca becslése szerint az ötödik lépegetés már nagyjából négy másodperccel az előző után fog történni, és készülni kezd rá. Mielőtt a baba teljesen felkészült volna, akkor jön a „csattanó". Mindössze egy másodperc múlva ugyanis a mama Rebecca nyakához emeli a kezét, jóval azelőtt, hogy Rebecca várná. A játék végül ezzel a nyakcsiklandozással ér véget, miközben Paula azt mondja: Elkaptalak!... Rebecca, akiben tetőfokára hágott a kellemes izgatottság, kacagásba tör ki erre a gyors befejezésre..." (Stern 2007, 84.)

Az újra és újra történő eljátszás mindig felismerhetően különbözik az előzőektől, gyorsaságában, időbeliségében, hanglejtésében stb., és ezáltal olyan formát ölt, amelyben minden egymást követő változatban egyszere van jelen az ismerős és az újszerű, s így különösen alkalmas arra, hogy megtanítsa a csecsemőnek a személyközi állandók felismerését. A „kukucs játék", vagy a „kerekecske-gombocska" kölcsönös interakció, kölcsönös alkotás, egy szelf/másik jelenség, melyben a csecsemő olyan másikkal van együtt, aki szabályozza az aruosalélményeit, vagyis a másik egy szelfet szabályozó, pontosabban szelf-arousal szabályozó másik. Ezekben az ölbeli játékokban a gyermek a feszültség ívének és csattanójának élvezetes körforgását élheti meg, amely megszokott szellemi táplálék ebben az életkorban (vö. Falvay 1990). Bárki is játssza a gyerekkel, és bármilyen módozatokban, az érzelmi állapot az, ami a szelfhez tartozik, vagyis az én-állandó. A változatosság teszi lehetővé a csecsemőnek, hogy felmérje és azonosítsa, melyik invariáns kihez tartozik. Az arousal természetesen csak egy a szelfélmények közül, amelyeket a másik szabályozni képes. Ezen kívül például a biztonság és a kötődés is egy ilyen szelfélmény (lásd korábban). Minden olyan esemény, mely a kötődés és biztonság érzelmét szabályozza, kölcsönösen létrehozott élmények, melyekről a másikkal való együttlétben szerzünk tapasztalatot, s nem létezhetnének, ha nincs a másik (Stern 2007).

Paul Schilder (Schilder 1950, idézi Kulcsár 1992) pszichiátriai kórképek leírásánál hangsúlyozta a testséma szerepét. Schilder szerint a test poszturális modelljének mentális képe – amely állandóan újraépül és lebomlik – alkotja a test iránti attitűd emocionális alapját. Ezt a testképet konstrukciók és transzformációk folyamataként írja le, ahol az önérzékelés és a külvilág testen keresztüli érzékelése kölcsönhatásban áll egymással. A személyiség változásai leolvashatók a mozgás és a testtartás változásából, és a mozgásmintázat megváltozása együtt járhat a személyiséghez kötődő érzések, gondolatok és attitűdök megváltozásával.

A test poszturális modellje fiziológiai szinten a külvilággal való folyamatos kontaktus által épül fel, libidinózus szinten pedig nem csak az az érdeklődés alakítja, amelyet saját testünk iránt tanúsítunk, hanem mások érdeklődése is testünk iránt. Illetve kiemelt jelentőséget kap az is, hogy a körülöttünk lévő személyek hogyan viszonyulnak a saját testükhöz (Fehér, Kecskés 2011).

A testkép nagymértékben a másikkal való interakció során fejlődik ki, ezért nem véletlen a skizofrén betegeknél – akiknek interakciói erősen sérültek – a testhatárok megélésének, a perifériák meghatározásának nehézsége (Schilder 1933). Schilder megközelítése megerősíti a testkép alapvetően interszubjektív természetét, miszerint saját testképünk felépítése és fenntartása nem lehetséges társas közeg nélkül. Ezt a gondolatot megtaláljuk Françoise Dolto elméletében is, aki a francia metaforikus elméletalkotók egyike volt.[6]

Dolto (Dolto 1992) „tudattalan testkép" koncepciója magában foglalja mindazt, amit a francia kortárs analitikusok a metaforák közvetítésével a korai kapcsolatról kifejeztek (Erdélyi 2008). Dolto különbséget tesz a tudattalan testséma és a testkép

6 A metaforikus elméletek zöme az 1980-as években fogalmazódott meg, nagyjából azonos időben, mint a csecsemő-, illetve a kötődéskutatások többsége. Jacques Lacan metaforáival egy, a tudományokból és költészetből egyaránt táplálkozó elméletalkotási mintát hozott létre, mellyel főként a testbe íródott korai élmény-nyomok megfejtéséhez kívántak elérni, és azokat a korai élményeket kutatták, amelyek kifejezésére nem állnak rendelkezésünkre szavak, ám a metaforákon keresztül megfoghatóvá válhatnak. Olyan összevont hasonlatokat alkalmaztak, mint Lacan „tükör stádium" és az „apa neve", Dolto „hasonmás" és „tudattalan testkép", Anzieu „bőr-én" vagy Andre Green „halott anya" fogalmai (Erdélyi 2008).

között. A testséma az emberi faj specifikuma, minden egyed számára ugyanaz, a testkép viszont az alanyhoz tartozik, az alany története folyamatában jön létre, és abban formálódik. A testséma részben tudatos, részben tudattalan, a testkép pedig, jóllehet tudattalan, a beszéd révén részlegesen mégis előtudatossá válhat (Erdélyi 2008).

„A tudattalan testkép lényegét tekintve tudattalanná vált fantázia, »olyan dinamikus kép (vagy inkább alap-élményréteg, ősréteg), amellyel az életösztön szubjektív metaforáját jelöljük, olyan kép, amely biológiai forrásból táplálkozik, és folyamatosan feszíti a vágy, hogy a másikkal kommunikáljon« (Dolto 1984, 49.) A tudattalan testkép különböző percepciós módok segítségével szerzett képsorozatból (légzési-, szaglási-, hallási-, orális- és anális testkép) áll, olyan képekből, amelyek a korai kapcsolat élményvilágában nyerik életüket." (Erdélyi 2013). Erdélyi Ildikó ebben a tanulmányában összefüggésre utal a tudattalan testkép és Stern (Stern 2002) „vitalitás affektusa" között. Mint ahogy már korábban is szó volt róla, a vitalitás affektusok a létezés, a cselekvés „hogyanját", egy-egy élmény minőségét fejezik ki, és úgy érzékeljük őket, mint érzelmi áramlatokat/áramlásokat. „Ezeknek az affektusoknak lényeges szerepük lehet abban a módban, ahogyan a tudattalan testkép szerveződik. [...] Az érzések, érzetek villanásaiból – a vitalitás affektusokból – a mozgásban lévő tudattalan testkép bontakozik ki, és fejlődik tovább a ráépülő fantáziákkal együtt." (Erdélyi 2013, 70.) Például a szülők fantáziájában fogantatásától kezdve létezik valamilyen képzeleti kép a gyermekről, amely aztán anya és gyermeke kapcsolatában, kettejük közös fantáziálásában aktualizálódik a gyermek születése után. Ugyanígy válnak a gyermek testképének részévé a gyermek nevéhez kapcsolódó fantáziák is (Erdélyi 2013).

Dolto úgy vélte, hogy a korai fantáziatartalmak elfojtása a Lacan által leírt „tükör-stádiumban",[7] illetve a későbbi ödipális szakaszban következik be (Erdélyi 2013). „A tükör-tapasztalat először sokkolja a gyermeket, mert rádöbbenti arra, hogy a testkép és a tükörkép különböznek egymástól. Az egyik a kapcsolatban, az anyai arc tükrében formálódik, a másikat objektív tükröző felület küldi. A kétféle forrásból eredő képek kapcsolata az arc és álarc viszonyához hasonló, az egyik képzeletbeli, láthatatlan és állandó, a másik valóságos, látható és változik, sőt változtatható is (például arcfestéssel). Ha az alany tudattalan testképe sérült, a tükör belophatja magát a testkép helyébe. A tudattalan testkép tehát virtuális kép, de kapcsolatot tart fenn a valóságos-, a materiális-, az élő testtel" (Erdélyi 2008, 73–74).

Végezetül ide kívánkozik még Didier Anzieu „bőr-én" teóriája (Anzieu 1985, idézi Erdélyi 2008). Anzieu szintén „a korai kapcsolat pszichoszomatikus szerepére világít rá" és „a bőrfelszín alapvető szerepét hangsúlyozza az én-fejlődésben, minthogy a bőr kialakulása már a megtermékenyülést követő második hónap végén bekövetkezik, noha akkor még különböző szervek együttesének tekinthető. Születéskor a bőr-én virtuális struktúraként működik, majd a csecsemő és környezete kapcsolata során aktualizálódik. A bőr-én tehát az anya-csecsemő kapcsolatából származik, amelyben

7 Lacan a test pszichés reprezentációjának kialakulásában az érintésen túl rendkívüli jelentőséget tulajdonít a másik tekintetének. Szerinte a minket körülvevő tekintetek fókuszába kerülvén felismerjük azt, hogy a másik számára képként létezünk, és ezekből a képekből építjük fel önmagunk illúzióját (Erdélyi 2008).

anya és gyermeke mintegy közös bőrrel rendelkeztek, és közvetlenül kommunikáltak egymással. Amennyiben sikerül a szétválás okozta szorongáson túljutniuk, a gyermek szert tesz a bőr-énre. A bőr-én egyfelől kettejük érintkező felületéből alakul ki, másfelől az anyai gondoskodásból táplálkozik, és ennek a gondoskodásnak a bázisán születnek az érzések, a képek és a gondolatok. A bőr-én Anzieu-nél, ahogy a tudattalan testkép Doltónál, »narcisztikus boríték«, amely a pszichikus apparátus alap-jóllétét, állandóságát és védelmét biztosítja. A bőr-én pszichikus apparátust védelmező funkciója hasonlatos ahhoz, ahogyan a bőr a testbelsőt védi" (Erdélyi 2008, 75.).

Ennek a pszichikus apparátusnak az alap-jóllétéhez, a gyermek bizalom- és biztonságérzetének alakulásához, testi-lelki egyensúlyának támogatásához, testéről való tudásának gyarapodásához tehát sokban hozzájárulhatunk az ölbeli játékokkal. Mindemellett szimbolikus tartalmuk, ritmikus jellegük, dallamos formájuk, változatos mozgásformáik együtteseként kézenfekvő eszköznek tekinthetők a gyerekekben rejlő művészi érzékenység megalapozására is. Ezekben a játékokban az összekapcsolódó tekintet intenzitása, az egymással való testi kontaktus lehetősége, a tartva levés, az összehangolódás élménye magas fokú és koncentrált, ami mind a mai kor szülői, mind a szenzoros integrációs terápia számára hasznosnak bizonyulhat. A terapeuta, ismerve a DSZIT hátterében lévő hatásmechanizmusokat, otthonosan és könnyedén tudja alkalmazni vagy javasolni a különböző ölbeli játékokat, akár a biológiai tényezőket előtérbe helyezve, akár a kapcsolati, pszichológiai szempontokra alapozva.

Irodalom

Anzieu, D. (1985): *Le moi-peau.* Dunod, Paris.

Arató D.; H. Pozsár B.; Szvatkó A. (2011): *Taktilitás a gyermek-pszichoterápiákban.* Pszichoterápia, 20/5, 343–353.

Bálint M. (1997): *A borzongások és regressziók világa.* Animula, Budapest.

Bálint M. (1994): *Az őstörés: A regresszió terápiás vonatkozásai.* Akadémiai, Budapest.

Campos, J. A. (2000): *A mozgásterápiás folyamat és lehetséges elméleti háttere.* Kézirat.

Cariés, L. (1998): *Petits d'hommes.* Film, TF1-BFC, Spektrum TV.

Cole, M.; Cole, S. R. (1997): *Fejlődéslélektan.* Osiris, Budapest.

Csillér K. (2001): *14. századi ábrázolások a gyermekhordozó kendő alkalmazásáról.* in: *Számadó: Tanulmányok Paládi-Kovács Attila tiszteletére.* MTA Néprajzi Kutatóintézete, Budapest, 305–315.

Dolto, F. (1984): *L'Image inconsciente du corps.* Éditions du Seuil, Paris.

Erdélyi I. (2008): *Tudomány és művészet a francia pszichoanalízisben.* Thalassa 19/4, 63–86.

Erdélyi I. (2013): *A tudattalan testkép elmélete és a testkép megjelenése álmokban.* Thalassa, Imágó, 3/2, Budapest, 59–72.

Esztergályos J. (1981): *Kisdobos játékoskönyv.* Ságvári Endre, Budapest.

Falvay K. (1990): *Ritmikus mozgás – énekes játék: Óvodásoknak, kisiskolásoknak.* OPI, Budapest.

Fehér P. (2012): *A test interszubjektivitása és az érintés jelentősége a terápiás kapcsolatban.* http://www.pszichoterapia.hu/wp-content/uploads/2011/11/vita-az-erintesrol-és-a-testi-kontaktusrol-II.pdf (Letöltve: 2016. január 30.)
Fehér P.; Kecskés B. (2011): *A testkép pszichoanalitikus megközelítése és a testkép-szobor teszttel szerzett diagnosztikai és terápiás tapasztalatok pszichotikus páciensekkel. Pszichoterápia,* 20/4, 272–277.
Fonagy, P.; Target, M. (1988): *A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében.* Thalassa, 9/1, 5–43.
Fonagy, P.; Target, M. (2005): *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében.* Gondolat, Budapest.
Fügedi M. (1988): *A gyermek a matyó családban.* Hermann Ottó Múzeum, Miskolc.
Győrffy Gy. (1949): *Gyerekszállítás lepedőbe.* Kézirat.
Head, H. (1920): *Studies in neurology: Vol. II.* Oxford University Press, New York.
Hermann I. (1984): *Az ember ősi ösztönei.* Magvető, Budapest.
Kass J.; Lukácsy A.; Weöres S. (1981): *Gyermekjátékok azaz Idősebb Pieter Brueghel mester négyszáz esztendős híres-neves festménye nyomán készült képeskönyv.* Móra, Budapest.
Katona I. (2001): Néprajz és Gyermekvilág, Pont, Budapest.
Kéry H., J-né (1975): Ősi és népi játékok élménylefolyása és jelentőségük. Akadémiai, Budapest.
Kiss Á. (szerk.) (1891): *Magyar gyermekjáték-gyűjtemény.* Hornyánszky, Budapest. [Újrakiadása: Holnap, Budapest, 2000.] http://mek.oszk.hu/10800/10818/10818.pdf (Letöltve: 2016. január 26.)
Koester, L. S. (1988): *Rhythmicity in parental stimulation of infants.* In: Fedor-Freybergh, P. G. (ed.); Vogel, V. M. L. (ed.) (1988): *Prenatal and perinatal psychology and medicine: Encounter with the unborn: A comprehensive survey of research and practice.* Parthenon, Carnforth, 143–152.
Kohut H. (2001): *A szelf analízise: a nárcisztikus személyiségzavarok pszichoanalitikus kezelése.* Animula, Budapest.
Kresz M. (1944): *A gyermekkor és az ifjúkor néprajza egy kalotaszegi faluban.* Ethnographia, 55/3–4, 143–147.
Kresz M. (1943): *A pólyázás Nyárszón (Kalotaszeg).* Néprajzi Értesítő, 35/3–4,173–176.
Kulcsár Zs. (1992): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók.* Tankönyvkiadó, Budapest.
Küchenhoff, J.; Agarwalla, P. (2012): *Körperbild und Persönlichkeit.* Springer-Verlag, Berlin.
Lázár K. (1997): *Népi játékok.* Planétás, Budapest.
Leon, I. G. (1984): *Psychoanalysis, Piaget and attachment: The construction of the object in the first year of life.* International Review of Psychoanalysis, 11, 255–278.
Mahler, M. S. (1975): *The psychological birth of the human infant.* Basic Books, New York.
Mason, O. (1889): *Cradles of the American Aborigines.* Smithsonian Institution, Washington. https://archive.org/stream/cihm_33501#page/n7/mode/2up (Letöltve: 2016. január 30.)
Marton L. M. (1970): *Tanulás, vizuális-poszturális testmodell és a tudat kialakulása.* Magyar Pszichológiai Szemle, 27/1, 182–198.
Mándoki L. (1960): *A kisgyermek állni és járni tanulását szolgáló eszközök a Néprajzi Múzeumban.* Néprajzi értesítő, 42, 127–159.
Mohás L. (szerk.) (1982): *A szülői mesterség.* Minerva, Budapest.
Morris, D. (1989): *A csupasz majom.* Európa, Budapest.
Morris, D. (1992): Állatlesen. Európa, Budapest.
Pikler E. (1982): *Néhány gondolat a csecsemő nevelési szokásokról és a szülői magatartásról.* Magyar Pszichológiai Szemle, 39/5, 484–498.
Rösslin, E. (1540): *The birth of mankind.*
Rózsa S. (1999): *A szenzoros integráció a kultúrantropológia szemszögéből.* In: *Szenzoros integrációs terápiák.* Oktatási segédanyag a Fővárosi Pedagógiai Intézet és az ELTE Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék szervezésében meghirdetett tanfolyamon. (Kézirat belső használatra), Budapest.
Sándor I. (1999): *Az ölbeli játékok.* Kézirat.
Schilder, P. (1933): *The vestibular apparatus in neurosis and psychosis.* Journal of Nervous and Mental Disease, 78/1, 1–23.
Schilder, P. (1950): *The image and appearance of the human body: Studies in the constructive energies of the psyche.* International Universities Press, New York.
Stern D. N. (2002): *A csecsemő személyközi világa.* Animula, Budapest.
Stern, D. N. (2004): *A jelen pillanat: Mikroanalízis a pszichoterápiában.* Animula, Budapest.
Stern, D. N. (2007): *Anya születik: arról, hogyan változtatja meg az anyaság átélése örökre az embert?* Animula, Budapest.
Taylor, M. M. (1926): *Kannibálok földjén: Barangolás Pápua szívében.* Lampel, Budapest.
Tucker, M. J. (1998): *A gyermek mint kezdet és vég: Gyermeknevelési szokások a 15–16. századi Angliában.* In: Vajda Zs. (szerk.); Pukánszky B. (szerk.): *A gyermekkor története.* Eötvös József, Budapest, 211–232.
Vasas S. (1993): *A kalotaszegi gyermek: A személyiségfejlődés néphagyományai Kalotaszegen.* Kráter, Budapest.
W. Sáfrány Zs. (1979): *A gyermekhordó kendők Baranyában.* In: *A szekszárdi Béri Balogh Ádám Múzeum évkönyve: VIII–IX. 1977–1978.* Tolna megyei Tanács – Béri Balogh Ádám Megyei Múzeum, Szekszárd, 258–260.
Winnicott, D. W. (1999): *Játszás és valóság.* Animula, Budapest.
Winnicott, D. W. (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek: Válogatott tanulmányok.* Új Mandátum, Budapest, 22–236.

Játék a dinamikus szenzoros integrációs terápiában

Szvatkó Anna

Nehéz dolognak tűnik a játékról újat mondani, hiszen szakirodalma óriási, különlegessége minden időben, mindenfelé töprengésre késztette az embereket. Számtalan elméletét dolgozták ki a tudósok, tengernyi hipotézist, megfigyelést[1] rögzítettek, és az utóbbi időben már azt hihetnénk, hogy mindent tudunk róla, mert nemigen hallunk frisseket felőle. Szerencsére az érdeklődésnek ez az apálya egyáltalán nem befolyásolja a gyerekeket és a játszani szerető felnőtteket, változatlanul teszik a dolgukat: játszanak.

A játszásnak van olyan értékes szerepe életünkben és a dinamikus szenzoros integrációs terápiában (DSZIT), hogy időről időre átgondoljuk a jelentését, a viszonyunkat hozzá, és tudatában legyünk annak is, hogy milyen hiányok pótlása történik meg általa. És milyen hiányok keletkeznek, ha valami hibádzik a játszás körül, ha „game over" van.

A szenzoros integrációs koncepció oldaláról nézve pedig különösen nem tűnik érdektelennek a játszás, sem abból a szempontból, hogy a szenzoros integrációs diszfunkciókkal – más néven a szenzoros feldolgozás zavaraival – küzdő gyerekek hogyan is játszanak, sem pedig a terápia felől tekintve, vagyis onnan, hogy hogyan válhat a játék a terápia legfontosabb hajtóerejévé. Ha pedig perspektívánkat a civilizáció és a játék kultúrájának összefüggéseire irányítjuk, nyugtalanító kérdésekhez jutunk.

Játék a szenzoros integrációs terápiákban

Anna Jean Ayres szerint *a szenzoros integrációs terápiák leghatározottabb sajátossága az, hogy a benne részt vevő gyermek játszik.* Ezt úgy is értelmezhetjük, hogy olyan kereteket kell felállítanunk, mintha a gyermek egy játékterápiában venne részt, ahol ő választ játékot, ő dönti el, mikor beszél és mikor nem, mi történik a játékban, meddig tart ez a játék, mikor kezdődik a következő, és egyáltalán mivel, milyen tárggyal játszik. A játékterápiával közös vonás még az is, hogy mindkét helyzetben van egy felnőtt, aki a gyermek történetének, körülményeinek, problémáinak ismeretében a teljes figyelmével, empátiájával jelen van, követi az eseményeket, próbálja megérteni az összefüggéseket, és időnként segíti a játék továbbfolytatását, ha erre szükség van.

1 E kötetben Jakobi Nóra *Ölbeli játékok* című tanulmánya rövid történeti kitekintést ad a játszásról.

A főszereplők: mozgás, fantázia, veszély

A különbség főképpen a játékeszközökben érhető tetten: a játékterápiákban megszokott babák, macik, autók, házak helyett cirkuszi eszközökként ismert forgóhenger, trapéz, óriás gumilabda, mennyezetről lelógó háló, gördeszka, billenő hinta fogadja a gyermekeket, mint egy jó játszótéren. Amit tehát a helyzet kínál, az olyan játszás, amelyben a mozgásé az egyik főszerep.

Tudnunk kell, hogy minden életmegnyilvánulásunknak van mozgásos eleme, még akkor is, ha látszólag mozdulatlanok vagyunk. A testhelyzettel kapcsolatos adaptáció, a mimika, a gesztikuláció mind érzelemmel átitatott mozgások, amelyek kivonhatatlanok emocionális összefüggéseikből, egyszersmind azonban az izmok valamilyen mértékű megnyúlását, összehúzódását és a test izomtónusának változékonyságát is jelentik.

Vajon hol kezdődik a mozgásos játék? A csecsemők rúgkapálása játszás-e már? Játszik-e a kisgyermek, amikor hason fekve, szinte mozdulatlanul, elmerülten néz egy csigát? Nem tudhatjuk biztosan, hiszen az, hogy egy tevékenység során mire gondol valaki, kívülről nehezen ítélhető meg. A fantázia tartalma csak akkor követhető, ha a résztvevő valamely okból megosztja azt valakivel: a kisbaba anyja elbűvölt visszajelzésére megismétli a mozdulatot, ezt mindketten viccesnek találják, összenevetnek, újrakezdik, a mozgás segítségével kicserélik, finoman módosítják is mentális tartalmaikat – tehát játszanak és a kapcsolatukat építik. A csigát figyelő gyerek is játszhat, ha közben elképzeli, hogy ő is csiga, és társával együtt rohan, hogy odaérjen az erdei állatgyűlésre. Fekvő helyzetében akár érdekes izomkontrakciókat is végezhet, fokozhatja saját testérzéseit – de valljuk meg, csupán ránézésre ezt mi nem láthatjuk.

Így van ez sokszor a DSZIT-terápiában is, csakhogy ott a terapeuták ennek tudatában vannak. A terápiában a résztvevők szabadon kísérletezhetnek a rendelkezésre álló eszközökkel, kuporoghatnak magzati pózban, pöröghetnek, repülhetnek, billeghetnek, s közben olyan világot teremthetnek, amely a mesék, a fantázia birodalmához esik közel. Pontosan az a DSZIT-terápia legerősebb hatótényezője, hogy ezeket a játékokat saját elképzeléseik, saját motivációik szerint valónak élhetik meg, mind a játék mozgásos, mind pedig fantáziakomponense oldaláról. Ilyen módon nyílhat meg az út a további strukturálódás felé annak érdekében, hogy rátaláljanak azokra az ősi mozgásmintákra, amelyek segítségével hatékonyabban tudják uralni testüket a térben. A motoros viselkedés itt nem cél, hanem eszköz arra, hogy – miközben minden inger forrása maga a gyerek – a szenzoros beáramlást követően agytörzsi változást eredményező, a helyzethez alkalmazkodó mozdulat jöjjön létre. Magától értetődő, hogy a gyermek aktivitásának ez a része nem tudatos: hintázik, pörög, hordón egyensúlyozik, mert játszik. A vesztibuláris, taktilis, proprioceptív ingerlésből fakadó, eddig át nem élt élményeinek pszichés vetülete pedig újabb lehetőséget kínál az integrációra. Saját énjét sokkal hatóképesebbnek, könnyebben használhatónak, örömök forrásának éli meg, és ezzel fokozza önértékelését, önbizalmát.

A szenzoros integrációs keret másik főszereplője a reális veszély. Az eszközökről le lehet esni, ha nem vigyázunk, megsérülhetünk. Azon gyerekeknek számára, akiknek a szenzoros ingerek befogadásával és az ezekre adandó mozgásválaszok kivitelezésével nehézségeik vannak, ezek a veszélyek nagyon is valósak, és jelentős bizalmat kell

érezniük a terapeutákkal szemben, hogy ilyen kalandokba bonyolódjanak. Ugyanakkor a kezelhető mértékű veszélyek valós átélése és uralása hihetetlen önbizalmat és erőt ad. Ennek során tanulják meg a gyermekek, hogy a veszélyhelyzet feszültséggel, szorongással teli, de el lehet viselni, fel lehet lépni ellene.

Hangsúlyos érzékelési minőségek: vesztibuláris-proprioceptív és taktilis

Ayres szenzoros integrációs eljárásának leglényegesebb eleme a sokoldalú vesztibuláris-proprioceptív és taktilis ingerlés, mely addig át nem élt élményekhez vezethet az integrációra újabb és újabb lehetőségeket kínáló pszichés vetülettel. Ezeknek a korán működőképessé váló érzékszerveknek az előnyben részesítése végigvonul a gyerekkoron, és kissé rejtettebb formában a felnőttkorban is fellelhető.

Azok a játékok, amelyeket régtől fogva játszanak a gyerekek, sok *egyensúlyszervre* ható elemet tartalmaznak. Gondoljunk csak a kicsinyeknek szóló mondókákra: ősi vonásokat nemcsak ismétlődő, ráolvasásszerű szövegeikben, ritmusukban találunk, hanem a szervesen hozzájuk tartozó mozdulatokban is. A mondókák, népi gyermekdalok ritmusára altatják, nyugtatják, vigasztalják, vidítják a gyerekeket, miközben jobbra-balra döntögetik, lábukat lógázzák, összekulcsolt karjaikon hintáztatják őket.[2] A tipegők, a már járni tudók nagy örömüket lelik azokban a játékdalokban, amelyeknek végén leguggolnak, megfordulnak velük, vagy a hónuk alatt felemelve jó magasra lendítik őket. Minél erőteljesebb az inger, annál nagyobb az élvezet – mindez abban az életkorban, amikor a nehézségi erő az egyik legnagyobb fizikai kihívás a fejlődő, kezdetben magatehetetlen gyereknek. Természetesen ez a bizalom próbája is: a könyörtelen, válogatás nélkül ható gravitáció ellenében bízni a szó szoros értelmében „megtartó" emberi kapcsolatokban.

A nagyobbacska gyerekek szívesen forognak nagy sebességgel a tengelyük körül. A népi játékokban is gyakran megjelenik ez, például az „esőüdvözlés" részeként, mikor feltartott fejjel és kézzel forognak körbe. Két gyerek együttes, féltalpon csúsztatva galoppozó forgása, a „páros forgó" olyan gyakori, hogy a magyar nyelvben többféle elnevezése is ismert: pórumozás, kerembózsa, sipircelés stb. A játékok külön csoportját alkotják azok, amelyekben a vesztibuláris ingerlés ügyességet igénylő helyzetekben nyilvánul meg. Egyre fokozódó nehezítéseket találhatunk például a labdaiskolákban, ugróiskolákban.

Századokon át játszott az emberiség – régebben nemcsak a gyerekek, hanem a felnőttek is (Ariès 1987) – olyan játékokat, amelyek igen gazdagok vesztibuláris élményekben. A forgás, féllábon ugrálás, leguggolás, szökdécselés a legtöbb népi játékban jelentős szerepet kapott. Kikapcsolódásul a mai kor felnőttjei havon és vízen síelnek, egyre rafináltabb vidámparkokat látogatnak, lovagolnak, vitorláznak, bungee jumpingolnak, és egyéb rafinált extrém sportokat űznek.

2 Erről részletesebben Jakobi Nóra kötetbeli tanulmányában olvashatunk.

A gravitáció legyőzésének gondolata nagy múltra tekinthet vissza az emberiség történetében: a repülés vágya mellett képzeletünket mindig is foglalkoztatták a szellemvilág nehézkedés nélküli, magasan lakozó lényei, mint erre Paul Schilder felhívja a figyelmet (Schilder 1933). Napjainkban például a görkorcsolyázó, gördeszkázó fiatalok szubkultúrájában szintén sajátos szerepet kap a nyaktörő mutatványokkal egymást túllicitáló vesztibuláris ingerkeresés: a zuhanásérzés kontrolljának megtapasztalása feltehetően a szorongás megfékezésére tett kísérlet.

A másik ősi élményminőség, a *taktilitás* kapcsán Rotter Lilian (Rotter 1946) kiemeli, hogy a valóság érzékelésének megbízhatóságát a tapintás adja. Azok a gyerekek, akik elsősorban látás útján tájékozódnak, olyan távolságot tartanak, amely lehetetlenné teszi a közvetlen érintkezésen alapuló érzékelést. Ezeknek a gyerekeknek a szimbiózis iránti vágyuk kritikus, a közelségről való kényszerű lemondásuk az ismerősségről, valódiságról való lemondással jár együtt. Kisgyermekkorban mindez különösen nehézzé teszi a „megfogható" valóság elkülönítését a fantáziától.

Nem lehet véletlen, hogy a kisgyerekkor játékaiban, amelyeket a felnőttek, mintegy rejtett neuropszichológiai tréningként a gyerekekkel játszanak, nagy hangsúlyt kapnak a tapintási ingerlések. Gondoljunk csak az arcsimogató, ujjikiszámoló mondókák[3] nagy számára és változatosságára. Újabb adalék ez ahhoz, hogy megérthessük a kultúra szerepét az emberiség ősrégi tapasztalatainak átadásában.

A TERAPEUTA: BIZTONSÁGOT NYÚJTÓ FELNŐTT

A terapeuta a játékban a biztonságot adó résztvevő, partner, aki képes támaszt nyújtani a szó elsődleges értelmében is, nem vonakodik testileg is jelen lenni a gyermek terében, melyben ott vannak a nemegyszer veszélyes játékeszközök. A megkapaszkodás aktív és passzív változatait az „itt és most" élményszinttől a régmúlt történetével együtt a terapeutával közösen lehet átélni.

Ha gyerek és felnőtt együtt játszik, magától értetődően adódik egyfajta hullámzás a szabad és a strukturált helyzetek között.[4] Ez utóbbira példa, amikor a gyerek úgy tud egy számára vonzó, de még ismeretlen tevékenységet megpróbálni, hogy a felnőttől útmutatást, ötletet kér vagy képes elfogadni, annak érdekében, hogy egyfajta ügyességet, gyakorlatot kívánó mozgássor birtokába jusson. Erőfeszítéseket végez, unalomig ismétel, míg egy-egy újabb készség biztos tulajdonosa nem lesz. A hintát önállóan hajtani, a nagylabdát ritmikusan a földhöz pattintani, a gördeszkát pont akkor megállítani, amikor szükséges, vékony pallón különböző nehezítésekkel végigmenni – fontos „tudások"; egyben énerősítő, örömteli testi aktivitások is. S ha a megjelenítésre alkalmas színpad kész, a közönség megbízhatóan érdeklődő, és a függöny bármikor leereszthető, kezdődhet az előadás: felbukkanhatnak a színen a konfliktusok. A megszületés traumái, a felegyenesedés nehézségei, korai fájdalomélmények, az anyától való elszakadás problematikája, az összeütközések a testi ügyesség, erő fitogtatása

3 Uo.

4 Lásd erről részletesebben Arató Domonkos és Duzsné Víg Zsuzsanna *Nondirektivitás a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című kötetbeli írását.

miatt, a szigorú szabályok kialakítása és meghaladása – ezek azok a leggyakoribb szereplők, amelyek változatos jelmezekben, gyakran archetipikus szimbólumokként tűnnek fel.

A terapeutára vár az a feladat, hogy kliensét, legyen az bármely életkorú is, kísérje, támogassa azon a felfedezőúton, amelynek során a megnehezített körülmények között keresi az éppen elégséges kihívást tartalmazó, éppen a leghatásosabb önszervezést biztosító, nem unalmas, de nem is elviselhetetlen szorongással kísért játékhelyzetet.

EGYÉB JÁTÉKJELLEMZŐK

Anita Bundy 1991-ben írt tanulmányában Kenneth Rubin és munkatársainak (Rubin, Fein, Vandenberg 1983) áttekintő munkájára hivatkozva összefoglalja a játéktevékenység néhány olyan fő jellemzőjét, amelyben a játék elméletével és gyakorlatával foglalkozó szerzők egyetértenek. A vonásokhoz tartozó hozzáfűzéseim a DSZIT-terápiában szerzett saját tapasztalataimon alapulnak.

- A játék önmagában okoz örömet, az erre való belső motiváció működése által.
  Néha viszonylag hosszú időre van szükség ahhoz, hogy egy gyerek rátaláljon saját motivációs bázisára, mert annyira hozzásimul a család rávetített elvárásaihoz: okosító játékokat kell játszania, a „buta" játékokkal csak feleslegesen megy az idő. Ezeknek a gyerekeknek azután nagy rácsodálkozás a háttérbe szorított saját belső késztetésekkel való találkozás. Ringatózni „csak úgy" – mert jó; tornyokat ledönteni minden lehetséges módon – mert érdekes; szoros alagutakon átfurakodni – mert szokatlan érzés, mindezt nem előírt, hanem vágyott tevékenységként és a differenciálódó ügyesség élményével átélve.

- A játékban legkevésbé lényeges a játszás eredménye szemben a játék élményfolyamával.
  Gyakran előfordul csoportos alkalmakkor, hogy a gyerekek cirkuszi vagy színházi előadást készítenek. Az órák jelentős része, nemritkán a teljes óra azzal megy el, hogy az előkészületeket végzik, beállítanak egy pici részt, ismétlik, finomítják, nem értenek egyet, majd egyetértenek, összehangolódnak. Amikor az órának vége lesz, láthatóan nem bánják nagyon, mert nem az előadás volt a lényeges, hanem a felkészülés folyamata, melyben mellesleg megtanulnak számos dolgot, konkrét készségeket, az alkalmazkodást a fizikai körülményekhez, saját már elért szenzomotoros szintjükhöz és egymáshoz. Különösen ismeretlen anyagokkal való találkozáskor tapasztalható, hogy a „készítsünk belőle valamit!" lendülete nem a kialakítandó végtermékre irányul, hanem az anyaggal való foglalatosságra: rövid idő múltán a megmunkálás tapasztalata, az abban való gyönyörködés szinte el is feledteti az eredeti célt.

- A játék során a használt tárgyat nem megismerni szeretnénk, nem az érdekel, hogy mire jó, hanem cselekszünk vele, és lényegében bármi lehet, bármivé válhat. A „mivel játszani" kérdése helyett a „mit játszani" az érdemibb.

Lenyűgöző, hogy a játékban a gyerekek milyen természetességgel feledkeznek meg a játékeszközök eredeti, felnőttek által kitalált használatáról, jelentéséről. A forgatható fotel (Ikea-termék) viszonylag könnyen kínálja a funkciót: forogj benne! Az a tény azonban, hogy egy lehajtható, fényáteresztő sátorlappal is felszerelték, a fantáziának tág teret ad. Leggyakrabban születési fantáziák jelennek meg használata kapcsán: „Így voltam anyukám hasában, és mindent hallottam." „Simogass, mert az anyukák sokat simogatják a pocakjukban a gyereküket!" „Most akarok megszületni, segíts kinyitni az ajtót!" Vagy lehet űrhajó, amely szédítő sebességgel halad a Mars felé, metró, amely minden megállóban kinyitja, majd becsukja az ajtaját, egy hely, ahol nem látják, ha valaki cumizik, kacsalábon forgó vár, amelyhez oda kell vágni egy krajcárt, hogy megálljon... és a sor a végtelenségig folytatható.

- A játékban fontos az utánzás, a „mintha"-helyzet.
  Én vagyok a legbátrabb utazó, a legerősebb harcos, a legnagyobb kutya, a legkisebb elefánt – mondják a gyerekek. És ez a koordináta-rendszer érthetővé teszi az utána történőket, a hadonászást a karddal, a lelógó gumikötelek irgalmatlan kaszabolását, a négykézláb mászkálást az egész órán, és a lassú, ormótlanná viccelt lépdelést a lejtőn. Ami közben a mozgásszabályozással történik, arról a játékban nem tudunk, az egy- és kétkezes integráció differenciálódása, a pronációban megvalósuló reflexgátlás, a mozgástempó helyzethez igazítása csak a terapeuta fejében sejlik fel, de leginkább utólag.

- A játék keretein belül a valóságot, annak szabályszerűségét tudatosan felfüggesztjük egy időre.
  Ennek a vonásnak az a lényege, hogy a valósághoz való viszony aktuális kontrollja a játszóé. Amennyiben ezt valamilyen módon megvonják tőle, megtörik a varázs, a tevékenység ettől kezdve lehet érdekes, lehet tanulságos, de semmiképpen nem játszás. Az addig játszó gyermek folytathatja a tényked ését, de az inkább a gyakorlás vitatható kategóriájába tartozik. Más oldalról nézve azonban a valóság egyes elemeit nem lehet felfüggeszteni még átmenetileg sem, hiszen például a gravitáció állandó valós alkalmazkodást igényel. Ha ezt a törvényszerűséget egy gyerek megsérti, azonnali fájdalmas figyelmeztetés következik, tehát ezt az összefüggést igen hamar megtanulják a tipikusan fejlődő gyerekek. Nem úgy a szenzoros integrációs terápiára szorulók. Ők általában nehezebben tanulnak saját meghiúsulásaikból, vagy helytelen következtetéseket vonnak le. A terápia finom szövetéhez tartozik az a segítség, amely erre a problémára játékbeli lehetőséget ad. Ha egy gyermek például azt szeretné játszani, hogy a felhőkarcoló (bordásfal) legtetejétől ugrik le, mert ő Batman, a csodálatos, aki megmenteni készül embertársait, akkor nem lebeszélni kell erről a nemes, ám valós veszélyekkel teli cselekedetről, hanem a legeslegbiztonságosabb körülményeket (teljes kipárnázás) kell megteremteni az ugrásához.

- Valamely éppen megfelelő mértékben kihívást jelentő tevékenykedés nélkül a játék nem tud megtörténni.

Ha egy játékcselekvés már nem jelent kihívást, nem is játék, ismételgetése az unalom felé mozdítja el a játszót, tehát nem is játssza azt. A mozgásügyesség szempontjából ez folytonos tökéletesedésre ad lehetőséget újabb és újabb területeken. A túl nagy kihívást jelentő cselekvés viszont olyan mértékű szorongást mobilizál, amely szintén nem kedvez a játék alapjában véve kellemességre törő lelkiállapotának, tehát a játszó elkerüli azt.

Életkorok és játék

Fejlődéslélektani közhely, hogy a különböző életkorokban különböző játékformák uralják a gyermekek tevékenységét. Egyes formák megjelennek, mások átalakulnak vagy vesztenek a jelentőségükből, de teljesen egyik forma sem tűnik el. Szenzoros vonatkozásaikat e helyütt érdemes átgondolni.

A legkorábban megjelenő a *gyakorlójáték*. Akkor alakul ki, amikor a gyermek a jelenséget (fej- és kézmozgások, tárgyak érintése, csörgőrázás stb.) megérti, és már nem ösztönzi felfedezésre; a gyermek a maga örömére ismétli a tevékenységet. A mozgásos és érzékelési élmények reprodukálása a cél, melyek között a taktilis hangsúlyúak a leggyakoribbak, mint az ütögetés, paskolás, csapás, csipkedés, cirógatás, simogatás, fogás, karolás. Ezek élményminőségei, érzetei sokrétűek lehetnek: száraz, nedves, meleg, hűvös, hideg, fájdalmas, bizsergető, lágy, puha, kemény, határozott, bizonytalan, megnyugtató, vibráló, semleges. Gyakoriak a vesztibuláris hangsúlyúak is, mint a gurulások, forgások, repülések, hintázások stb. Felnőtteken is felismerhetjük ezek maradványait, amikor nagyon elmerülnek valamely tevékenységben, miközben matatnak a szájuk körül, kopogtatják a tollukat az asztalon, vagy firkálgatnak.

Kétéves kor körül jelenik meg a *szimbolikus játék* formája. Ennek legfontosabb sajátossága az elhitetés: valami van, ami nincs, és minden minden lehet. A következmény az, hogy a belső és a külső világ fokozatosan integrálódni kezd. A fejlődő gyermek mindenhatósági fantáziáját szükségszerűen módosítja a háromdimenziós valóság, mely igazodást kíván a rideg és korlátozó racionalitás nevében. Nem könnyű ezt elviselni, szembetalálni magunkat saját korlátainkkal. Az elfogadást segíti a szimbolikus játék, amely paradox módon a külvilág felfedezéséhez vezet, miközben a belső valóság, a vágyak, álmok, fantáziák világa is gazdagodik, az alkotóképesség, a problémamegoldás bontakozik. A játékbeli szimbólumhasználat segítségével minden gyermek olyan világot rendezhet maga köré, amelyben otthonosan mozoghat, és ahol megélheti a kontroll és az ellentmondás-mentesség érzését is – a mozgás és az észlelés támogatásával.

Négy-öt éves korban megjelennek a *szerepjátékok*, melyekben az utánzás válik roppant fontossá. A gyermek intellektuális fejlettsége ad lehetőséget erre, tudniillik az, hogy képessé válik a valóságban nem jelen levő történésekről, emberekről gondolkodni. Továbbá érzelmi és indulati tényezők késztetik az utánzásra, főképpen a lehetőségei és vágyai között érzett feszültsége, és ambivalens érzelmei, rokon- és ellenszenvei, elfojtásai. Az integrációs nehézségekkel küzdő gyerekek ezen a játékfokon nagy lehetőséget kapnak arra, hogy érzékszervi és mozgásos nehézségeik megoldása

során érzelmi és kapcsolati világukba is beillesszék az új tapasztalataikat. A játék tartalmát az egyes tárgyakkal folytatott mozgáshangsúlyú, ismétlődő és egyre gazdagodó cselekvések képezik, ezek tartják össze a szerepet, de fontos a manipuláció is.

A *szabályjátékok* az iskoláskor kezdetére már formát öltenek, és a szabályok egyre inkább szigorodnak. Ebbe a játékformába a szenzoros integrációs nehézségekkel küzdő gyerekek csak sok konfliktus árán jutnak el. Számukra a külvilághoz való alkalmazkodás, a külső formákhoz való idomulás kritikus. Hol szinte bénítóan igyekeznek követni a szabályokat életük valamely területén, hol meg sem próbálják, és egyre másra gyűjtik a külvilág negatív visszajelzéseit viselkedésükről.

A szenzoros feldolgozás zavaraival küzdő gyerekek játéka

A külvilág ingereinek optimális feldolgozása szükséges ahhoz, hogy egy gyerek játszás közben is hatásosan tudja kezelni a környezetét. Ha az integrációban fennakadások vannak, elég nyilvánvalónak tűnik a következtetés, hogy maga a játékfolyamat is sérül, hiszen mind a tárgyakhoz, mind az emberekhez való viszonyt megzavarja a szokatlan ingerfeldolgozás sokszor váratlan eredménye. A kapkodó, egy-egy játékkal szinte csak másodperceket foglalkozó gyermek képe éppen úgy megjelenhet előttünk, mint azé a rettenetesen óvatos kisgyermeké, aki nyugdíjasokat megszégyenítő körültekintéssel lép le egy járdaszegélyről, csak nála lényegesen fiatalabbakkal szeret együtt játszani, és ha végre valamilyen mozgásos tevékenységben feltalálja magát, akkor azt igen sokáig, és szinte variációk nélkül játssza. A játék sok szenzoros feldolgozási zavarral (SPD)[5] küzdő gyermek számára egyet jelent az ülő testhelyzettel, nem véletlen, hogy ebben a körben igen népszerű a sakk, a számítógépes játékok, a gyurmázás, és minden fajta asztalnál történő matatás.

Ismerjük azokat a rettenetesen ügyetlen kisiskolásokat is, akik a környezetük csodálatát szeretnék kivívni, ezért folyton folyvást bűvészkedéssel próbálkoznak, és mindig, éveken keresztül, ugyanazon a helyen rontják el a trükköt. Vagy azt a kamaszt, aki józan eszére hallgatva elmegy végre sportolni, de messzire elkerüli azokat a sportpályákat, ahol csapatban lehetne mozogni, csak egyedül képes felülemelkedni nehézségein, sem versenytárs, sem edző nem hiányzik neki.

Bundy és munkatársai megpróbálkoztak azzal, hogy objektív módon értékeljék az SPD-vel küzdő gyermekek játékát, és értelmezzék a kapott eredményeket a szenzoros integrációs aspektusok alapján. Videofelvételek szisztematikus elemzésével a játékfolyamat egyes vonásait – időzítését, intenzitását, ügyességét, motiváltságát, külső/belső kontrolláltságát, szabadságát, szerkesztettségét – igyekeztek számokkal kifejezhetővé tenni, és ezzel meghatározni a játéktevékenység szintjét. Általában azt az eredményt kapták, hogy a tipikusan fejlődő gyermekek játéka az előbbi szempontok alapján magasabb pontszámot ért el. Az SPD-s gyermekek azonban messze nem voltak egységesek a vizsgált szempontok alapján, csupán abban, hogy szívesebben játszottak ülve, és lehetőség szerint elkerülték az aktív mozgásos játékokat, mint a hintázás, biciklizés, focizás, labdázás, de ugyanolyan élvezettel játszottak, mint a másik csoport. Ha mégis aktív játékokba sodródtak, pontszámuk azonnal csökkenni kezdett, még akkor is, ha éppen nem voltak diszpraxiásak. Meglepte a vizsgálókat az a tény, hogy ezek között az SPD-s gyerekek között voltak olyanok, akik igen nagy élvezettel viccelték, bohóckodtak, miközben szegényesebb mozgásrepertoárjukhoz illő játékformákat választottak. Egy másik csoportja a gyerekeknek a játékok fantáziát igénylő részében mutatott alacsonyabb eredményeket: a „mintha"-játékban vagy a szokatlan eszközhasználatot igénylő helyzetekben (Bundy et al. 2007).

5 SPD – sensory processing disorder.

Joanna Cosbey és munkatársai vizsgálatukban azt kutatták, hogy van-e különbség a tipikusan fejlődő gyerekek és SPD-s társaik között abban a vonatkozásban, hogy milyen aktivitással vesznek részt a közösségi tevékenységekben, amelyek egyik legáltalánosabb megnyilvánulása a játék. Megnyugodva vehetjük tudomásul, hogy az összeredményeket tekintve nincsen lényegi különbség a két csoport között, azonban ha az adatokat tovább elemzik, akkor meglepő különbség körvonalazódik. A játékok élvezetében eltérő a két csoport: míg a tipikusan fejlődő gyerekek a legkevesebb élvezetet az olyan játékokban találják, mint az asztali játékok csoportja (kézműveskedés, rajzolás, színezés), a „mintha"-játékok és a számítógépes játékok, addig az SPD-s csoportban ezek okozzák a legnagyobb örömöt a játszók számára (Cosbey, Johnston, Dunn 2010).

Bundy már korábban felhívta a figyelmet arra, hogy a szenzoros diszfunkcióval küzdő egyén számára nem magától értetődően adottak azok a lehetőségek, amelyek a játék mozgásos és fantáziarészének egységét biztosítanák (Bundy 1991). Hogyan lehetne képes valaki mozgás közben akár átmenetileg is felfüggeszteni a valóság kereteit, ha minduntalan azt tapasztalja, hogy nem képes azt hatékonyan kezelni? Az ügyetlen, csetlő-botló, bizonyos ingerektől megrettenő, vagy a végkimerülésig nyughatatlan gyerek játékában fantázia és mozgás egysége nehezen valósulhat meg. Ezek a gyerekek a felnőttektől leggyakrabban a testi épséget védendő ésszerű tiltásokat hallanak, amelyek meggyőzik őket arról, amit homályosan már úgyis sejtettek: a játszótér, a tornaterem nem az ő világuk, számukra ott nem terem szabadság.

Érdekes vizsgálati megközelítését adták a szenzoros integrációs terápiákban folyó játéknak Laura Cross és Wendy Coster (Cross, Coster 1997), akik a terápiás folyamat közben a szimbolikus játéknyelv megjelenésének gyakoriságát, a gyermekek korához, viselkedési megnyilvánulásaihoz való viszonyát kutatták. Témánk szempontjából fontos tudnunk, hogy a szimbolikus játéknyelv aktuális felbukkanását valójában a játék megjelenésének mutatójaként használták, és számszerűsítették. Azt találták, hogy a szenzoros integrációs terápiára jellemző a játékhelyzetek gyakori megjelenése, és a terapeuták igen gyakran használják a játéknyelvet motiválva a gyermekeket a különböző játéktevékenységekre. Vagyis így, számokkal kifejezve is megáll a lábán az az elképzelés, hogy a szenzoros integrációs terápia döntően játékterápia.

Ennek a vizsgálatnak a módszeréből ötletet merítve Tánczos Veronika 2000-ben két nagycsoportos kisfiú megnyilvánulásait hasonlította össze az óvodai és a szenzoros integrációs terápiás játékhelyzetekben (Tánczos 2000). Egyértelműen megállapíthatta, hogy az utóbbi elrendezésben lényegesen több jelét kapta a szimbolikus játéknyelv használatának, vagyis mindkét gyerek többször játszott fantáziát is meg-

mozgató játékokat a szenzoros integrációs terápiában, mint saját óvodai környezetében.

| A DSZIT-terápia játékfelfogása

A terápiás folyamat leghatékonyabb elemének a játékot tartjuk. A DSZIT-terápia alapvetéséhez hozzátartozik az én és nem én határán elhelyezkedő *„potenciális tér"* fogalma (Winnicott 1999), amely az emberi fantázia és játék tere, ahol éppen annyi kihívás, veszély vár ránk, amennyivel meg tudunk birkózni. Itt lehetünk spontánok, örömteliek, újat akarók, de megélhetjük a félelmet és a rettegést is. E fogalom használatából számos következtetés adódik, melyek közül kiemelek néhányat.

Hazai tapasztalatok alapján egyértelműen kimondható, hogy a gyerekek a mozgáskésztetés szélsőségeit átélve spontán módon élnek azzal a lehetőséggel, hogy a játszást saját maguk szervezésére használják, és öngyógyító módon, saját iniciatívájuk megvalósítása által jobban alkalmazkodjanak a világ fizikai és pszichés igényeihez. Tudván tudjuk, hogy az érettebb szervezésű mozgások nem taníthatók, megjelenésük nem erőltethető, legfeljebb előcsalogathatók olyan játékhelyzetek biztosításával, amelyek a legősibb ingerfajtákkal, a legősibb testhelyzetekkel kapcsolatosak. Nem tartjuk ezért hasznosnak a gyakoroltatás olyan formáját, amely sérült háttértevékenységen alapuló inger-válasz szekvenciát ismételtet. A gyermek-pszichoterápiák egyes változatai is sikertelenné válhatnak, ha a gyerek diffúz fejlődési elmaradása a terápiás helyzet globális felfogását teszi lehetetlenné aktivációs, figyelmi problémák miatt.

Ezzel szemben a DSZIT-terápia – központi gondolatának megfelelően – mozgásos játékhelyzetben kínál szenzoros ingereket olyan módon, hogy a gyermek spontán, adaptív válaszai szervezzék magát az ingerfelvételt. A beáramlás fő forrásai a már említett ősi érzékelési csatornák, az újrarendeződés játék adta testhelyzetei pedig az ezzel paralel ősi testhelyzetek: hason vagy háton fekve, gurulva, négykézláb, kúszva, mászva; hálóban hordozva, hintában ringatva. De mindez csak akkor válik hatékonnyá, ha sikerül a folyamatot a potenciális térben tartani, ezért figyelni kell a gyerekek jelzéseire, nehogy eltérüljünk onnan.

A DSZIT-terapeuta vagy a DSZIT-pedagógus szerepe ebben kulcsfontosságú. Olyan felnőtti attitűdöt kell képviseljen, amely mindkét folyóparton megveti a lábát: fizikai és pszichés biztonságot nyújt a lehető legnagyobb figyelmével és erős jelenlétével, ugyanakkor odaadó játszótárs is. Ez az áthidalás igen megterhelő, és sokaknak ehézséget jelent az azonnali reagálás szükségessége a megtervezett, és ezért a felnőttnek biztonságot nyújtó programok lefuttatása helyett. Pontosan ezért fontos az a képzési és továbbképzési rendszer, amelyben a terapeutáink dolgoznak, hogy saját élményeiken keresztül győződjenek meg a közös játék értékéről, és higgyék el a saját érzékeiknek, hogy a valós játékban plusz energiák képződnek minden résztvevőben, így a terapeutában is.

Sok fenntartásunk van a *játékosság* cukros, hamis fogalmával szemben. A terápiás szándékú játék nem a felnőttek által adott struktúra és életérzés a gyerekek számára. Gyakran hallható pedagógiai elv, hogy ne legyen nehéz a feladat, tegyük játékossá.

Az udvariasabb gyerekek ilyenkor jó arcot vágnak, megteszik, amire meghívják őket, de pontosan tudják, hogy ez nem volt „igazi" játék. Értékeljük azt az igyekezetet, amellyel egyes szerzők a játékosságot mérni kívánják bizonyos körülmények között, ennek valós jelentősége lehet kutatási helyzetekben, sok szempontot adhat a megfigyeléshez, de nem gondoljuk, hogy az élvezet mérhető.

Bundy már említett vizsgálatában körülrajzolódott az SPD-s gyerekek egy olyan csoportja, akik folyton bohóckodnak és viccelnek (Bundy et al. 2007). Velük a DSZIT-terápiában is találkozunk, és szükséges, hogy átgondoljuk viselkedésüket és a háttérben álló lehetséges mechanizmusokat. Az első, amit le kell szögezni, hogy a viccelődés nem azonos a játékkal, még akkor sem, ha nevetgélünk, és olyan, mintha jól éreznénk magunkat. A viccelés Varga Zsuzsa szerint (Varga 1988) a traumatikus dolgok távol tartása ellentétbe fordítás segítségével, amely csupán átmeneti megoldást jelent a kínos élménytől való megszabadulásban, és voltaképpen az érintettek ezért nem tudják a humorizálást befejezni, állandóan szükségük van rá. A vesztibuláris működések első és nagy hatású pszichoanalitikus szemléletű rendszerbe foglalója, Paul Schilder (Schilder 1938) nem véletlen talált rá az Alice-könyvek[6] szerzőjének az abszurd irodalmat megelőlegező életművére és írói személyére, aki, könyveinek tanulsága szerint igen sokat és igen különösen viccelt. A szerző, hivatalos nevén Charles L. Dodgson, alias Lewis Carroll, oxfordi matematikaprofesszor és író, dadogott, átszoktatott balkezes volt, tükörírással írt, és jó néhány aszimmetria jellemezte testfelépítését. Feltételezhetően tapintásosan hárító lehetett, állandóan szüksége volt például kalapra és kesztyűre. Gyűjtötte a csigákat, férgeket, később a rejtvényeket, szójátékokat. Műveiben, amelyek egy részét gyermekeknek szánta, nagy hangsúlyt kap a megfordítás, az ellentét, a viszonylagosság, a tér és az idő torzulásai. A téri orientációs működés alapvetően a vesztibuláris rendszerre épül, és ha megengedjük, hogy összefüggést keressünk a mű és az alkotó személye között, akkor bizony feltételeznünk kell, hogy Lewis Carrollnak meglehetősen súlyos vesztibuláris kihívásokkal kellett szembenéznie egész életében. A meseregényeiben megjelenő fő szorongásforrás a megváltozástól való félelem: Alice teste hosszúra nyúlik vagy parányira zsugorodik, és mindenféle testi fenyegetettségben van része.

Számunkra Carroll élete és művei azt a jelentést hordozzák, hogy a gyermekek rendszeres viccelődése, sőt a gyermekekkel folytatott felnőtti viccelődés sem mindenkinek vicces, tekintetbe kell vennünk, hogy még játékhelyzetben sem fogadható el minden gyermek számára a viszonylagosság, az ellentétbe fordítás, és a testi-lelki megváltozás. Az SPD-s gyerekeknek sokkal inkább szükségük van a biztonságra, hogy a fent az fent van, a lent pedig lent, én pedig én vagyok és nem más. Célszerű tehát tartózkodni a külsőleg a játékhelyzetbe beadott fantáziáktól, mert ijesztőek lehetnek azoknak a gyerekeknek, akiknek saját testképükkel, téri tájékozódásukkal, esetleg agresszív impulzusaikkal problémáik vannak. Számukra még a játék, saját fantáziáik is túl erősnek tűnhetnek, a „legyél te most egy kiskutya" típusú játékba hívás összezavarhatja őket. Nyilván ha saját iniciatívájuk alapján választanak „mint-

6 Lewis Carroll: *Alice Csodaországban* (1865) és *Alice Tükörországban* (1871).

ha"-helyzetet, az olyan természetű lesz, amelyet tudnak kezelni, mert számukra elfogadható mértékű szorongást tartalmaz.

| Játékok a jelenben

Szükséges, hogy néhány szóban összefoglaljuk, hogy a DSZIT játékszemlélete alapján milyen aggodalmak merülnek fel napjaink játékvilágában.

Csecsemők és kisgyermekek játékos fejlesztése

Minden szülő számára már a csecsemő megérkezésekor roppant érzékeny kérdés a gyermek testi és értelmi fejlődésének biztosítása. Gyakran aggodalommal gondolnak arra, hogy vajon jó szülők lesznek-e, tudják-e majd nyújtani a fejlődéshez szükséges feltételeket egy olyan világban, ahol az első perctől kezdve sikeresnek kell lenni.

Erre az aggodalomra többféle, nehezen ellenőrizhető forrású válasz érkezik a szülőkhöz: vásároljanak „babafejlesztő DVD"-t, tanítsák a kisbabát, okosítsák a kisbabát a legkülönbözőbb módszerekkel. Meglepően sokféle „babaokosító" program vár a családokra. A játszóterek kerítésén ott függ a tájékoztató, az egyéves gyermekek szüleinek postaládájában ott a kihagyhatatlan kedvezményt kínáló brosúra, a balatoni strandok hangosbemondójából harsányan figyelmeztet a gyermekek számára hasznos szórakozást és biztos iskolai előrehaladást ígérő informátor, az interneten pedig se szeri, se száma a blogoknak, korai idegennyelv- vagy matematikatanítással foglalkozó honlapoknak, sőt a „babajelnyelvi" tanfolyamoknak. Játszóházak, játékvárak, fejlesztőcentrumok mindenfele, ilyen típusú szlogenekkel: „Gyermekének boldogsága a képességeiben, különösen a magasabb intelligenciában rejlik". Ezt ígéri a legtöbb egészséges gyermeket korán fejlesztésbe vonó üzleti vállalkozás.

Játszótereken zajló beszélgetések témájává váltak egyes agykutatási eredmények a korai időszakban legérzékenyebb aggyal kapcsolatosan, amikor is gyorsan le kell rakni a magasabb szintű kognitív képességek alapját. A valóság azonban az, hogy mind a fejlődéslélektan, mind pedig a fejlődési idegtudomány oldaláról azt állítják a szakemberek, hogy nemhogy hasznos, inkább káros a szülők elkeseredett küzdelme a versenyre kész okos „babák" nevelése érdekében. A képességek fejlődésének siettetése több bajnak lehet a forrása, mint haszonnak.

Könnyen megérthető ez, ha végiggondoljuk azt a hihetetlen gazdag utat, amelyet az embercsecsemő minden időben végigjárt és végigjár, még sanyarú állapotok között is, és képes az anyai-családi gondoskodás, szerető figyelem légkörében megszervezni önmagát. Legnagyobb fejlődési ereje programozott: a világ iránti olthatatlan érdeklődés, megérteni és hatni vágyás formájában, szeretetkapcsolat keretei között.

Azonban az is egyértelmű, hogy a korai intervenciós programoknak, közkeletű nevükön „korai fejlesztéseknek" óriási szerepük van a veszélyeztetett gyermekek esélyeinek fokozásában akkor, ha a teljes gyermeki személyiség áll hátterében, tehát nem kizárólag az okosságot űzik, hanem az érzelmi és kapcsolati fejlődést állítják a figyelem fókuszába. Egészségesen fejlődő kisbabáknak nincs szükségük művi fejlesztésre,

a saját útjukon fejlődnek hol gyorsabban, hol megfontoltabban – ennek felelősségteljes figyelemmel követése a feladat.

Fejlesztőjáték

Lényegében értelmetlen kifejezés, de közkeletű és jövedelmező. A játék segíti a játszók fejlődésének, jó közérzetének, életszeretetének minden aspektusát, ennyiben természetesen fejlesztő. És igen, léteznek kiválóan megalkotott, izgalmas játszást nyújtó eszközök, amelyek mellesleg egy-egy kognitív területnek kiemelt lehetőséget adnak a differenciálódásra. De csak akkor, ha igazán jó játékok: élményt adók, valamilyen szempontból kiismerhetetlenek, változatosak, és nem lóg ki a didaktika lólába. A kereskedelemben kapható, fejlesztőjátékoknak nevezett eszközök azonban igen gyakran nem tesznek eleget ennek a kritériumnak, de a gyermekük boldogulásáért semmi pénzt nem sajnáló szülők ezt nem feltétlen tudják. Csupán a kategória, mely szerint valami „fejlesztőjáték", könnyen nyitja meg a sikeréhes szülők pénztárcáját.

A fejlesztőjáték, másik értelmezése szerint, olyan tevékenység, amelyet a fejlesztőpedagógus alkalmaz egyes funkciók gyakoroltatása érdekében. Ez az esetek többségében valóban helyesen felépített, célirányos tevékenység, de a mérleg nyelve a gyakoroltatás mezejében rezeg, és nem éri el a játszás spektrumát. Könnyedebb, kedvesebb lehetőséget nyújt a sokszoros és változatos ismétlésre – amelyről tudjuk, hogy maga „a tudás anyja" – de erősen strukturált, és külső forrásból származó. Hatásossága nem kérdőjelezhető meg azon a mezsgyén, amelyet megcéloz, viszont komplexitása erősen vitatható.

Új és reményteli perspektívák nyílnak meg az oktatásban, ha a pedagógusok a játékot bátrabban és alkotóbban merik használni, és nem a tananyag egy szűk tételének illusztrálására, „játékossá" tételére törekszenek. Ennyiben az oktatásban megjelenő játszás a pedagógusok szakmagyakorlásának legmagasabb fokát, művészetét jelenti.

Számítógépes játékok

Nehéz a számítógépen elérhető játékokról jót gondolni. Már pusztán a játszás alaphelyzete, a képernyőhöz kötöttség, az ülő testhelyzet és a valós, komplex érzékelési élményektől való megfosztottság – hiszen a vizualitáson és a különös auditív élményeken kívül egyéb érzékelési élmény nem jut el az elektronikus játékok kapcsán a gyerekekhez – ellenérzéseket vált ki a legtöbb szakemberből. Az ellenérzéseket ellenszenvvé fokozza annak a tendenciának a világos észlelése, hogy a gyermekek egyre több és több időt töltenek el a képernyők világában. Riasztó annak figyelemmel követése, hogy már az egészen kicsi gyermekek életében milyen jelentős időt kötnek le a számítógépes játékok épp abban a korban, amikor az egészséges testi fejlődéshez napi többórás levegőn való szaladgálásra, szabad, társas közegben folytatott mozgásos játékra lenne szükségük. Gyakran azt is megfigyelhetjük, hogy az SPD-s gyerekek egyik csoportja, a szenzoros élményt kereső gyerekek, ellenállhatatlan erővel vonzódnak a csillogó, színes, változékony vizuális ingerekhez, amelyek e játékok sajátjai. Az iskolások, kamaszok esetében pedig sajnos nem ritka a teljes kiszolgáltatottság állapota,

amikor már függésről beszélhetünk, melynek következményeiről ma még nem is tudhatunk mindent, hiszen a virtuális játéknak és a hozzá kapcsolódó életmódnak kitett nemzedék még csak mostanában válik felnőtté. Annyit azért joggal feltételezhetünk, hogy itt komplex biológiai, pszichológiai és társas következményektől kell féltenünk a következő nemzedéket.

A játékok tartalmáról nem tisztem beszélni, világszerte kutatják sajátosságaikat és hatásmechanizmusukat. Igyekszem elismerni szórványos tapasztalat alapján is, hogy a láthatóan kártékony hatások mellett egyes helyzetekben, egyes gyermekeknél jótékony hatásokat is rögzíthetünk. A kérdés csupán az, hogy a reakcióidő csökkenése, bizonyos vizuális képességek javulása, a mechanikus helyzetekben történő gyors dönteni tudás megéri-e a valóságos élettől való megfosztottság egyre hosszabbodó idejét? A paradox időszemléletről, amely a játékok újraindíthatóságból, a történések következmény nélküliségből adódik, most nem gondolkodom, megállunk a másra való idő, akár az unalomra való idő ravasz eltüntetésénél.

A napi gyakorlatban egyre gyakrabban jelennek meg azok a gyerekek, akik a szó szoros értelmében nem tudnak játszani – elfelejtettek, és nem feltétlen a szenzoros feldolgozási folyamatok zavarai miatt, noha azok tüneteit mutatják, hanem az elektronikus technológia egyebekben áldásos fejlődése, és szüleik figyelmének hiánya hatására. Ilyenkor a DSZIT-terápia nem tesz egyebet, mint kicsiholja a gyerekből a játszásra való megújult képességet.

A szenzoros integrációs koncepció szemszögéből nézve súlyos aggodalmak fogalmazhatók meg a számítógépes játékok használatával kapcsolatban éppen úgy, ahogy a túlzott televízió-nézést illetően is. A beszűkülés és a valóságtól való menekülés mellett a valódi játszásra fordított idő csökkenése, a játszás értelmétől, szükségletétől és használtól való távolodás veszélyes. Ahogyan a marosvásárhelyi festőművész, Jakobovits Miklós írta már 2001-ben:

> „A 21. század játéka teljesen új színezetet kapott. A játék lényegében megszűnt játéknak lenni, [...] és immár csak külső impulzusokat szolgál ki, külső ingerekre figyel, ezekhez alkalmazkodik. A régebbi játékokkal ellentétben lényegében nem jelent belső tartalmas örömet, csupán követi az elektronika visító hangjait, kinetikus lézeres effektusait, azaz hozzáidomul a külső, pillanatnyi ingerhatásokhoz. Ez a világ csak nyilallásszerű impulzusokat ad az idegrendszernek, de nem szabadítja fel a lelket, nem tölti meg az egymásra figyelés titkos varázsával. Csak szállítja a megrendelhető szín-, fény- és hangeffektusokat. Szinte azt mondhatnánk, a modern játék esszenciájában játékellenes, mert az elidegenedést szolgálja. A játék, amennyiben túlzottan konkréttá válik, elveszti a játék sejtelmes-titokzatos jellegét, kiürül, és profán megfogható folyamattá válik" (Jakobovits 2001).

Irodalom

Ariès, Ph. (1987): *Gyermek, család, halál: Tanulmányok.* Gondolat, Budapest.

Bundy, A. C. (1991): *Play theory and sensory integration* In: Fischer, A. G. (ed.); Murray, E. A. (ed.); Bundy, A. C. (ed.): *Sensory integration: Theory and practice.* F. A. Davis, Philadelphia, 46–68.

Bundy, A. C.; Shia, S.; Qi, L.; Miller, L. J. (2007): *How does sensory processing dysfunction affect play?* American Journal of Occupational Therapy, 61/2, 201–208 .

Cosbey, J.; Johnston, S. S.; Dunn, M. L. (2010): *Sensory processing disorders and social participation.* American Journal of Occupational Therapy, 64/3, 462–473.

Cross, L. A.; Coster, W. J. (1997): *Symbolic play language during sensory integration treatment.* American Journal of Occupational Therapy, 51/10, 808–814.

Jakobovits M. (2001): *A játék komolysága, a mélységek játékossága.* Korunk, 3/10, 72. http://korunk.org/?q=node/6731 (Letöltve: 2015. december 2.)

Rotter L. (1946): *A gyermek lelki fejlődése: A lelki higénia alapvonalai.* Cserépfalvi, Budapest.

Rubin, K.; Fein, G. G.; Vandenberg, B. (1983): *Play.* In: Mussen, P. H. (ed.): *Handbook of child psychology (4th ed.): Vol. 4. Socialization, personality and social development.* Wiley, New York, 693–774.

Schilder, P. (1933): *The vestibular apparatus in neurosis and psychosis.* Journal of Nervous and Mental Disease, 78/1, 1–23, 78/2, 139–164.

Schilder, P. (1938): *Psychoanalytic remarks on* Alice in Wonderland *and Lewis Carroll.* Journal of Nervous and Mental Disease, 87/2, 159–168.

Tánczos, V. (2000): *A szimbolikus játéknyelv szerepe a szenzoros integrációs terápiában.* Műhelymunka a Fejlődéspszichológia című tantárgyból, ELTE BTK, Budapest.

Varga Zs. (1988): *A gyermek és a vicc.* In: Gerő, Zs. (szerk.): *Klinikai gyermekpszichológiai tanulmányok.* Akadémiai, Budapest, 195–207.

Winnicott, D. W. (1999): *Játszás és valóság.* Animula, Budapest.

Mozgás és tánc terápiás alkalmazása gyerekeknél

Jarovinszkij Vera – Kiss Tibor Cece

| Mozgás- és táncterápia gyerekekkel

Általános tapasztalat, hogy a szabad mozgás és testi kifejezés alapvető kommunikációs eszköze a gyermekeknek. Tanulmányunkban azokat a nemzetközi és hazai mozgás- és táncterápiás irányzatokat mutatjuk be, amelyek gyermekek számára is kidolgozott módszertannal rendelkeznek. Fontos kiemelnünk azt a tényt, hogy a legtöbb esetben először felnőttekkel dolgoztak pszichoterápiás céllal a tánc- és mozgásterápiák eszközrendszerével. Ennek megfelelően a tanulmány gondolatmenetében először a felnőtt mozgás- és táncterápiás elvek jelennek meg, és ezt követik a gyermek célcsoport speciális jellemzői. A gyermek-táncterápiák elterjedése Magyarországon csupán az utóbbi években indult meg, és sajnálatos, hogy egyelőre igen kevés egészségügyi és pedagógiai intézményben foglalnak el méltó helyet önálló terápiás módszerként vagy kiegészítő csoportos, illetve egyéni terápiaként.

A tanulmány első részében a nemzetközi szakirodalmat tekintjük át, majd röviden bemutatunk egy részletesen kidolgozott amerikai módszert. A következő fejezetben nagyobb hangsúlyt kapnak a hazai táncterápiás irányzatok és alkalmazási területeik. Ezek feltérképezésére online felmérést végeztünk hazai mozgás- és táncterapeuták között. Részletesebben bemutatjuk az integrált kifejezés- és táncterápiás (IKT) és a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás (PMT) módszert, esetrészleteken, csoportfolyamatokon keresztül szemléltetve a módszerek jellegzetességeit, hatótényezőit. Kitérünk az egyéni gyermek-táncterápiás munkára, amely jól kombinálható a dinamikus szenzoros integrációs terápia (DSZIT) eszköztárával. Végezetül szólunk arról, hogy meglátásunk szerint a DSZIT és a gyerek-táncterápia – amelyek rokonok abban, hogy mindkettő mozgás-(pszicho)terápia – hogyan inspirálják, egészítik ki egymást az elméletben és a gyakorlatban.

Definíció

A mozgás és tánc pszichoterápiás felhasználása az elmúlt 70 évben jelentősen specializált gyakorlati területté vált. A mozgás-tánc pszichoterápia egyik definíciója a következő: „a mozgás, testi figyelem, tánc és relaxációs technikák pszichoterápiás alkalmazása abból a célból, hogy változásokat segítsen elő a társas, érzelmi, fizikai, kognitív és kommunikatív fejlődés terén." (Tortora 2006, 4.) A szerző hangsúlyozza, hogy a terápiás kapcsolat kezdetén elengedhetetlen a megfelelő társas-érzelmi kapcsolat kialakítására fókuszálni, ez teszi ugyanis lehetővé a gyermek további növeke-

dését. Az Amerikai Táncterápiás Társaság (ADTA)[1] rövid meghatározása szerint a mozgás-táncterápia: a mozgás és tánc pszichoterápiás alkalmazása, amely az egyén érzelmi, társas, kognitív és testi (fizikai) integrációját segíti.

Amikor a táncterápia, vagy a tánc terápiás hatása iránt érdeklődünk, a nemzetközi szakirodalomban hamar szembetalálkozunk a pedagógiai megközelítéssel, a tánctanítással. Például Németországban is egy olyan, több díjat is nyert film hívta fel a szakma létezésére a nagyközönség figyelmét 2004-ben, amely – szigorúan véve – nem táncterápiát, hanem táncoktatást mutatott be. Természetesen a cél itt is a segítségnyújtás volt, a társadalmi elfogadás és befogadás megtámogatása. A *Rhythm is it!* (hozzávetőleges fordításban: A ritmus az!) című dokumentumfilm a Berlini Filharmonikus Zenekar egyik nagyszabású projektjét kíséri végig: Sztravinszkij *Le Sacre du Printemps (Tavaszi áldozat)* című művére készítettek egy balettkoreográfiát 250 nehéz szociális körülmények között nevelkedő, részben bevándorló, 25 különböző nációból verbuvált, Berlin „problémás" iskoláiba járó gyerekkel/fiatallal (Grube, Lansch 2004).

Ezzel együtt fontos határt húzni: pszichoterápiás szempontból a mozgás és a tánc elsősorban az önkifejezés támogatása, valamint a nonverbális kommunikáció megértése, a kapcsolatok alakítására való rálátás elősegítése céljából használatos. Nem cél a formális tánctechnikák elsajátítása, esztétikus, a közönség tetszését célzó produkció életre hívása. Figyelmünket a mozgásos viselkedésre irányítjuk, ahogyan az megjelenik a terápiás kapcsolatban. A kifejező, kommunikatív és adaptív viselkedés egyaránt jelentős mind az egyéni, mind a csoportos táncterápiás kezelés folyamán. Az emberi test mozgása egyszerre nyújt alkalmat a felmérésre, vizsgálatra, és kínál beavatkozási, intervenciós lehetőséget.

Történeti visszapillantás

A történelmi előzmények megragadásánál az ősidőkig nyúlnak vissza a kutatók. A legkorábbi figurális paleolit emberábrázolások a tánc rítusára utalnak, a barlangok falán fellelhető motívumok pedig rituális transz hatása alatt készülhettek. A rituális transzállapot elérésének a legősibb módja feltehetően a poszturális elemekkel bővített kimerítő tánc volt közösségi szertartás keretében. Ennek egyik legfontosabb célja a transzcendencia megélése lehetett, és – a legtágabb értelemben vett – gyógyító-integráló funkcióval bírt (Frecska, Wiesenmayer 2008). Az ókori görögök oktatási rendszereiben is nagy becsben tartották a táncot: Spártában például a harcos képzés része volt, Athénban pedig a táncoktatás az együttműködő viselkedés elsajátításának eszközeként jelent meg – ami tulajdonképpen már egy társas-kapcsolati szempont (Lamond 2010). Írásunk keretei nem engedik meg, hogy tovább kalandozzunk a múltban a mozgás, tánc és az egészség kapcsolatának alakulása mentén, de könnyű belátni, hogy ez a testet fókuszba állító művészeti és szórakozási forma számos ponton találkozott a szomatikus és pszichológiai értelemben vett jólléttel.

1 ADTA – American Dance Therapy Association.

Diagnosztika

A mozgás-táncterápia fontos (pszicho)diagnosztikus eszköze a mozgásmegfigyelés. A három leggyakrabban alkalmazott mozgáselemző rendszer:

1. a pozsonyi születésű táncművész, teoretikus, *Lábán Rezső* (később *Rudolf Laban*) táncelméletéből fejlődött Lábán-mozgáselemzés (Laban Movement Analysis),
2. az osztrák-amerikai pszichoanalitikus *Judith Kestenberg* nevéhez fűződő Kestenberg-mozgásprofil (Kestenberg Movement Profile), és
3. az izraeli *Yona Shahar-Levy* által kidolgozott E-motorics.

Vélhetően Lábán rendszere a legelterjedtebb. A *Lábán-mozgáselemzés* annak a meghatározására irányul, hogy az erő milyen szerepet tölt be az általa a súllyal, idővel, térrel és áramlással jellemzett mozgásban (White 2009). A pszichodinamikus szemléletben dolgozó mozgás- és táncterapeuták jó hasznát veszik *Kestenberg mozgásprofiljának*, amely lehetővé teszi az énfunkciók, a védekező mechanizmusok, az érzelemkifejezés, valamint az áttétel–viszontáttétel mátrix mozgásos kódolását (Loman, Sossin 2009). Az *E-motorics* azon alapszik, hogy az emberi mozgásos viselkedés finom elemzésével mindig megtalálhatók, beazonosíthatók a nyíltan megmutatkozó vagy mögöttes érzelmi, „emotív" elemek. Shahar-Levy rendszerében az „emotív mozgás" definíciója: a késztetések, érzelmek, észlelés és interperszonális kapcsolatok kifejeződése mozgásos csatornákon keresztül (Shahar-Levy 2009).

Mindhárom fenti rendszer alkalmas arra, hogy strukturálja a mozgás megfigyelését, megkönnyítse annak felidézését, továbbá lehetővé teszi terápiás célok kitűzését, intervenciók megtervezését és a folyamat értékelését. A mozgásmegfigyelést mind a felnőtt, mind a gyermek célcsoporttal történő munka diagnosztikus fázisában alkalmazzák, Suzi Tortora például Lábán rendszerére építi kérdőívét (Benyomáslista a Mozgásos Jellegzetességekről, Movement Signature Impressions Checklist, Tortora 2006).

Gyermekek mozgásterápiás megközelítése során strukturált mozgásgyakorlatok vagy reflexvizsgálatok is részét képezhetik a diagnosztikus folyamatnak.[2]

Elméleti szempontok

A mozgás-táncterápiák számos elméleti és tapasztalati elven alapszanak. Elsőként arra a posztulátumra kell utalnunk, mely szerint emberképükben *test és elme/lélek* (body-mind, body-psyche) elválaszthatatlan egységet alkot. A módszer alapvetése szerint tehát a test és lélek/elme duális szemlélete nem helytálló. Kölcsönhatásuk megnyilvánul a különböző (expresszív, kommunikatív, funkcionális és adaptív) mozgásformákban. A testtartások és mozdulatok pszichológiai hatását vizsgáló kutatások például igazolták, hogy a nyitott vagy zárt, uralkodó vagy alárendelődő testtartások, mozgásminőségek, illetve ritmusok befolyásolják a személy érzelmi állapotát,

2 Részletesebben lásd Arató Domonkos, Domauer Nándor és Szvatkó Anna *A diagnosztikus munka szemlélete és egyes elemei a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című írásában.

az önészlelését, tárgyészlelését és az interperszonális kommunikációját (Wengrower 2015). A mozgás kapcsolatban áll fiziológiai folyamatokkal, amelyek érzelmi állapotokat tükröznek – így elérhetőekké válnak az érzelmek. A – harántcsíkolt vázizomzat aktivitásán alapuló – mozgás tudatos irányítás alatt áll, így ezen keresztül, a mozgásra, illetve a testi érzetekre irányuló figyelem segítségével megnevezhetjük a „szavak nélküli világot", megragadhatjuk ezeket a sokszor összetett érzelmi állapotokat. Azonban ez terápiás szempontból még nem elégséges, a szavakban történő megjelenítés vagy értelmezés önmagában nem vezet változáshoz. Ennek oka az, hogy sok érzelmi és kapcsolati aspektus a procedurális memóriában tárolódik és implicit, szavakkal nem megragadható (pl. miképpen magyaráznánk azt el, hogyan kell biciklizni?) folyamatokból építkezik.[3] A változáshoz vezető út a testi szinten keresztül vezet: noha fontos, és hasznos lehet a felismerés és megértés vagy belátás, de az új megoldások, érzelmi reakciók, kapcsolódási mintázatok keresésének, kipróbálásának, alkalmazásának és a személyiségbe történő beépülésének nagyon is lényeges az átélt fizikai, testi aspektusa: a minden elképzelhető érzékszervi információból komplexen felépülő élmény. (Utalunk itt a szenzoros integráció folyamatára és az idegrendszer plaszticitására.) Főleg így van ez gyerekek esetében, akiknél – persze életkorspecifikusan – a reflektív funkció még nem, vagy csak részlegesen működik. A gyermekek gyengébb kontrollfunkciói és érzelemszabályozása, a másik nézőpontjának figyelembevételére vonatkozó decentrálási és belátási 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 akkor kerül sor, ha lehetséges – esetenként valamilyen cselekvés kísérőjeként (Wengrower 2015).

Kiemelendő a *testi figyelem*, amely a mozgás- és táncterápiában terápiás eszköz. „A testünkre irányított figyelem nemcsak a testérzeteket tudatosítja, hanem egyúttal befolyásolja, alakítja a tapasztalat testi, érzelmi minőségeit is. [...] A testi figyelem módosítja a tudatállapotot, érzékenyít az érzelmi állapotokra és a kapcsolati hatásokra." (Merényi 2015, 365.) Merényi Márta összegzi az *aktív mozgás* neurobiológiai hatásait is: az önindította mozgás a (taktilis, vesztibuláris, proprioceptív) testi érzeteken keresztül hozzájárul az életteliség, egészlegesség érzésének tapasztalatához, valamint a hatóerő és a testi kreativitás megéléséhez. Az érintésre külön is kitérve hangsúlyozza annak kidolgozott eszközként való alkalmazását, amely tudatos, indokolt (vagyis pszichoterápiás célja van) és reflektált. Az érintés felerősíti a kapcsolati minőségek és mintázatok reprezentálódását. Az érintés és testi támasz vagy megtartás a korai időszak érzelmi minőségeit is idézi, azonban fontos határt húzni: a fizikai bántó szándékú és a szexuális irányultságú érintés nem megengedett (Merényi 2015).

Fejlődéslélektani szempontból tekintve: a gyerekek egyéves koruk körül kezdenek el önként táncolni. A tánc mint kifejezési forma, átível a neuromuszkuláris, a szenzoriális, a kognitív és az emocionális szinteken, holisztikus perspektívája miatt így

3 Erről, valamint az alább említésre kerülő szelffejlődés-elméletről lásd bővebben Campos Jiménez Anna *Szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása a korai lelki fejlődésben* című írását.

kifejezetten alkalmas gyerekekkel való munkára. A tánc nemcsak pszichomotoros energiakisülést tesz lehetővé, hozzájárul a kognitív és érzelmi szimbolizációhoz, jelentésalkotáshoz és -szervezéshez is (Wengrower 2015).

Mint a legtöbb kortárs pszichoterápiás módszerre, a mozgás-táncterápiákra is megtermékenyítőleg hatottak az idegtudományok, a kognitív pszichológia, a kötődéselmélet újabb eredményei, és Daniel Stern szelffejlődés-elmélete. „A megújulást lehetővé tevő koncepciók megerősítették a test-lélek (body–mind) egységének szemléletét: élményeink testi lehorgonyzottságban formálódnak, a korai szelffejlődés testi interakciókba ágyazott, a fantáziaalkotás, a gondolkodás testérzetekből bontakozik ki, de a test a fogalomalkotás alapja is." (Merényi 2015, 364.)

A szimbolikus-metaforikus gondolkodásra lehet egyfajta winnicotti értelemben vett átmeneti térként gondolni, ahol bármi lehetséges, ugyanakkor nagyon igaz (Winnicott 1999). A testben egyidejűleg van jelen mindhárom idősík: jelen, múlt és jövő. A mozgás-táncterápia egy kapcsolati teret kínál, egy szimbolikus világot, ahol a résztvevők új formába, új történetekbe önthetik identitásukat *kinesztetikus narratívák* megformálásán keresztül. A testi létezés és a gondolkodás közötti kapcsolatot a test szemiotikája írja le. Mark Johnson (Johnson 1990), valamint George Lakoff és Johnson (Lakoff, Johnson 1980, idézi Ylönen, Cantell 2009) szerint a verbális nyelv testi élményeken alapul, amelyekből képek és metaforák csíráznak. Ezekből a képekből, metaforákból és metonimikus folyamatokból mintázatok felismerésén keresztül absztrahálódik a fogalomalkotás, gondolkodás és a nyelv.

Minthogy a formális gondolkodás kamaszkorra alakul ki, könnyen belátható, hogy nem verbális kifejezési formákon és aktivitásokon keresztül lehet könnyebben kapcsolódni a korai életszakasz élményeihez – még felnőtteknél is, nemhogy az éppen ebben az életszakaszban lévő kis páciensekkel. De érvényes ez az akár idősebb korban elszenvedett, ám hiányos megküzdési kapacitás miatt lehasított vagy mentálisan nem reprezentálódott traumatikus élményekre is – mint amilyen például a poszttraumás stressz zavar –, amelyek testi lenyomatai nem tűnnek el.

Ide kívánkozik Molnár Magda nagyon találó megfogalmazása: „A világ megismerése során preszimbolikus formában szerezhető meg és tárolódik sok tapasztalatunk, ezért sokszor nem is tudjuk azokat szavakkal kifejezni. Ezért gyógyító hatású, ha megértésre talál az is, ami nem szavakkal fejeződik ki. Sokszor jó, ha a szavak háborítása nélkül bontakozhatnak ki közlendőink. Verbális értelmezés nélkül is gyógyító lehet az élmény, amit átél a gyermek egy terápiában: például a felnőttel való kapcsolatban a biztonságot, eztán a merész eltávolodást, majd kalandos egyensúlybillegetéseket, végül újra a biztonságos megkapaszkodást. Az igazi változásokat a testünkkel is átéljük. Ilyenkor a testben is létrejönnek változások." (Molnár 2005, 435.)

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 ugyanakkor teret ad a spontaneitásnak.

2. Fontos ott találkozni a gyerekkel, 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, tiszteletben tartva a gyermek érzelmi minőségeit, hangolódva, együttérző módon kapcsolódva. Ez jelentheti akár egy biztonságos tér konkrét létrehozását, 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.

Fontos még kitérnünk néhány olyan szempontra, amely a terapeutát érinti. A terapeuta tudatosan, reflektáltan a teljes testével van jelen a terápiás térben (érzékelve saját testi jelzéseit, állapotait) és a terápiás kapcsolatban. Elkerülhetetlen a bevonódás, amely a terapeuta testérzeteiben, mozdulataiban, érzéseiben, fantáziáiban, késztetéseiben fejeződik ki, ugyanakkor a sok külső és belső inger egyidejű jelenléte miatt nagy a veszélye annak, hogy mindez reflektálatlanul történik. A dinamikus szemléletű megközelítések a testi áttétel–viszontáttétel koncepciójában igyekeznek a jelenséget megragadni (Szili 2009).

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 várakozásait (Wengrower 2015).

A terapeuta részéről feltétel az érintés különböző minőségeinek tudatos és készségszintű tapasztalati tudása, amely nem traumatizáló és nem szexualizáló kapcsolódást tesz lehetővé (Merényi 2015). A gyerekekkel, gyerekcsoporttal való munka elárasztó tud lenni a terapeuta számára, akinek képesnek kell lennie arra, hogy integrálja mozgásos kapcsolódási képességét (játékban, táncban), és hogy elérje saját gyermeki élményvilágát, miközben a felnőtt énállapotát is megtartja, amely tartalmaz, megért, és képes egyensúlyozni az elengedés és strukturálás között (Wengrower 2015).

Célcsoportok

A mozgás-táncterápia rendkívül sokrétű beavatkozási lehetőséget kínál, ennek megfelelően alkalmazzák fejlődési, egészségügyi, társas, fizikai és pszichológiai zavarral, korlátozottsággal, nehézséggel küzdő személyek esetében, egyéni, illetve csoportos formában, pár- vagy családterápia részeként is. De felhasználásra kerülhet preventív, valamint önismereti céllal is, továbbá művészeti projektek részeként. Alkalmazása szempontjából három fő, egymást részben átfedő területe különíthető el: (1) *egészségügy:* testi szinten (is) jelentkező betegségek, zavarok, eltérések; (2) *tanácsadás, pszichoterápia:* lelki, érzelmi, kapcsolati szinten jelentkező zavarok; (3) *oktatás, nevelés:*

Egészségügy	Tanácsadás, pszichoterápia	Oktatás-nevelés
• pervazív fejlődési zavarok • autizmus spektrumzavarok • Rett-szindróma • megkésett fejlődés • szenzoros integrációs diszfunkció • hiperaktivitás • daganatos megbetegedések • pszichoszomatikus megbetegedések • testi-fizikai trauma • súlyos betegségből felépülés	• kötődési zavarok • érzelmi trauma • szorongás • enurézis, enkoprézis • hangulati zavarok • testkép-, illetve evészavar • önértékelési zavarok • szülő-gyerek kapcsolati zavarok • adoptálás • kamaszkori identitáskeresés	• viselkedészavarok • tanulási- illetve részképességzavarok • érzékszervi (látás, hallás) korlátozottság • mozgáskorlátozottság • értelmi fogyatékosság • beilleszkedési zavarok (kulturális különbségek, eltérő etnikumok, bevándorlók, menekültek) • kortárs bántalmazás (bullying) • állami gondozás

elsősorban kortárs közösségben, illetve pedagógusokkal kapcsolatban jelentkező érzelmi, kapcsolati és viselkedéses zavarok. Ezenkívül a mozgás-táncterápia megjelenik a *szervezeti tanácsadás, szervezetfejlesztés, coaching,*[4] valamint az *igazságszolgáltatás, büntetés-végrehajtás* (reszocializáció) területén is.

Az alábbi táblázat bővebben kibontva, és a *gyermek célcsoportra* fókuszálva, de a teljesség igénye nélkül mutat be alkalmazási indikációkat.

Projektjellegű, illetve *kísérleti* alkalmazásokra is van példa, ahol egy adott célcsoportra adaptálják, dolgozzák ki a módszer keret- és eszközrendszerét, módszerkombinációktól sem idegenkedve. A nemzetközi szakirodalomban találunk példát birkózás vagy aikido integrálására a táncterápiás folyamatba (Wengrower 2015), magyar példaként pedig Tóbiás-Laszlovszky Ágnes kísérletét említhetnénk egy büntetés-végrehajtási intézményként funkcionáló speciális gyermekotthonban élő serdülő lányokkal (Tóbiás-Laszlovszky 2014).

Hogyan képzeljünk el egy mozgás-táncterápiás alkalmat?

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 (Wengrower 2015).

Gyakran kezdő és lezáró rituálé keretezi az alkalmat. Az egyértelmű kezdés és befejezés különösen azoknak a gyereknek az alap-biztonságérzetéhez szükséges, akik nem stabil környezetben, bizonytalan kötődés hátterén nevelkednek, kusza és bejósolhatatlan határok és szabályok között. A kezdő és lezáró rituálé világos átmenetet

4 Szervezeti környezetben fellépő, rendszerszintű zavarok, nehézségek esetén.

képez a terápiás, illetve a nem terápiás tér és idő között, és felkészíti a résztvevőket arra, hogy belépjenek a csoport munkájának folyamatába, valamint a végén kilépjenek belőle. Ha a csoportok iskolai térben zajlanak, különösen fontos a világos elkülönülés az oktatási, illetve a terápiás helyzetek között.

A „bemelegítés" nemcsak fizikai értelemben használatos, fontos célunk vele a megfelelő csoportlégkör kialakítása, a csoporton belüli kapcsolódások elkezdése. Egy közös ritmus, vagy valamilyen mozgás átvétele a szinkronban levés és összetartozás élményét adja – ez megerősítő, jó érzés. Kisebb gyerekeknél ez lehet valamilyen mozgásos mondóka, amelynek az az üzenete, hogy „itt vagyunk, hogy együtt mozogjunk és táncoljunk". Nagyobbaknál a bemelegítés alakulhat például egy irányított mozgássorozatból, amelyet a terapeuta kínál fel, ez pedig azután továbbfejleszthető a gyerekek mozdulataival, láncba fűzve. Vagy előfordul, hogy a terapeuta kiemel, átvesz, visszatükröz mozgásminőségeket, amelyeket a gyerekeken megfigyel, és ezeket kínálja közös csoportmozgáselemként. Kapcsolódhatnak a felkínált mozgástémák például az impulzuskontrollhoz, amikor az elindulás-megállás különféle variációival játszunk, vagy megfeszülés-elernyedés váltakozik, különféle testrészeinket rázva feszültséget vezetünk le. A teljes test vagy az elkülönült testrészek mozgatása segít megérkezni a testbe, „belakni azt", segíti a test élményeinek integrálását. Ez abúzust elszenvedett vagy elhanyagolt gyerekek esetében különösen fontos.

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. Egyéni mozgásos kísérletezés váltakozik páros, (3-4 fős) kiscsoportos, és a teljes csoportra kiterjedő mozgásos gyakorlatokkal. Improvizálásra felajánlott témák lehetnek: erős/gyenge, előretörés/visszavonulás, közel/távol, fent/lent stb. Olykor egy szimbólumra, képre, metaforára vagy valamilyen történetre (pl. mesére) épül a mozgásos kutatás és kísérletezés. Ezek a mozgás-tánc stimulálására szolgáló hívószavak vagy témák lehetővé teszik számos, a személyen belüli, illetve a személyek közötti élmény felfedezését és megtestesítését.

Az alkalom összefoglalása vagy lezárása a pszichofizikai aktivitás lecsengésének irányába viszi a folyamatot. Vannak, akik vizuális kifejezéssel, rajzolással-festéssel dolgoznak a mozgás után. A lezáró szakasznak gyakran van verbális része. Az élmény szavakba 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 a megfogalmazást.

1. esetrészlet: „8 gyerekből álló csoport érkezett táncterápiás foglalkozásra a pedagógiai asszisztens kíséretében. A bemelegítés után könnyű, színes sálakat osztottam szét közöttük. Kerestek egy helyet a teremben, és irányított érzékszervi kutatásba kezdtek. Ezt azzal folytatták, hogy különböző mozgásminőségeket próbáltak ki a sállal. Ez fokozatosan tánccá alakult, a csoport táncává. Amikor a bécsi keringő zenéjére mozogtak, egy egyébként gyakran ellenálló fiú felkiáltott: »Ezt videózni kellene, és

bemutatni a tévében!« Ez a gyerek, aki általában erős mozdulatokkal, kötött minőséggel mozgott, ezúttal élvezettel tudta beleengedni magát egy könnyedebb, szabadabb mozgásminőségbe, amely során hangolódott és alkalmazkodott a társaihoz, nem próbált dominálni." (Wengrower 2015, 402.)

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 meg. A fejlődést nyomon követve, valamint a csoport kohéziójának növekedésével a struktúra és kötöttség a folyamat során lazulhat.

Keretek, technikai igények, körülmények

Mint az 1. esetrészletből is látszik, a gyerek mozgás-táncterápia gyakran dolgozik *eszközökkel*, amelyek érzékszervi ingereket nyújtanak, gazdagítják az asszociációs világot és a kreatív kifejezési lehetőségeket, inspirálhatják a mozgásos kísérletezést, valamint mediálják a kapcsolatba kerülést egymással: az eszköz egyszerre közel hoz és távol tart, összeköt és elválaszt. Ily módon segít a kapcsolatok megtapasztalásában, a kapcsolatban levés megélésében. Ilyen eszközök, kellékek lehetnek például a textilek, kendők, sálak, plédek, 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 képezik az eszközrendszernek. Dramatikus munkamód esetén megjelenhetnek babák, bábok, illetve jelmezek is.

Idői keretek: a terápiás munka gyerekekkel általában a tanévhez kötődik, a tanítási szünetekben ez is szünetel. Egy alkalom 45–60 percig tart, de ez függ a kis kliensek kapacitásától is.

Tér: szabad térre van szükség, amely lehetőleg mentes törékeny tárgyaktól. Jó, ha a fényforrást rács védi az esetleg felpattanó labdáktól. Kellően nagy helyiség szükségeltetik, amelyben szabadon tud mozogni 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 (pl. baba-mama csoport) formátum is. Csoportos munka esetén 6–8 fős csoportokkal dolgoznak általában, de a csoportlétszám 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.

MUNKA A SZÜLŐKKEL

Kitérünk még egy olyan kérdésre, amely minden gyerekterápiában fontos: a terápiás helyzet a gyerekek függő helyzetéből és családi rendszerbe ágyazottságából fakadóan nem kétszemélyes (terapeuta-gyerek), hanem háromszemélyes (terapeuta-gyerek-szülő), még akkor is, ha adott esetben a szülő nincs jelen. Igaz ugyan, hogy sokszor a gyerek – a családterápia fogalmával élve – a „problémahordozó indexpáciens", de nem tudunk hatékonyan segíteni, ha nem vesszük figyelembe a különböző családdinamikai tényezőket (pl. feszültségek, betegségek a családban, testvérszületés, haláleset stb.). A terápiás szövetség és a terápiás szerződés ekképp háromoldalú. Persze az együttműködés formáját a gyerekek életkora jelentősen befolyásolja: csecsemők, illetve kisgyerekek esetében nem ritka, hogy a szülő is részt vesz a terápiás foglalkozáson, nagyobbaknál inkább a terapeutával történő konzultáció a jellemző.

Változó, hogy a kidolgozott gyermek-táncterápiás módszerek milyen mértékben vonják be a szülőt a terápiás folyamatba. A magyarországi gyakorlatban is találunk a szülő-gyerek kapcsolatra közvetlenül irányuló formákat (pl. táncterápia várandós pároknak vagy a „Melléd állok" kapcsolatterápiás csoport).

Tortora (Tortora 2006) *„Ways of Seeing"*-megközelítése – amelyet a későbbiekben részletesebben is ismertetünk – hangsúlyosan dolgozik a gyermekek szüleivel, illetve a szülő-gyermek kapcsolattal, intervenciós paradigmája kiterjed az egész család szükségleteire. Tortora bátorítja a szülőket a részvételre. Szükségleteik, meglátásaik, tudásuk a gyerekről az intervenció alapját képezik. Partnerként és „kutatótársként" tekint rájuk a terapeuta. A szülők az órákon is részt vehetnek, illetve külön is találkoznak a terapeutával, ahol lehetőség nyílik a gyermek fejlődésének áttekintésére, valamint a családtagok szükségleteinek, aggodalmainak és egyéb a gyermeket érintő fontos információknak az átbeszélésére. Kereteikbe a családlátogatás is beletartozik. A terápiás órákat videón rögzítik, és szülőkonzultációs alkalmakkor *video feedback* módszerrel ad visszajelzést a terapeuta.

Izgalmas nyomon követni, ahogyan a mozgás-táncterapeuta gondolkodik a folyamatról. Ezt a következő kérdések szemléltetik: (1) Milyen érzéseket fogadok a gyermek mozgásán, viselkedésén keresztül? (2) Ezen mozgásra és viselkedésre alapozva: Mik lehetnek a gyerek szükségletei? (3) Mennyire specifikusan fejezi ki a gyermek a szükségleteit ezeken a mozgás-, illetve viselkedésformákon keresztül? (4) Mi a szülők aggodalma a gyermekükkel kapcsolatban? (5) Milyen a szülők attitűdje a gyermekükkel kapcsolatban? (6) A szülők aggodalma és attitűdje hogyan fejeződik ki a gyermekükkel folytatott nonverbális interakción keresztül? (7) Mi lehet a gyermek testi (embodied) élménye erről az interakcióról? Milyen érzés lehet a gyereknek az érintés, a tartás, a mozgatás, ahogyan ezt a szülei teszik?

Tortora a szülőkkel kapcsolatban is a mozgásmegfigyelés eszköztárához nyúl: nézzék, lássák, figyeljék meg gyermekük nonverbális kifejezésmódjait. Ezt követően igyekszik azok kommunikatív aspektusának megértésében segíteni a szülőket. Ugyanakkor a kapcsolati szintre és a szülők önreflexiójára is hangsúlyt helyez: lássanak rá saját mozgásminőségeikre, jellemző ritmusukra, és ezek viszonyára (hasonlóságaira, különbözőségeire) a gyermek mozgásstílusával. A cél nem a teljes megfelelés, azonosság, hanem az összeillés, illeszkedés lehetőségeit keresik. A terapeuta az egész

rendszert igyekszik megsegíteni, és elérni például azt, hogy egy-egy beavatkozás előtt a szülő hangolódjon a gyermek élményvilágára – felhasználva a megfigyelés és belehelyezkedés eszközeit.

A módszer pedagógiai aspektusát jelzi, hogy strukturált munkalapokat dolgozott ki, amelyek a szülők észlelését, megfigyelési és önmegfigyelési képességeit hivatottak élesíteni.

A *pszichodinamikus, pszichoanalitikus szemléletű gyermek-pszichoterápiás* szakemberek – alkalmazott technikától (pl. játékterápia, mozgás-táncterápia, DSZIT) függetlenül – elsősorban olyan keretben dolgoznak, ahol a gyerek a terapeutával kettesben, vagy a gyerekcsoport tagjaival alakít ki egy „közös teret", ahol nincsenek jelen a szülők. Éppen ez a „saját tér" adhat lehetőséget arra, hogy a gyermek olyan belső tartalmakat mutasson meg magából, vagy olyan érzéseket fogalmazzon meg, fejezzen ki, amelyek a szülővel kapcsolatosak, és amelyeknek kimondását fenyegetőnek érezheti a kapcsolatukra nézve. Ez a tér és a terapeutával való kapcsolat elősegíti azokat az áttételi folyamatokat, amelyek legtöbbször tudattalanul zajlanak a gyermekben, s amelyek ugyanakkor segítik a terapeutát a gyermek belső folyamatainak és problémás kapcsolatalakításának, viselkedésének minél jobb megértésében. A legtöbb csoportos módszernél a szülőkkel első interjút készítenek a csoportvezetők. Ha kamaszokról van szó, akkor ők is beülnek a közös beszélgetésre. Szülőcsoport-alkalmak is beilleszthetők a folyamatba, s a csoportzárás után mindenképpen fontos az egyéni lezáró beszélgetés, visszajelzés.

A gyermek mozgás-táncterápia jelene

NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

A 2007-es ADTA-konferencia külön nemzetközi szekciót szervezett a gyerekekkel folytatott táncterápia világszerte megvalósuló gyakorlatának áttekintésére (Capello 2008). Az körvonalazódik, hogy a spektrum széles, és a táncterápia teljes elfogadottságától a sporadikus előfordulásokig sok mindenre van példa. Izraelben, Franciaországban és Spanyolországban az oktatási-egészségügyi rendszerbe integrált módon van jelen, a mozgás-táncterapeuták multidiszciplináris teamek tagjaiként jelennek meg. Ezzel szemben Sierra Leonéban elszigetelt „megküzdésről" számolnak be. Érdekes, hogy még azokban a kultúrákban is, ahol a tánc a hagyomány szerves része (pl. Görögország, India), a táncterápiát, amely a táncot az *egyéni* fejlődés, problémamegoldás és gyógyulás szolgálatába állítja, gyanakvás és bizalmatlanság övezi.

Találunk példát a háború, polgárháború sújtotta országokban (pl. Izrael, Sierra Leone, Haiti stb.) utcagyerekek, bandatagok, gyerekkatonák, emberkereskedelem, erőszak és kínzás áldozatai, illetve a politikai elnyomás és terror (Argentína – „chicos perdidos", 'eltűnt gyerekek') áldozatai számára létrehozott táncterápiás kezdeményezésekből. De a hasonló szörnyűségek miatt otthonukat elhagyni kényszerülő túlélők és menekültek traumafeldolgozásának táncterápiás megsegítéséről is olvashatunk (pl. Norvégia). A hétköznapi normalitáshoz közelebb áll az, amikor az idegennyelv-ta-

nulást igyekeznek megsegíteni a nonverbális készségek növekedésével (Argentína). Ennél szélsőségesebb irányba mozdulva jelennek meg a távol-keleti országok (pl. Korea és Japán), ahol a társadalmi nyomás, a kognitív képességek fejlesztésére irányuló elméleti oktatás, és az erős teljesítményorientáció nagymértékben korlátozza a gyerekek szabad játékát, kreatív képzeleti tevékenységét és önkifejezését. Ezek ellensúlyozására, holisztikus szemléletű fejlesztés céljából alkalmazzák többek között a táncterápiát. A konferenciaszekció japán és egyiptomi résztvevői a szülői kompetenciák, illetve a szülő-gyermek kapcsolat fejlesztésére irányuló táncterápiás munkájukat is bemutatták.

Figyelemre méltó, hogy a kanadai Jo Ann Hammond-Meiers kombinált megközelítésről számolt be, a mozgás-táncterápiát a (szűkebb értelemben vett, vizuális) művészetterápiával kombinálja. Franciaországban is van rá példa, hogy a néptánc, körtáncok és mozgásimprovizáció rajzzal és verbális technikákkal egészülnek ki. Finnországban a mozgás és tánc zenéléssel, ritmusadással, valamint formák és színek vizuális elemeivel kombinálódik. Ezek a példák tulajdonképpen már az intermodális kifejezésterápiák (expressive arts therapies) irányába történő elmozdulást jeleznek.

Németországban a táncterápiával „rokonértelmű" megközelítésként említik a „kreatív táncot", a Marian Chase-féle módszert, valamint a szenzoros integrációs és pszichomotoros tréninget. A sokszínű német táncterápiás szcénából a Hilarion Petzold nevéhez fűződő integratív mozgásterápiáról, újabban integratív mozgás- és testterápiáról érhető el magyar nyelvű szakirodalom (Metzmacher 1996). Ez három beavatkozási szintet különböztet meg: (1) a funkcionális-gyakorlásorientált, (2) a stimuláló-élményorientált és (3) a feltáró-konfliktusorientált megközelítést, amelyek közül a gyerek életkora, fejlődési szintje és aktuális problematikája alapján választ. A gyakorlatban ezt olyan további területekre bontják, amelyeknek fókuszában lehet például az érzékenység fejlesztése, a mozgékonyság fejlesztése, az önkifejező képesség fejlesztése, a szereprugalmasság és érzelmi rugalmasság tréningje, kommunikációs és interakciós tréning, fantáziatréning stb. (Braunbarth 2002; Petzold et al. 2000/2014).

Szemléltetésképpen alább bővebben bemutatjuk Tortora részletesen kidolgozott módszerét, amelyre korábban is már többször utaltunk.

Tortora – „Ways of Seeing"

Suzi Tortora (Tortora 2006), New Yorki tánc-mozgáspszichoterapeuta (dance movement psychotherapist) „Ways of Seeing" ('látásmódok') névre keresztelte jól dokumentált és alaposan kidolgozott megközelítését. 2006-ban megjelent 500 oldalas könyvének már az alcímében is kiemeli a kisgyerekek mozgásának kommunikatív erejét. A könyv egyik célja a mozgás-táncterápia és a Lábán-féle mozgáselemző rendszeren alapuló nonverbális megfigyelés bemutatása, valamint annak alátámasztása, hogyan tudják ezek megsegíteni a korai fejlesztés intervencióit, és kiegészíteni a gyógy- és speciális pedagógia hagyományosabb megközelítéseit. Módszere – szándékai szerint – átfogja a teljes segítő spektrumot a megfigyeléstől/felméréstől az intervención keresztül az oktatási-nevelési programokig.

A „Ways of Seeing" egy olyan mozgás-táncpszichoterápiás módszer, amely a gyermekfejlődés, a mozgás-táncpszichoterápia, az Autentikus Mozgás gyakorlata, valamint a Lábán-mozgáselemzés módszerének elveire építve létrehoz egy teljes vizsgálati, intervenciós (terápiás) és pedagógiai megközelítést kisgyermekek, gyermekek és családjaik számára. Módszerét négy dinamikus folyamatra bontja: (1) rapport létesítése, (2) érzéskifejezés, (3) képességek (ki)építése, (4) gyógyító tánc.

Ahogy a megfigyelés és mozgástükrözés során a Lábán-féle mozgáselemézési rendszer egyes minőségei (pl. az áramlás, súly, tér és idő által jellemzett mozgásdinamika; a test struktúrája, téri mozgásminőségek, mozgáskifejezések, forma) kibomlanak egy gyerekben, felismerhetővé válnak rá jellemző, személyes nonverbális mozgásszegmensek vagy -sorozatok, amelyek konzisztensen visszatérő módon jelen vannak. Ezeket *„mozgásmetaforáknak"* nevezi Tortora. Ezen mozgásmetaforák helyes értelmezése bepillantást nyújthat a gyermek élményvilágába.

A „Ways of Seeing"-megközelítés a *nonverbális* információt öt – hierarchikus rendbe illeszkedő – kategóriába sorolja:

1. Az általános nonverbális leírások főleg a tényeket írják le különösebb minősítés nélkül. Például: Niki belép a terembe, és lefekszik. Megkérdem, van-e kedve kúszni, mire rám néz és tapsolni kezd.
2. A *nonverbális szándékos cselekvések* esetén kommunikációs szándékot feltételezünk a mozgás mögött. Például: Niki NEVETGÉLVE lép be a terembe, és RÖGTÖN lefekszik. Megkérdem, van-e kedve kúszni, mire rám néz – EGY PILLANATIG TARTJA A SZEMKONTAKTUST, BÓLINT, MAJD RÖGTÖN FÉLRENÉZ –, és tapsolni kezd.
3. A *fiziológiai alapú nonverbális válaszok* a testi folyamatok irányába tágítják ki a figyelmünket, Például: Niki nevetgélve lép be a terembe, és rögtön lefekszik. Megkérdem, van-e kedve kúszni, mire rám néz – egy pillanatig tartja a szemkontaktust, bólint, majd rögtön félrenéz – és tapsolni kezd. LÉGZÉSE FELSZÍNESSÉ VÁLIK ÉS FELGYORSUL, MAJD AMIKOR KÖZELEDEM FELÉ, VISSZATARTJA LÉLEGZETÉT. KEZEIMET A MELLKASÁRA HELYEZEM, HOGY ÉRINTÉSSEL SEGÍTSEK LASSÍTANI ÉS ELMÉLYÍTENI A LÉGZÉST.
4. A *Lábán-féle mozgáselemzés-alapú leírások* a pontos visszaidézhetőséget segítik. Például: Niki nevetgélve lép be a terembe. MINDKÉT VÁLLÁT FELHÚZVA TARTJA, KARJAIT OLDALÁHOZ SZORÍTJA. Rögtön lefekszik. FELÉM TAPOGATÓZIK – A TEKINTETE BIZONYTALAN – INDIREKT MÓDON. Megkérdem, van-e kedve kúszni, mire KÖZVETLENÜL rám pillant – egy kis ideig tartja a szemkontaktust, bólint, majd rögtön félrenéz – és ENYHÉN BEHAJTOTT KÖNYÖKKEL tapsolni kezd: RÖVID, FESZES, PULZÁLÓ TAPS, VIBRÁLÓ MOZGÁSKIFEJEZÉS. Légzése felszínessé válik és felgyorsul, majd amikor közeledem felé, visszatartja lélegzetét. ERŐT, SZABAD ÁRAMLÁST ÉS MEGTARTÁST FEJEZEK KI ÉRINTÉSEMMEL, AMIKOR kezeimet a mellkasára helyezem, hogy érintéssel segítsek lassítani és elmélyíteni a légzést.
5. Végül a *lehetséges kommunikatív aktusok* megragadása már a nonverbális történések és kommunikáció megértését célozza. Tortora szisztematikusan törekszik arra, hogy a nonverbális aktusokat a kommunikáció szolgálatába állítsa.

De a megfigyelésből nem hagyható ki a terapeuta maga sem. Tortora a „tanúként történő befogadás" (witnessing), a „kinesztetikus látás" és a „kinesztetikus empátia" címszavai alatt tárgyalja ezt a kérdést, amelyek – megközelítésében – három különálló kategóriáját képezik a reflexivitásnak, az önmegfigyelésnek, a saját testi élmény megragadásának. A *tanúként történő befogadás* során a terapeuta (1) objektíven feltérképezi az akciókat, és (2) önreflektív megjegyzéseket fogalmaz meg, amelyek leírják a gyerekkel együttlevés vagy a gyerek megfigyelése közben felmerülő általános gondolatait, személyes reakcióit és érzeteit. A *kinesztetikus látás* fogalma a gyerekről az érzékszervi megtapasztalás által nyert tudást ragadja meg, amelyet a terapeuta azon keresztül szerez, hogy kipróbálja a látott mozgásminőségeket. Így képet kaphat arról, ahogyan a gyermek a környezetét érzékelheti. A *kinesztetikus empátia* a terapeuta saját érzelmi reakcióit jelenti, amelyeket a gyermek mozgását átvéve megél. Ez ahhoz adhat adatokat, hogy a gyermek milyen érzelmi színezettel tapasztalja meg a környezetét (Tortora 2006, 230.). Tulajdonképpen – más konceptuális keretben gondolkodva – a testi viszontáttétel területén tapasztalható jelenségeket igyekszik differenciálni saját fogalmaival.

Tortora megközelítésében a terápiás folyamat íve (a teljes is, illetve egy-egy alkalomé is) a következő részekre bontható: *illeszkedés/alkalmazkodás:* a terapeuta érzékeli a nonverbális jelzések minőségét ráhangolódáson és tükrözésen keresztül; *dialógus:* dialógust teremt ezen mozgásminőségek alkalmazásával; *felfedezés és kiterjesztés:* felfedezi, kiterjeszti, továbbfejleszti ezeket a mozdulatokat. Nem verbálisból verbálisba: kommunikációval a nonverbális szintről a verbális felé halad.

Minden egyes terápiás óra a következő lépésekből épül fel: az óra első felében stimulálás, aktiválás, mobilizálás, majd a második felében kifejezés, amely kreatív mozgás-táncjátékokat ölel fel. A rutin és a struktúra kialakítása nagyon fontos, de éppen ennyire lényeges az is, hogy a terapeuta adott esetben el tudja engedni ezeket a struktúrákat, hogy segítse a gyermek spontán kibontakozását.

Az alkalmak *befejezésére* is hangsúlyt helyez Tortora. Fontos, hogy minden alkalom lezárása reflektáljon a kapcsolatra is, közvetítse az együttlét örömét, emellett valamilyen (verbális és/vagy nonverbális módon) foglalja össze az alkalmon történteket, ugyanakkor lecsendesítő, megnyugtató is legyen, hogy ezen keresztül segítse a gyermeket az átmenetben a következő aznapi tevékenység, programpont irányába. Ez – az esetek nagy részében – egyedileg alakul, minden gyermek más és más búcsúrituálét dolgoz ki közösen a terapeutával (Tortora 2006, 259.).

Tortora az érzelmi témák megdolgozásához a mozgás mellett kiváló eszköznek tekinti a rajz-festés gyakorlatát is, de dolgozik zenével, ritmussal, relaxációval és vizualizációval is. Módszerének fontos eszközei a zenelejátszó, hangszerek, sálak, szalagok, tornatermi szivacsok, matracok, nagylabdák, szőnyegek, anyagalagutak, különféle méretű párnák stb. Persze fontos ügyelni arra, hogy ezek segítsék, ne pedig gátolják a szabad mozgásos önkifejezést. A „Ways of Seeing"-módszer mindhárom miliővel – otthoni környezettel, klinikai elrendezéssel, oktatási környezettel – dolgozik, és a szülőkkel, illetve pedagógusokkal való munka során használja a video feedback eszközét.

Magyarországi helyzet[5]

Előzmények

A táncterápia és azon belül a gyermekekkel folytatott mozgás-táncterápia előzményének is tekinthető Magyarországon a Dienes Valéria nevéhez fűződő mozdulatművészet vagy orkesztika, valamint Madzsar Alice testkultúra-foglalkozásai az 1920-as évektől kezdődően, amelyeket 1950-ben a diktatórikus politikai rendszer betiltott (Révay 2013; Borgos 2013). Ezt követően a 70-es évek második feléig, 80-as évek elejéig kellett várni, hogy a kreatív terápiák újra elkezdjenek gyökeret verni. A Magyar Pszichiátriai Társaság Nonverbális Munkacsoportjának a tagjai voltak többek között Soliman Saleh, Riskó Ágnes, Tringer Katalin, Benedek László, Juhász Sándor, Németh László és Merényi Márta. A Gerevich József (Gerevich 1981) szerkesztésében megjelent kéziratban már változatos technikákról, például gesztusimprovizációs csoportmunkáról, kommunikatív mozgásterápiáról, a pantomimcsoport terápiás lehetőségeiről, mozgás-rekreációs terápiáról, illetve sportfoglalkozásról szólnak rövid közlemények – felnőtt populációval. Ez jelzi, hogy megindult a fejlődés, differenciálódás. Megemlítendő, hogy a magyar kezdeményezések az akkoriban már virágzó nyugat-európai és amerikai táncterápiás és művészetterápiás világtól elszigetelve alakultak, fejlődtek. A Merényi Márta és munkatársai által kidolgozott, ma pszichodinamikus mozgás- és táncterápiának nevezett módszer csírái is ekkor kezdtek bontakozni. A 80-as évek végén Carry Rick, amerikai-svájci táncterapeuta tartott előadást és workshopot munkájáról a Tündérhegyi Pszichoterápiás Osztály szervezésében (Rick 1988). Gondolatai termékeny talajra hullottak, és inspirálóan hatottak a jelenlegi táncterápiás szcéna több kiemelkedő szereplőjére.

A gyerekekkel foglalkozó mozgásos önismereti és terápiás hatású módszerek is fontos részét képezik a magyarországi előzményeknek. Utalunk itt az 1970-es évek végétől a Kokas Klára (1929–2010) zenepedagógus és zeneterapeuta által megvalósított komplex művészeti nevelési programra, amely alapjában véve a zenére épül, de a mozgásban talál rá a kifejezési-önkifejezési eszközökre, valamint szobrászkodással és festéssel mélyíti el a folyamatot (Kokas 1992). A Kokas-módszer jelenét Deszpot Gabriella foglalta össze (Deszpot 2009). Székácsné Vida Mária hasonló elveken nyugvó terápiás kísérleteket végzett, részben Kokas Klárával együttműködésben (Székácsné Vida 1980).

Egy másik vonalon, a modern tánc, kortárs tánc világából indulva, az 1980-as években jelent meg az Angelus Iván által oktatott kreatív gyerektánc, amely a mozgás-improvizációkból, kiscsoportos munkából és a zeneiségből kiindulva a testi fejlődés, figyelem, koordinációs képesség, egészségmegőrzés, személyiségfejlődés megsegítését szolgálta (Angelus 1998). Jelenleg tanítványai formálják tovább módszerét 6–9 éves, illetve kis- és nagykamasz korosztálynak tartott, heti rendszerességű kreatív gyerektánc- és kortárstáncórák keretein belül (Hevér 2015). A gyerektáncban legfőképp az öröm, a játékosság, az egymásra hangolódás, és a testtudati munka van jelen

5 Az alfejezetben található esetrészletekért szeretnénk köszönetet mondani Cseri Ágnesnek, Endresz Hajnának, Kovács Sándorné Lilinek, Salz Gabriellának és Vetier Annának.

rajzzal, festéssel kiegészítve. A nagyobbaknál tánctechnikai gyakorlatok és a hosszabb improvizációk mellett az alkotásra, az önkifejezésre, önismereti munkára is lehetőség nyílik.

Főbb irányzatok

A következőkben bemutatjuk azokat a főbb táncterápiás irányzatokat, amelyek Magyarországon lehetőséget nyújtanak a gyerekekkel való pszichoterápiás munkára a mozgás, tánc és más művészeti modalitások segítségével. Az eddigiek talán kellőképpen alátámasztották azon nézetünket, mely szerint nagyon fontos és hatékony a gyermekterápiás munkában a testtel, mozgással és nonverbális eszközökkel való gyógyítás.

A *pszichodinamikus mozgás- és táncterápia* (PMT) módszerének kidolgozása az 1980-as években kezdődött, és Merényi Márta nevéhez fűződik (Merényi 1991). Merényi több munkatársával (többek között Incze Adrienne, Szili Katalin, Campos Jiménez Anna, Vermes Katalin) dolgozott a módszer differenciálásán, elméleti és gyakorlati továbbfejlesztésén. Ma Magyarországon elterjedt és népszerű mozgás-táncterápiás irányzatnak számít (Merényi 2015). Szervezeti szinten a Magyar Mozgás- és Táncterápiás Egyesület[6] képviseli a módszert. Elsősorban csoportos, ritkábban egyéni formában használják egészséges és mentális problémákkal küzdő gyermek, ifjúsági és felnőtt célcsoporttal.

A módszer pszichoanalitikusan orientált. A PMT munkamódjai a testtudati munka, a másikkal való találkozás, az ún. kapcsolati munka és a kiemelt térben történő alkotásértékű improvizáció. A különböző szinten zajló testtudati munka során előbukkannak testi érzetek, érzelmi állapotok és képi fantáziák. A testtudati munka így a testélmény és a hozzá kapcsolódó érzések belső reprezentációjának változását segíti a saját, szubjektív tapasztalatok újraélése által. Egy mozgásos folyamatban ezek az élmények összekapcsolódnak, s olyan reintegráció jön létre, amely fokozza a testi élmény és a szimbolikus tartományok közötti átjárhatóságot. Ennek hatására fejlődik a szimbolizációs készség (Szili 2009). A valóságos testi élmény mentén formálódó asszociációk és fantáziák elindítják a szimbolikus reprezentációs világ átépülését, korrekcióját. A PMT-csoport terében a testi-mozgásos kölcsönhatások előhívják a korai kapcsolódási mintákat, amelyek új, egészségesebb öntapasztalást, kapcsolati módokat teremthetnek meg (Merényi 2004; Merényi 2010).

A PMT csoportos alkalmazásának keretei felnőtteknél: általában két hét telik el az ötórás alkalmak között. Intézményi keretek között, illetve pszichiátriai betegeknél javasolt nagyobb gyakorisággal (heti egy vagy két alkalom) és rövidebb időtartammal (pl. 1,5–2 óra) dolgozni. A 12–18 fős csoportot két állandó csoportvezető kíséri. A csoportfolyamat hossza 100–250 óra közötti időtartam, ez kb. 1–2,5 év. Egy alkalom struktúrája: az első egy órában megbeszélő kör zajlik. A csoportban mindenki elmondja, milyen érzésekkel, aktuális belső történetekkel érkezett, illetve visszautalhat az elmúlt alkalom eseményeire. A két vezető analitikus beállítódással vezeti a beszélgető kört, amelyben a csoporttagok egymásra is reflektálhatnak. Ezután egy körülbelül három órás mozgásos szakasz következik, amelynek struktúráját a vezetők a rövid szünetben a nyitó körben elhangzottak alapján állítják össze. A mozgásos szakasz a mozgástérbe való „megérkezéssel" kezdődik, illetve a csoporttagok egymásra hangolódását segíti. Ezután testtudati munka következik konkrét, testre, mozgásra irányított figyelemből kiindulva, improvizatív irányba fejlesztve. Ez történhet egyedül vagy páros, illetve kiscsoportos formában is. Ebben a részben már a kapcsolati munka is teret kap. A csoportfolyamat középső szakaszától a kiemelt tér is eszközzé válik, az improvizáció olyan alkotásban teljesedik ki, amelyben a többi csoporttag mint „tanú" van jelen, és figyelmükkel támogatják, hitelesítik a csoporttérben történteket. A mozgásos szakaszban a két vezető közül az egyik a csoporttal együtt mozog, és adott esetben testi szinten alkalmaz intervenciót amellett, hogy a csoporttagok számára fizikailag is elérhető, és projekciós felületként szolgál. A másik csoportvezető kívül van a mozgástéren és instrukciókkal kíséri a csoportfolyamatot. Az alkalmat lezáró verbális kör az élmények megosztásának és integrálásának a tere. A vezetők a szubjektív élmény verbalizálását segítik: reflektálnak az elhangzottakra, és a mozgás során általuk tapasztaltakra, és értelmeznek, ha szükséges. A hangsúly az élmény megélésén van, és az ebből kiemelkedő saját, szubjektív jelentésadáson (Szili 2009).

Magyarországon az 1990-es évek végén egy másik táncterápiás irányzat, az *integrált kifejezés- és táncterápia* (IKT) is terjedni kezdett (Gürtler 1999). E módszer képviselői – 2011 óta önálló egyesületbe, az Integrált Kifejezés- és Táncterápiás Egyesületbe[7] szerveződve – egyre szélesebb körben vannak jelen a pszichoterápia és mentálhigiéné területén. Az IKT ugyancsak a testi fókusszal, a szabad, autentikus mozgással és kapcsolati munkával közelít a testmunkához, ezt kiegészítve olyan más kifejezés- és művészetterápiás, valamint dramatikus eszközökkel, amelyek a csoportos és egyéni pszichoterápiás munkában a személyiség mélyebb, archaikusabb rétegeit hivatottak megszólítani. Az IKT kidolgozója Wilfried Gürtler (1950–2003), aki Münchenben hozta létre kiképző intézetét, és jegyeztette be a módszert 1982-ben. Az Integrált Tánc- és Kifejezésterápiás Központ (CITA)[8] 12 évvel az alapító halála után, 2015-ben fejezte be működését. Gürtlert módszere kidolgozásában inspirálta a svájci Trudi Schoop kreatív, kísérletező és humanista irányzata. Schoop volt az első nő, aki az Egyesült Államokban (1942-től) hospitalizált pszichotikusokkal dolgozott pszichiátriai osztályokon táncterápiával.

Magyarországon 1997-ben indult el az első integrált kifejezés- és táncterápiás kiképző-terápiás csoport, s azóta Gürtler tanítványai elsősorban a pszichoterápiás irányvonalat képviselve dolgoznak a módszer formálásán, mind a csoportos, mind az egyéni terápiás kísérés esetében. 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, hogy fo-

6 www.tancterapia.net

7 www.ikte.hu

8 CITA – Centrum für Integrale Tanz- und Ausdruckstherapie.

lyamatorientált, vagyis nagy hangsúlyt fektet a törésmentes átmenetekre, legyen szó akár a testhelyzetekben, akár a tudatállapotokban, akár a csoportfolyamat dinamikájában történő váltásokról. Eszköztára alapján az akcióorientált terápiák közé tartozik (Páll, Kiss 2011; Jarovinszkij 2013). Az eljárás az intermodális (művészeti modalitások közötti) transzfer révén ún. 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 (pl. 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.

Szemléletes példa, hogy a fa szimbólumával hogyan dolgoznak csoportban vagy egyéni terápiában: egy földből kifejlődő magocska, amely a mozgásos folyamatban fává növekszik, egyrészt diagnosztikus eszközként is használható korai sérülések, akár magzati korban átélt traumák azonosítására, másrészt korrekciós folyamatként is hathat, amelyben a fa saját, belső teréből (testi szint), erőforrásaiból merítkezhet. A fa szimbólumával kiscsoportos munkában is lehet tovább dolgozni, különbontva a gyökér-, törzs- és lombkoronaszinteket, érintve a különböző énstuktúrák szintjeit és/vagy a személyiségrészek testi lenyomatait.

A mozgásos folyamatok után a képi kifejezés (festés, rajzolás) nagyban hozzájárul ahhoz, hogy az igen mély érzelmekkel és testi élményekkel átitatott testtudati vagy kapcsolati munka könnyebben átdolgozhatóvá váljék, s szavak szintjén is kifejeződhessen. Az alkotások sokszor megkönnyítik az élmények hétköznapokba való átvitelét és a viselkedési, kapcsolódási és érzelmi mintázatok intrapszichés átstrukturálódásának megszilárdulását. A módszer specifikuma, hogy egy hosszabb, 2 éves csoportfolyamat második évében olyan „életút-tematikát" alkalmaz (pl. fogantatás/születés, kora/kisgyerekkor, serdülőkor, párkapcsolat, családalapítás, búcsú/halál), amely a legfontosabb normatív kríziseket hordozó életszakaszokkal kapcsolatos érzelmek, családi mintázatok, traumatikus életesemények, kapcsolati hiányok feltérképezéséhez és azok korrekciójához segítik hozzá a csoporttagokat.

Az IKT csoportos alkalmazásának keretei felnőtteknél: a hosszabb, 2 éves képző-terápiás IKT-csoportokat havi rendszerességgel (egy hétvége, 16 óra), illetve kétheti gyakorisággal 6 órában tartjuk, ahol több hosszabb, intenzív alkalommal is kiegészül a csoportfolyamat. A csoportok kettős vezetésűek. Általában 10–18 fő közötti

a csoportlétszám, a csoportfolyamat 50-től 250–300 terápiás óráig terjedhet. Minden csoport indulása előtt egy első interjút folytat a két csoportvezető a jelentkezőkkel.

Egy hétvégi csoportalkalom felépítése: A csoportba való megérkezés történhet először mozgásos szinten vagy rögtön megosztó verbális körrel. Mindenképpen elengedhetetlen a csoporttagok „bejelentkezése": ki hogyan érkezett, milyen érzésekkel, milyen téma foglalkoztatja, reflektálhatnak az előző alkalom történéseire és egymásra. A beszélgető körben elhangzottak és a csoport fejlődési szakaszához mérten a két csoportvezető megtervezi a hétvége struktúráját, vezérfonalát. Ezután általában egy közös „csoport-összehangoló" játék vagy egy közös témára való felkészülés zajlik mozgásban, majd egyéni, páros, kiscsoportos formában. Egy-egy mozgásos blokk után rendszerint valamely más művészeti eszköz segíti az élmények feldolgozását. Az IKT is használja a „kiemelt teret" mint munkaszintet, például egy mese szabad mozgásos, improvizációban történt feldolgozásakor, vagy ha szóló, duó, kiscsoportos megmutatkozás, performansz zajlik a csoportban. Egy-egy nap végén hosszabb megosztó körben osztják meg a tapasztalatokat, érzéseket a csoporttagok. A vezetők megtartó, elfogadó légkörben segítik az élmények tudatosítását, a személyes narratíva megszületését és a csoporttagok egymás közötti, vagy a csoporttagok és a vezetők közötti esetleges projekciók, áttételi folyamatok átláthatóságát. Hasonlóképpen a PMT-hez, az egyik vezető itt is elérhető testi szinten a mozgásos folyamatokban, és mintát ad, kapcsolódási felületet nyújt, szükség esetén interveniál „bentről". Fontos, hogy a vezetők reflektáljanak az „itt és most" történéseire, és lehetőséget adjanak a csoportban a szabad improvizációs helyzetek kibontására, amelyek valódi, kapcsolati munkát tesznek lehetővé a tagok között. A hétvégén készült műveiket a résztvevők valamilyen összefoglaló művészeti alkotásban, illetve a záró körben integrálják.

Mozgás-táncterápia gyerekekkel, elméleti szempontok

Mint arra már írásunk első részében is utaltunk, a táncterápia a gyermekek természetes kommunikációs, illetve kifejezőeszközeihez, a *játékhoz* és a *mozgáshoz* nyúlva, az átélt eseményeken keresztül segíti az önmagukról alkotott reális narratívák kialakulását. Nemcsak az egyes életkorok fejlődéslélektani feladataival való megküzdést, és az átmeneti időszakok kaotikus viselkedésszerveződésének meghaladását segíti, hanem a gyermek és serdülő szocializációs folyamataiban, a világhoz való adaptív alkalmazkodásában, a testhez való reális viszony kialakításában, az identitás és személyiség integrációjában is támogatást nyújthat. A táncterápiában az érintés és testi kapcsolódás kiemelkedő jelentőségű, s a gyermekterápiák viszonylatában a preverbális szintű sérülések és kapcsolati hiányok korrekciójára hatékony intervenciót kínál. A terapeuta és/vagy a csoporttagok saját fizikai valójukkal, testi szintű jelenlétükkel közvetlenül segítik az egyén *testhatárainak* és ezzel együtt az énhatárainak megszilárdulását, a személyisége fejlődését. Testünk és mozgásos impulzusaink a legkorábbi és a legközelebbi kapcsolati mintázataink lenyomatait hordozzák, amelyek az interszubjektív egymásra hangolódás és kapcsolódás multimodális, minden érzékszervi információt magában foglaló élményeiből épülnek fel. A táncterápia lehetőséget ad

testi szinten hasonló spontán „találkozások" átélésére, hiányok pótlására, ahol vitalitásaffektus-szintű összehangolódást élhet át a kliens, s amelynek erős korrektív hatása lehet. A terápiás folyamatban a korábban átélt traumatikus élmények átdolgozása a mozgáson és a csoportdinamikai eseményeken keresztül történik, és kevéssé ütközik az explicit gondolkodási rendszer ellenállásaiba. Gyerekeknél ez igen nagy jelentőséggel bír, hiszen életkori sajátságaik miatt a verbalitás és önreflektivitás rendszere még fejlődésben van, ideális esetben is csak a serdülőkorra, fiatal felnőttkorra alakul ki az a készség, hogy árnyaltan érzékeljük saját belső folyamatainkat, érzéseinket, hangulatainkat, indulatainkat, és meg tudjuk fogalmazni azokat szavakban (Endresz 2008).

A gyermek-táncterápiás csoportok jellemzői

A csoport, mint megtartó közeg, önmagában is gyógyító a gyermek számára. Egy olyan keretezett, biztonságos tér és idő, ahol „látják, hallják", elfogadják a gyermeket a maga teljességében. Bizalmat kaphat és adhat másoknak, ezen keresztül saját magának. Szabadon kifejezheti félelmét, bánatát, elesettségét, a testmunka segítségével vezetheti le indulatait, belső feszültségeit. Tudatosabbá válhat testi érzékelésében, érzékenyebbé a kapcsolódásaiban. Új megoldási, megküzdési technikákat tanulhat meg, amelyek a mindennapokban segíthetik alkalmazkodását. Felfedezheti olyan készségeit, belső erőforrásait, amelyek a későbbiekben is támaszként szolgálhatnak.

A gyermek-táncterápiás csoportok keretei, fókusza és módszertana is eltérő lehet a felnőtt táncterápiás alkalmaktól. Az, hogy milyen fókusszal dolgoznak a csoportvezetők, függ a gyermekek életkorától, a csoport összetételétől. Más-más idői keretek jellemzik a munkát: az esetek többségében maximum egy tanév hosszúságú egy csoportfolyamat, de működnek rövidebb, tematikus gyerekcsoportok is. A felnőtt csoportokhoz képest gyakoribbak, legtöbbször heti, kétheti rendszerességűek, és rövidebbek, másfél-kétórások az alkalmak. A csoportvezetők zárt gyerekcsoportban, általában kettős vezetéssel dolgoznak. A testtudati és kapcsolati munka jóval rövidebb, egyszerűbb gyakorlatokat kínálva a gyerekeknek. A testmunka kezdetben nem több 5-10 percnél, de a figyelem kapacitása a testi fókuszra folyamatosan növekszik. A gyerekekkel való munkában elengedhetetlen a szülőkkel való kapcsolattartás. Minden esetben első interjúra hívjuk a szülőket, ahol problémafeltáró beszélgetés, és esetenként heteroanamnézis felvétele is szükséges. Van, hogy közös szülői kör kíséri a gyermekcsoportot, ahol a hasonló problémával küzdő családok adhatnak támogatást egymásnak. Egyéni konzultációt is biztosítunk a szülőknek, s a csoport végén egyéni lezáró alkalomban adunk visszajelzést gyermekükről.

A gyermekekkel való táncterápiás munkában – legyen az PMT vagy IKT – általánosságban az egyéni testtudati munka és a kapcsolati munka kiemelt fontosságú. A strukturált és instrukciókkal vezetett mozgásos gyakorlatok hol a saját testre irányítják a figyelmet, hol párban, kiscsoportban dolgozva inkább magára a kapcsolódásra helyezik a fókuszt. A test fizikai valóságérzékelése (kiterjedés, izmok tónusa, testrészekre való fókusz, mozgásimpulzusokkal való játék) vagy a különböző mozgásos érzékleti minőségek (gyorsulás-lassulás, lendület, ritmus, támasz, érintés) a test határainak pontosabb érzékelését és a saját testtel való kapcsolat megélését támogatják. A gyerekek sokkal gyorsabban „testbe tudnak kerülni", s a fókuszált testi figyelem állapotából való kilépés is gyorsabb, sokszor átmenet nélkül történik (Endresz 2008). Vannak gyerekek, akik már hamar képesek a kitartóbb és elmélyültebb munkára (pl. fameditáció), de a vezetőnek a csoport közös kapacitására is figyelemmel kell lennie, főképp, ha több gyermeknek nehezebben megy az egyéni munkában való elmélyülés. Eleinte több strukturált testtudati fókuszú gyakorlatra van szükség, amely megteremti a közös nyelvet, alapot ad a további testtudati és szimbólumokkal való munkához. A csoportfolyamat előrehaladásával egyre komplexebb és időben is hosszabb gyakorlatok, szabad improvizációs játékok töltik ki a csoportalkalmakat.

> *2. esetrészlet:* „A mozgásos rész bevezető szakaszában felvezetésként, vagy testtudati témaként gyakran használjuk a járás gyorsítását, és lassítását célzó instrukciókat: »Járjunk egy kicsivel gyorsabban!«, »Gyorsítsd a mozgásodat!«, »Még egy kicsit gyorsabban!« stb. Majd ellentétes irányba: »Elkezdünk lassulni, és fokozatosan visszaállunk a saját sebességünkre.«, »Ugyanígy megyünk tovább, csak egy kicsit lassul a mozgásunk!«, »Miközben folyamatos marad a mozgás, tovább lassulunk!«, »Egészen lassan mozgunk, mintha lassított felvételben történne a mozgásunk!« stb. Ezek az instrukciók célozhatják a csoport mozgásának, jelenlétének összehangolását, és a csoportfigyelem kialakulását is, ami fontos a közös mozgásos munkához, és használhatjuk őket a testtudati figyelem kialakításához is." (Endresz 2008, 50.)

A közös mozgásjátékok megteremtik a csoport biztonságos légkörét, amely teret enged a csoportdinamikai történéseknek, valamint megjelenhetnek a csoporttagok kapcsolati mintázatai, és újabb megoldási lehetőségeket próbálhatnak ki a gyerekek.

A gyermekcsoportokkal való pszichoterápiás munka elengedhetetlen része a csoportdinamikai történések követése, azok támogatása, terelgetése. A különböző csoportszerepekben lévő gyerekek (központi személy, peremhelyzetű, szeparált, verbális körökben aktív, ellenálló, vezetőkkel szembehelyezkedő stb.) számára olyan helyzeteket vagy folyamatokat kínálunk föl, amelyek új szerepeket vagy kapcsolódási módokat hordoznak magukban. Például egy visszahúzódó, peremhelyzetű gyerek osszon ki valamit a csoportban, vagy ő kezdje el a kristálytáncot.[9] Nagyon fontos, hogy a csoportalkalmak tematikussága vagy folyamatai illeszkedjenek a csoportban zajló eseményekhez.

> *3. esetrészlet:* Egyik kiskamasz csoportunkban konfliktushelyzet alakult ki két fiú között. Egy pillanat alatt eldurvultak és lökdösődni, bántani kezdték egymást. Erre a helyzetre azt kínáltuk föl, hogy alakítsunk ki egy „játékteret", ahol kihívhat mindenki egy ellenfelet viadalra. Szigorú szabályok mellett lehetett megküzdeni, és így „lerendezni" az egymás között feszülő indulatokat. Nemcsak a két gyermek között oldó-

9 A kristálytánc egy olyan csoportos mozgásjáték, amelynek szabálya szerint mindenki szabadon mozog, táncol a térben. Egyszer csak valaki szoborrá merevedik, ő lesz a kristály közepe. Ezt követően mindenki egy érintéssel kapcsolódik hozzá és így jön létre a „csoportkristály".

dott a konfliktus egy elfogadható, konfliktuskezelő megoldás felkínálásával, hanem olyan gyerekek is bementek a „ringbe" akik testi erejüket kontakt improvizációs játék során nehezen mutatták meg. (Forrás: Jarovinszkij Vera)

Az ilyen jellegű, ún. kiemelt teret alkalmazó gyakorlatokban a „nem mozgó" csoporttagok megtartó figyelemmel vannak jelen a térben, és kísérik a mozgó tagokat. Ezáltal hitelesítik az ott zajló eseményeket, amelyek sokszor katartikus belső megéléssé válhatnak a csoporttérben. S számukra is belsővé válhat a „kívülről" kísért élmény. A megosztó körök, a verbális feldolgozás, amely része a csoportalkalmaknak – életkortól függően – hol rövidebb, hol hosszabb időt vesz igénybe, de minden esetben a reflektivitást, a valóságérzékelést és az „itt és most"-ban megélt élmények verbalizálhatóságát segíti, ami az önkontrollfunkciók alakulásában és az önszabályozás szintjén is hat. Megemlítendő ugyanakkor, hogy a korrektív élmények átélése sok esetben önmagában is terápiás hatású, változáshoz vezet, és nem szükséges, hogy verbális narratíva szülessen a testi tapasztalásról (Endresz 2008).

A rövidebb és kevésbé reflektív verbális megosztás miatt a vezetők feladata a gyermekcsoportokban különösen komplex és átfogó figyelmi beállítódást igényel. A kettős vezetésben az egyik vezető a folyamatokban résztvevőként van jelen, és esetenként mozgásos intervenciót alkalmaz egyes csoporttagokra fókuszálva, míg a másik vezető, kívül maradva a mozgástéren, instrukciókkal és figyelmével keretezi, „tartja" a csoportteret. Fontos, hogy a vezetők saját testi, mozgásos működésükről nagyfokú tudatossággal rendelkezzenek, s létrejöjjön egy dinamikus egyensúly nemcsak a két vezetői szerepkör között, hanem a vezetők és a csoport, a tudatos és tudattalan, valamint a múlt és jelen érzékelése között. Maguk a vezetők szimbolikus és áttételi szerepkörrel is bírnak, szabályozzák és keretezik a csoportműködést, s a csoport dinamikai történéseire érzékenyen reagálva az „itt és most"-ban született pillanatokból, saját viszontáttételi reakciójukból merítkezve kísérik a csoportfolyamatot.

4. esetrészlet: Egy pályázat keretében megvalósult, a kecskeméti SOS Gyermekfaluban tartott 6 hónapos IKT-projektünkben árva vagy félárva, gyermekotthonban nevelkedett serdülőkkel dolgoztunk, akik nagy létszámú (6–8 gyerekes) családokban, nevelőszülőkkel éltek. A háromórás csoportalkalmak rendkívül intenzívek voltak a folyamatos határfeszegetéseik, egymást fizikailag bántalmazó piszkálódásaik és az erősen hárító magatartásuk miatt. Az egész csoportfolyamaton végighúzódott az egyik nagylány igen megrendítő „vágyképe" a csoportról, hogy a férfi–női vezetőpárosunk a szülőpár, a női vezető várandós, és mindenki a csoporttagok közül „tesó". Többször verbálisan, illetve a női csoportvezető „kerekedő pocakját" megérintve fejezte ki projekciójának jelentőségét. Valószínű, hogy a biztonságos, megtartó környezetben mindkét szülőreprezentánssal való együttlét egy vágyott ideálkép kifejeződését jelentette számára, amely saját létének megerősítése is volt egyben. Több csoporttag „felkarolta" ezt a képet, és bekapcsolódásra bátorították a nagylányt a „nagy családi együttlétbe". Szimbolikus szinten a „születés" – akár a csoport létrejöttéként, akár az ő „újraszületésének" a lehetőségeként – egy biztonságos közegben

mindenképpen egy korrekciós élményt nyújtott a számára. (Forrás: Jarovinszkij Vera, Kiss Tibor Cece)

Az életkori sajátosságokat mindig figyelembe kell vennünk a gyerekekkel történő munka során. Még ha klinikai közegben dolgozunk is, ahol esetleg hasonló probléma, betegség vagy tünet mentén szerveződik egy csoport, akkor is fontos, hogy hasonló életkorúak kerüljenek össze. S az is lényeges, hogy fejlődéslélektani szempontból figyelembe vegyük az adott életkor sajátosságait, fejlődési feladatait.

Óvodáskorban inkább a mozgásjátékok, a mesékkel való drámajáték, az egyszerű testtudati munka és a kapcsolati munka adja a folyamatok alapját. Néhány példa: tükrözés (párban egymás mozdulatait leutánozzák), egy valaki vezet, az egész csoport utánozza. Mozgás és szobor váltakozik, kristálytánc, a termen valamilyen mozgásminőségben (ún. úton) végigmenni párban vagy kiscsoportban, impulzusadós folyamat (az egyik mozog, a másik finom vagy erőteljesebb érintéseken keresztül impulzusokat ad neki), hangszeres zenélés, közös ritmustalálás. „Ki milyen állat lenne?" – kiemelt térben bemutatjuk vagy megjelenítjük az állatcsaládot. Fontosak a biztonság kialakítása szempontjából az ismétlődő struktúrák, a *rituálék*, például az elején körben kezdünk, valaki mutat egy mozdulatot, a többiek átveszik, és a végén is ezzel zárjuk. A rajzolásra is általában az alkalom végén kerül sor, a verbális visszajelző kör minimális ennél az életkori csoportnál. Gyakran olyan témák bontakoznak ki, mint például családi konfliktusok, születés, testvérrivalizáció, düh, passzivitás, kontroll, félelmek, frusztráció. Az IKT-gyermekcsoportokban meseírás, annak dramatikus eljátszása és képi alkotómunka is teret kap. Az óvodásoknál DSZIT-eszközökkel kombinálva (nagylabda, csepphálló, alagút stb.) nagyon jól lehet alkalmazni a módszert mind csoportban, mind egyéni terápiában.

5. esetrészlet: Felhangolt érzelmi állapotban érkeztek meg a gyerekek. A bevezető körnél kiderült, hogy a délelőtt a skanzenben tett kirándulás, mustkészítés okozta ezt az érzelmi állapotot. A szőlő szemezgetésének, az ehhez kapcsolódó mozgásoknak a felidézése, élménye hatással volt a gyerekekre, ami arra ihletett, hogy mozogjuk-táncoljuk el a mustkészítés folyamatát. Önindította mozgásaikkal, táncaikkal megjelenítették a szőlőszemezgetést, a szemek szétgurulását, majd hordóba gyűjtését, és én dögönyözve „kipréseltem", míg ki nem laputak a szemek, majd „folyni kezdett a must", mint egy patak. Egy kisfiú kivételével, aki rajzában jelenítette meg a folyamatot, mindenki részt vett. A következő alkalommal két kislány – aki korábban nem vett részt érintős játékban – jelezte, most már szeretik, ha „dögönyözik" őket. (Forrás: Kovács Sándorné Lili)

Kisiskolás korban, amikor is az ösztönök energetizáló hatása visszahúzódik, a gyerekek még elég közel vannak a mozgáshangsúlyú élményvilághoz, a mozgásban való részvétel öröme, feltöltő hatása erős, így ebben a modalitásban jobban megközelíthetőek, mint verbálisan. Még nincs nehezítve a kamaszkor gátlásosságával, és a saját testhez kapcsolódó szorongásokkal. A mozgásos improvizáció kreatív alkotó folyamata szabadon és kevesebb ellenállással tud érvényesülni, és az ebből fakadó felsza-

baduló energiák és örömérzés kellő motivációt nyújt a csoporthoz kötődéshez, és a benne folyó lélektani munkához. Az ehhez az életkorhoz kötődő teljesítményszorongás és önbizalomvesztés jól korrigálható az énerősítő, közösségi élményt adó mozgáscsoporttal. A mese, a dramatizálás, a mozgásimprovizációk és testtudati munka mind jól alkalmazható ennél a korosztálynál.

6. esetrészlet: A 8 éves Kamilla korábban folyamatosan azt élte át, hogy ő nem elég jó, nem teljesít megfelelően. Édesapjának nagyon magas elvárásai voltak, nem vette figyelembe diszkalkuliáját. Mindezt tetézte a szülők közötti konfliktus, amelynek főként az ő tanulmányi eredménye képezte tárgyát. Az iskolában ugyanezért és kissé fiús külsejéért szintén bántásban és kiközösítésben volt része, csak egy-két fiú barátja volt. Ezek következtében ő magát erősen alulértékelte, jó oldalait egyáltalán nem látta tisztán. A csoportba kerülvén hamar kiderült, hogy Kamilla mozgása különlegesen kreatív, mélyen kifejező, humorral teli, és a mozgás nyelvén hihetetlen érzékenyen tud létezni és reagálni a többiekre. Talált egy számára új önkifejező módot, amellyel a csoport kapcsolati terében a középpontba került. Nem volt olyan kislány a csoportban, aki ne szeretett volna az ő párja lenni. Ez a rendszeres visszajelzés hozzájárult ahhoz, hogy korábbi kapcsolódási mintázata és kortárscsoportbeli státusza változzon, kinyílt és könnyebben került kapcsolatba másokkal a hétköznapokban is. (Forrás: Cseri Ágnes és Vetier Anna)

Kiskamaszkorban és *serdülőkorban* az egyik nagy megoldandó lélektani feladat, a saját testhez való viszony közvetlenül meg tud jelenni testfókuszú mozgásterápiás csoportokban. A gyakorlatok instrukciói lehetővé teszik, hogy azokon a területeken is tapasztalatokat szerezzenek a gyerekek, amelyeket egyébként szorongás kísér az életkori sajátosságokból vagy az egyéni problematikából adódóan, ami miatt ezek a gyerekek inkább kerülik az olyan és hasonló helyzeteket, mint például testi érintés, szemkontaktus, mozgásos összehangolódás, széthangolódás, vezetés vagy a másik ember követése (Sarkadi 2015). Éppen ezért a kapcsolati munkában a testi kontaktus – leginkább serdülőknél – nagyon direkt és célirányos, főképp, ha vegyes nemű csoportban dolgozunk. Fő modalitásunk kiskamaszkorban és a fiúknál kamaszkorban is a cselekvéses, mozgásos megjelenítés. Emiatt legtöbbször mind a probléma felvetése, megjelenítése a csoport terében, mind az erre való megoldáskeresés mozgásosan történik. Kedvező esetben ezeket az igényeket, vágyakat, kérdéseket képes a gyerek a felkínált mozgásos gyakorlat keretei között kifejezni, és a rendelkezésre álló instruált módon mozgásosan átdolgozni.

Ennél a korosztálynál nagy jelentősége van az ellenállásokkal és a keretekkel való munkának. A tinikor lélektani feladataként is megjelenő szabályok, autoritások, függőségek elleni lázadás az egyéni problémák mentén kap speciális formát és színezetet. A téri és idői keretekhez, a csoportszabályokhoz, valamint az elhangzó instrukciókhoz való viszony gyakran hordoz áttételi reakciókat, leképeződik bennük a legfontosabb keretadóhoz, autoritáshoz, a szülőhöz való viszony. Ebből fakadóan a lélektani munka fókusza gyakran a keretekhez való viszony témája körül zajlik. Külön kiemelendő, hogy a kamaszok „ellenállásaival" való munka testi, mozgásos szinten mennyire sok

lehetőséget ad annak kifejeződésére, az ellenállás fizikai megtapasztalására. Maga a kontakt improvizációs technika – amely a testtudati egyéni/páros munka alapját adja a táncterápiában – kiváló eszköz a gátló vagy éppen támaszadó felületekkel, keretekkel, határokkal való munkához. Képzeljük csak el, milyen sok lehetőséget hordoz egy olyan mozgásfolyamat, ahol egy páros munkában két kamasz tenyere vagy háta kapcsolódik össze. Felületet, súlyt adnak egymásnak, s közösen alakítják a mozgást. Az instrukciók között szerepel a közös egyensúly fókusza, hogyan tudják megtartani azt, mikor billennek ki, miközben határaikat is próbálgathatják. „Meddig lehet elmenni, mennyit bír a másik, mennyit bírok én? Megtartanak? Bízhatok? Elengedhetem magam?" Teret ad az erőpróbának, az összefeszülésnek, az ellenállás fizikai szinten való átélésének a másik testének tükrében. Az ilyen közelség önmagában felszabadít, miközben szorongató érzéseket is átélhet a kiskamasz, amelyek elkerülésére az automatikus megoldásainak tárházát próbálgatja először. Egy ilyen mozgásos folyamat teret enged az ellenállás kifejeződésének (eltolom a másikat erővel vagy kifordulok, nem adom a súlyom, így ő sem tud felületet adni stb.). A bizalom kiépülése után azonban elindulhat egy korrekciós folyamat, ahol újabb kapcsolódási minőségek tűnhetnek fel a kontakt improvizációs vagy szabad interakciós folyamatokban: jóval hosszabb ideig tudnak testi kontaktusban, közelségben maradni, egyre bátrabban támaszkodnak egymásra, vagy mutatják meg erejüket. Fontos terápiás hatótényező, hogy a gyermek a testmunkán keresztül ráébredhet saját fizikalitásának jellegzetességeire, erejére. A terápia során elindulhat a társas és fizikai valóság pontos érzékelésére való törekvés, a szubjektív észlelés torzulásainak (testképzavar) korrigálása. Kiskamasz-serdülő csoportjainkban a testtudati-mozgásos szintet jól kiegészítik a dramatikus elemek; a maszkkal, képi alkotással történő feldolgozás, erre mutat példát a 7. esetrészlet.

7. esetrészlet: Ricsi a Zuglói Nevelési Tanácsadóba járt a Küsz Orsolya kolléganőmmel együtt vezetett pszichodramatikus-táncterápiás kiskamasz csoportba (Jarovinszkij, Küsz 2008). A csoportalkalmak jelentős részén túlmozgásosságával Ricsi nagyon sok figyelmet követelt magának. Állandóan piszkálta a többi gyereket, folyamatosan feszegette a határokat. A csoportfolyamat közepe felé maszkkal dolgoztunk, a „mit szeretsz/mit nem szeretsz magadban" téma mentén. Ricsi egy halálfejhez hasonló, nagyon ijesztő maszkot festett magának. Abban a pillanatban, ahogy magára vette a rémisztő maszkot, viselkedése gyökeresen megváltozott. Nyugodt lett, mozgása lelassult, társaihoz figyelemmel, odafordulással közeledett. Miután Ricsi levette a maszkját, a megbeszélő körben hosszan ült csendben. Nem szólt bele a többiek mesélésébe, nem rohangált körbe, s valami olyasmi sejlett föl az arcán, mintha felismerte volna azt, hogy tulajdonképpen milyen is ő a maszkja nélkül. Hogy van egy másik arca is, a nyugodt, odafigyelő Ricsi. Ricsi az ezt követő csoportalkalmakkor érezhetően együttműködőbbé és empatikusabbá vált társaival. (Forrás: Jarovinszkij Vera)

Önismereti mozgáscsoport – egy példa

Önismereti mozgáscsoportunkat 12–14 éves kiskamaszoknak hirdettük meg a Zuglói Nevelési Tanácsadóban (Jarovinszkij, Küsz 2008). A gyermekeknek, akiknek nagy ré-

sze egyéni terápiában is részt vett a csoport indulásáig, a tanácsadóban és más intézményben dolgozó pszichológusok ajánlották a csoportot. Előzetesen egyéni interjú történt a szülővel és a gyermekkel. A csoport 14 alkalommal, heti 2 órában találkozott a nyári szünetig. Célunk a szabad mozgáshoz való visszatalálás, a testtel való közelebbi kapcsolat kialakítása, a csoportba, közösségbe való beilleszkedés segítése, az énerő, egyéni képességek felfedezése, megerősítése, szabad nonverbális/verbális kommunikáció elősegítése, valamint az életkorból fakadó témák, problémák csoportban való feldolgozása volt. Hét gyermek (3 fiú, 4 lány) csatlakozott a csoportunkhoz. Vezető tünetként említhető többek között a szorongás, önbizalomhiány, beilleszkedési problémák, figyelemzavar, hiperaktivitás, nehezített családi körülmények.

A csoportfolyamat tematikai felépítése:

- Ismerkedés egymással, a saját testtel, a szabad tánccal.
- Bizalomépítés a csoportban.
- Szerepek a közösségben: peremhelyzet, központi hely, befogadás, kiközösítés. Hol van a helyem a csoportban?
- Természeti elemekkel való imaginációs, mozgásos folyamatok (víz, föld, fa, levegő, tűz).
- Választott állatok mozgása, hangjai, tulajdonságai.
- Közös meseírás, annak eljátszása jelmezekkel.
- Milyen vagyok? Hogyan látom magam, hogyan látnak mások engem?
- Mit szeretek, fogadok el / mit nem szeretek, nem fogadok el magamban? Maszkkészítés, integrálás a testképben.
- Határok. Igen/nem kifejezése, agressziókezelés, ellenállás.
- Énerő, énerősítés, megküzdési stratégiák.
- Búcsúzás, a csoport lezárása.

A következő IKT-módszerekkel, technikákkal dolgoztunk: szabad tánc, autentikus tánc, vezetett improvizáció, körtánc, testtudati gyakorlatok, kontakt improvizáció, imagináció, relaxáció, pszichodramatikus elemek, encounter játékok, festés, rajzolás, agyagozás, maszkkészítés, testfestés, közös zenélés hangszerekkel, testrajzkészítés.

Tapasztalataink összegzéseként elmondhatjuk, hogy a csoportban kialakult bizalom és elfogadó légkör segítette az esetleges szégyenérzések, félelmek megmutatását, integrálását és azok korrekcióját. Sok családtörténet bukkant fel a dramatikus, szituatív játékok során vagy a csoportban spontán mozgásjátékokban. Új konfliktuskezelési technikákat tanultak, fejlődött az egymásra hangolódás, egymásra figyelés képessége.

Felmérés a magyarországi gyakorlatról

2015 nyarán kérdőívet szerkesztettünk a mozgás- és táncterápia magyarországi gyakorlatának felmérése céljából. Ezt összesen húszan töltötték ki, így kutatásunk nem érte el mindazokat a szakembereket, akik Magyarországon ezidőtájt gyerekekkel és serdülőkkel mozgás- és táncterápiás eszközökkel dolgoztak (összességében talán öten fő alatti szakember-létszámmal számolhatunk), és reprezentatívnak sem tekint-

hetjük a mintát, de egyfajta áttekintésre alkalmat nyújtanak a kapott válaszok. Az, hogy milyen fókusszal, milyen keretekkel, milyen célcsoporttal dolgoznak gyerekekkel mozgás- és táncterapeuták hazánkban, nagyban függ a terápiás szemléletüktől, képzettségüktől és személyes beállítódásuktól.

A válaszadók által alkalmazott módszerek (ön)meghatározását tekintve a legjellemzőbb az IKT és a PMT, de van, aki a „pszichoterápiásan orientált mozgásterápia gyermekekkel", a „gyerek mozgás- és játékterápia", a „tánctér gyerektánc", az „érintő", illetve a „személyiségfejlesztés terápiás módszerekkel" elnevezést használja. Ezen módszerek alkalmazói IKT-s és/vagy PMT-s képzettségükre építve, egyéb eszközök és módszerek integrálásával, esetenként nem terápiás célú tevékenységre dolgoztak ki egyedi megközelítésmódot. Megjelenő módszerkombinációk például a PMT–IKT, a pszichodráma–IKT, a DSZIT–PMT–pszichodráma–művészetterápia és az IKT–néptánc, de a DSZIT–IKT ötvözésére is találunk példát. Egyes projektek egy-egy technikára épülnek (pl. a SOTE Gyermekpszichiátria „testtérkép" csoportjai), azonban találunk speciális célcsoportokra fejlesztett mozgás-táncterápiás alkalmazásokat is (pl. „Body Response – testtudat és kifejezés fókuszú nem verbális módszerek ifjúsági munkában", „táncterápia várandós pároknak").

A válaszadók mindegyike beszámol csoportos foglalkozásokról, és többségük páros csoportvezetést említ, de van, aki egyedül vezeti a csoportjait. Körülbelül egyharmaduk egyéni terápiás helyzetben is dolgozik gyerekekkel mozgásos eszköztárral. Elsősorban Budapest és környéke ellátott táncterápiás szakemberekkel, vidéken kevés lehetőség nyílik ilyen szolgáltatás igénybevételére.

Általános gyakorlatnak tűnik a gyerekekkel történő mozgás- és táncterápiás munkában az eszközök, illetve kellékek használata, gyakori, hogy más művészeti modalitást (rajz, dramatikus elemek) is bevonnak a szakemberek.

Mint a fenti példák is mutatják, eléggé világosan különválnak a korosztályok: ovis korcsoportok (esetenként kis-, középső és nagycsoportra differenciálva), kisiskolások, kiskamaszok, illetve serdülők korcsoportja, amely már határos a fiatal felnőtt korosztállyal.

A rendszeres gyerekterápiás csoportfoglalkozások mellett kísérleti, projektjellegű, illetve speciális célcsoportra kidolgozott alkalmazási formák is megjelentek a felmérésre adott válaszokban. Ezek közül az alábbiakban kiemelünk néhányat.

Az intrauterin „életkorú" magzatokkal történő kapcsolatba kerülést segíti meg a várandós pároknak kínált táncterápia. A módszer nagy hangsúlyt helyez az érintésre és a ritmusra.

A SOTE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika pszichiátriai osztályán évek óta a testtérkép technikára alapuló 5 napos intenzív csoportfolyamatokat tartanak serdülő evészavaros lányoknak művészetterápia, verbális terápia és mozgás-táncterápia kombinálásával.

A Heim Pál Gyermekkórház Mentálhigiéniai Központjában valósul meg a „Melléd állok" szülő-gyerek kapcsolatépítő program. A csoportba kifejezetten olyan résztvevőket várnak, akiknél a szülő–gyermek kapcsolatban van elakadás. A folyamaton kb. 10 szülő-gyerek páros vesz részt. A csoportvezetés négy fős teamben működik, a vezetők között klinikai szakpszichológus, családterápiában jártas pszichiáter és pszi-

chodinamikus mozgás- és táncterápiás csoportvezető is van. Minden csoportvezető az egész alkalmon jelen van, de annak más szakaszaiban aktív. Az alkalmak előtt és után közös megbeszélés és elemzés történik, amely hozzájárul a dinamika és az egyes esetek mélyebb megértéséhez, a további irányok körvonalazásához. A foglalkozások úgy épülnek fel, hogy az alkalom első felében a gyermek és egyik szülője közösen vesz részt egy játékos kapcsolatépítő mozgásterápián, amely segíti, hogy a köztük lévő „kapcsolati híd" megerősödjön, kommunikációjuk kölcsönösen értőbbé váljon, és együttműködési készségük javuljon. Ezt követően a team is és a csoport is kettéválik, a szülők szakemberek vezetése mellett külön beszélgetnek, ahol lehetőség nyílik a közös mozgásos élmény tudatosítására, értelmezésére, a szülő és gyermeke közötti kapcsolati dinamika mélyebb megértésére. Ezenkívül nevelési kérdések körüljárására is lehetőség van, ami hozzájárul a szülői kompetencia erősödéséhez. A gyerekek mindeközben komplex művészetterápiás módszerekkel bontogatják és viszik tovább az első szakasz élményeit. Ennek fő motívuma az énerősítő élmények beépítése és az integrálás, emellett erősödnek a kortárs kapcsolatok, és fejlődnek az ezekhez szükséges kompetenciák. A beszélgető kör lehetőséget ad az élmények verbális megosztására és azok tudatosításra is.

8. esetrészlet: A 7 éves Jancsi édesanyja fia magatartási és beilleszkedési problémái miatt kért segítséget. A szülők és a pedagógusok szerint erőszakos, nagyon domináns, folyton magára vonja a figyelmet. Az anamnéziséből kiderül, hogy születése, és az azt követő 6-8 hónap kifejezetten nehéz volt. Az édesanyja zaklatott és nehezen megközelíthető lelkiállapota miatt nem tudott megfelelően ráhangolódni csecsemőjére, nem tudott érzelmi biztonságot nyújtani számára. Az idő múlásával rendeződött az anya mentális állapota, ami a kapcsolatukra is pozitívan hatott, de a későbbiekben is nehezen tudta elfogadni, hogy kisfia másmilyen, mint az idősebb gyermeke. A szülő meglátása szerint kevéssé tudnak szabadon és spontán módon kapcsolódni egymáshoz, többnyire a teljesítmény kerül a középpontba, és kognitív szinten érintkeznek egymással. Jancsi érzelmi közelséget az édesapjával tud átélni. A csoportba kerülésig az anya és fia közötti kapcsolatból hiányzott az a minőség, amely kiegyensúlyozhatta volna az egyébként elég erős hierarchikus viszonyukat: felváltva utasították egymást, mellérendelő viszonyulás ritkán fordult elő.

A „Melléd állok" programban a közös mozgás során Jancsi és édesanyja új helyzetben találták magukat, ahol rácsodálkozhattak egy olyan együttléti formára, amely a közvetlenség és a lelki melegség irányába terelgette kapcsolatukat. Mindketten megtapasztalták, hogy ebben a fajta intimitásban milyen jó együtt lenniük. Az édesanya számára a játékosság tette lehetővé, hogy elengedje az addig berögződött kapcsolódási sémákat. Azáltal, hogy fel tudott szabadulni, és megtanulta elengedni a kontrollt azokban a helyzetekben, amikor arra nincs különösebben szükség, a gyerek is új módon tudta érzékelni és megközelíteni anyukáját. Ez visszahatott az édesanyára, és egy nagyon örömteli, építkező folyamat indult el a kapcsolatukban. (Forrás: Cseri Ágnes és Vetier Anna)

Több válaszadó a pszichoedukációt is zászlajára tűzi, és – az egyesületi képzőhelyektől függetlenül – olyan programok indításáról számol be, amely a gyermekekkel, fiatalokkal dolgozó szakemberek érzékenyítését szolgálja mozgás-táncterápiás élményekre és ismeretekre építve. Ilyen a fentebb már említett „Body Response – testtudat és kifejezés fókuszú nem verbális módszerek ifjúsági munkában", vagy a „Testből szőtt elme" névre keresztelt tanfolyam.

Egyéni táncterápia gyerekekkel

Felmérésünk eredménye azt mutatta, hogy a magyarországi mozgás-táncterapeuták 30-40%-a nemcsak csoportos formában, hanem egyéni terápiás kísérésben is használja a módszert gyermekekkel. Mint arra Campos Jiménez Anna (Campos 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. A mozgásterápiában zajló testi, szenzomotoros történések korai, akár csecsemőkori élmények visszatükröződései lehetnek, amelyek a biztonságot adó térben intenzívebben megjelenhetnek. A nem strukturált helyzetben a mozgásjátékok projekciós felületként funkcionálnak, ugyanúgy, mint a játékterápiában a szimbolikus játék vagy a terapeutával kapcsolatban megélt áttételi-viszontáttételi jelenségek. A terapeuta aktív jelenlétével, „lebegő figyelmével" részesévé válik a gyermek történetének, és a különböző aktivitásokon keresztül hiányzó testi szelfélmények megélésére nyújthat alkalmat a kapcsolatban. Legtöbbször szülőreprezentánsként átszűri magán a gyermek játékában előbukkanó tartalmakat. Idővel – ahogy a terapeuta újra és újra visszatükrözi a gyermek érzéseit, mozdulatait, ritmusát, hangját, érzelmi kifejezését – megindulhat a belső reprezentációk kiépülése, csakúgy, mint a korai anya-gyermek kapcsolatban.

Óvodások, kisiskolások esetében az egyéni mozgásterápia sokszor tornateremben, DSZIT-eszközökkel kombinálva valósul meg (Campos 2002) – olykor elmosódik a határ az egyéni gyermek-táncterápia és a DSZIT között. A gyermek szabadon választja meg az eszközöket, jelen van a nagymozgás és a terapeutával való intenzív áttételi kapcsolódás. Maguk az eszközök egyben szimbólumok is, amelyek hiányzó testi és szelfélmények megélésére adhatnak lehetőséget. Ilyenek a megtartottság élménye, a vesztibuláris ingerlés, a testhatárok megélése a csepphálóban stb. Sok esetben a tárgyak megkönnyítik a gyerek és terapeuta kapcsolódását, egy tárgy, amely összekapcsol: labda, hinta, kötél. Bármilyen tárgy, eszköz hangszernek is jó egyben, amelyen zenélni lehet. Egy táncterapeuta a saját ritmussal, az egymásra hangolódással, kíséréssel mint fókusszal tud továbbindulni a foglalkozáson. A tapasztalat az, hogy az eszközök a terápia elején távolságszabályozásra, egymásra hangolódásra és feszültséglevezetésre, nagymozgásokkal kísért testi élmények átélésére adnak lehetőséget. Később nagyobb teret kaphat a szabadabb mozgás, illetve a mozgáson keresztüli kapcsolódás, érintés, amely megnyitja a szimbolizáció terét a gyermek számára.

Kiemelendő, hogy a táncterapeuta mindig szem előtt tartja a testi kifejezés lehetőségét, a kapcsolódás fizikai, testi szintjét (pl. közös ritmus, mozdulat vagy testi kontaktus által). Megfelelő szintű bizalmi kapcsolat esetén, és ha a gyerek képes elszakad-

ni a konkrét eszközöktől, elindulhatunk afelé, hogy a saját testre terelődjön a fókusz. Felkínálhatjuk a felületekkel való játékot, mint például a földdel, fallal, a terapeuta testével való kapcsolódást, vagy a légzésre irányuló figyelmet, egymás vezetését csukott szemmel, tükrözős játékot, Stop and Go mozgásjátékot[10] stb.

9. esetrészlet: Egy 4 és fél éves kislányt az anyukája hozott hozzám, mivel több zavaró testi tünetet is produkált. Egyrészt az ujjairól letépte a körmeit olyannyira, hogy azok elfertőződtek, gennyes sebekké váltak, illetve napjában két-háromszor bepisilt. Édesanyja az első interjún a következőket fűzte ehhez: „Hogyan lehetne kioltani ezt a gyerekből?" Lányáról többször úgy számolt be, mint egy kis „dögről". A gyerekkel nem tudott igazán meghitt és örömteli pillanatokat átélni. A kislányt úgy tekintette, mint kis felnőttet, aki azért pisil be, hogy őt bosszantsa. A kislány játékából kiderült, hogy többször testileg is fenyítették, bár nem súlyosan. Rajzai és nagymozgásos játéka arról árulkodott, hogy édesanyja nehezen szabályozza indulatait. Ez a kislány egy sajátos technikát fejlesztett ki az óra alkotásra felkínált részében. Szerette lerajzolni, a körvonalak mentén kivágni a formát, majd újra felragasztani. Az egyik alkalommal a megrajzolt alakot kivágta és véletlenül levágta a figura egyik karját. Utána észrevette és korrigálta. Ráragasztotta egy lapra és visszaragasztotta a kezet is. A testen megjelenő kezek többletjelentést hordozhattak számára. Egyrészt az anyai vágyott kéz és ölelés, másrészt a kapott bántalmazások kiindulópontja, saját frusztrált létének megtestesítője. A testkép csonkítása, majd rehabilitációja kifejezte a gyermek ambivalenciáját. A terápia folyamán a kislány felhagyott a köröm-tépkedéssel, de a bepisilés továbbra is fennállt még egy darabig. A ragasztás egy teremtő gesztus, mely saját én-, és kézerejének megélésével is járt. (Forrás: Salz Gabriella)

Idősebb korosztálynál a szimbólumokkal való munka (fa, víz, föld minősége) mozgásban, rajzban, festésben, továbbá a maszkkal való munka, az agyagozás, mind nagyon jó lehetőséget kínálnak a belső tartalmak kifejezésére. Az egész alakos testrajz-, vagy testtérképtechnika kiválóan használható kamaszoknál, testkép- és evészavarban szenvedőknél. Ennél a technikánál egy életnagyságú testképet készítünk, vagyis a kliens lefekszik egy nagyméretű papírra és a segítő körberajzolja teste körvonalát. Ezt követően a mozgásos, imaginációs folyamatok után mindig belerajzolhat a megtapasztalt testi élmények alapján a rajzba. Így tölti meg színekkel, formákkal, érzésekkel, történetekkel a körvonalazott testképét, s formálja ezen keresztül az énképét.

10. esetrészlet: A 6 éves Alexet viselkedészavarral és pszichomotoros koordinációs zavarral diagnosztizálták. Az anya elmondása szerint Alex nehezen kezelhető volt, ugyanakkor szorongó tüneteket mutatott. A játékszobában szinte csak pakolászott, játékba nem lehetett bevonni, csak autókat nézegetett, tologatott, s közben folyamatosan „Ez mi?" kérdéseket tett föl. Nyilvánvaló volt, hogy Alex nem a korának megfelelő érzelmi és mentalizációs szinten van. Állandó figyelmet kért, de kooperáció nem volt hajlandó. Alexnél 6 hónapos korában West-szindrómát diagnosztizáltak.[11] A gyógyszeres kezelés hatására 2 éves korára tünetmentes lett. Onnantól kezdve az anyja nem akart többet a betegségről hallani. Csak két hónappal a terápia megkezdése után tudta az anya elmondani, hogy az ő édesanyja is hasonló betegségben szenvedett, és annyira nem bírt együttélni a váratlan rohamokkal, hogy öngyilkos lett, amikor ő 11 éves volt.

Alexszel a tornaszobában kezdtem el a terápiás munkát, de nagyon nehezen tudott a konkrét eszközöktől elszakadni. Hónapok teltek így el, mire sikerült egy tükrözős játékba bevonni. Pár mozdulat után megjegyezte: „Te vagy az én tükörképem", majd egy igen intenzív és váratlan köhögőrohama állította le a mozgásjátékot. A szerepcserés játékban egyszer ő, egyszer én mutattunk egy mozdulatot, amelyet a másik utánozott. Egymás tükörképeivé váltunk, amiképp Alex az édesanyja számára tükrözte vissza az elvesztett nagymamát. Mivel ez az anyja számára elviselhetetlen érzéseket hozott föl, nem is akart tudomást venni Alex jelzéseiről. Alex „rohamai" több alkalommal csak a terápiás térben jöttek vissza, ahol végül enyhülni kezdtek. Az édesanya bejelentkezett egyéni terápiába. (Forrás: Jarovinszkij Vera)

11. esetrészlet: Lili közel 5 évesen került hozzám a Zuglói Nevelési Tanácsadóban autiszikus tünetekkel és elektív mutizmussal, erős szorongásos tünetekkel (bepisilés, onanizálás). Amikor először találkoztunk, „levegőnek nézett", semmilyen kommunikációs formában nem lehetett megközelíteni. Négykézláb mászott a szobában, és kizárólag szüleihez szólt. A játékterápiás szobában nagyon nehezen tudtam vele kapcsolatba kerülni. Az első három alkalommal nem szólt hozzám, jómagam teljes izoláltságot és dühöt éltem meg. Később sokszor éreztem magam magányosan, amikor „belecsábított" egy-egy játékba, majd hirtelen kilépett belőle és otthagyott.

Viszontáttételi érzéseimet jobban megértem, amikor kikristályosodik anyjával való ambivalens kapcsolata. A családtörténetből kiemelendő, hogy édesanyja Lili számára születésétől kezdve nem volt érzelmileg elérhető. Nagyon erőteljesen kontrollálta a köztük lévő távolságot, együttlétet. Lili 6 hónapos korától fogva 8 órában dolgozott. Az anya pszichoszomatikus megbetegedései nagymértékű elfojtást és hárítást jeleztek. Az apa ugyan szeretettel és odafigyeléssel fordult Lili felé, de alkoholizmusa és depresszió gátolta gyermekéhez fűződő életteli kapcsolódását.

A terápiás órákon való „puszta jelenlétem" és „nem akarásom" végül fontos változásokat indított be. Lili közel két évig tartó terápiájából néhány olyan mozzanatot emelnék ki, amely táncterápiás elemeket hordozott, és egyértelműen nagy változást hozott Lili viselkedésében és érzelemkifejezésében. Első kapcsolatfelvételünk egy játékzongorán keresztül történt, amikor is Lili egy műanyag játék oroszlánnal ütögette le a zongora hangjait. Én a lábammal kezdtem kísérni a ritmust. Ekkor nézett rám először. A szenzoros integrációs eszközökkel felszerelt tornaterem lett a „mi" terepünk, ahol a szabad játék során az alapvető játékterápiás eszközök, mint a rajz, báb, állatfigurák stb. mellett a csepphálő, nagylabdák, építőelemek, gyűrűhinta, mind nagyobb hangsúlyt kaptak a Lilivel való közös együttlétek során. Az első évben látványos vál-

10 Stop and Go mozgásjáték: több konkrét feladatot felölelő gyakorlatcsalád, amelynek lényege, hogy az elindulás és megállás váltakozik.

11 West-szindróma: az epilepsziának egy igen súlyos formája.

tozás nem látszott Lilin. Minimális kontaktusfelvétel jellemezte, inkább saját világában maradt, sutyorogva játszott plüssállatokkal, babákkal. Játékai telitettek voltak autisztikus elemekkel: csöndben tologatta a gördeszkákat körbe-körbe. Azonban mindig úgy éreztem, fontos, hogy ott vagyok, jelen vagyok, hogy valaki más jelenlétében is az lehet, aki. Nem akartam közel férkőzni hozzá, egyszerűen csak megkínáltam játékokkal, tevékenységgel, zenével, mozgással. S vagy becsatlakozott, vagy nem. Sok agresszív mozzanat jellemezte a játékát, amely szimbolikusan és konkrét szinten is megmutatkozott: állatokat „karóra" húzott, szivacstéglákat rúgott szét. Sokszor felém is irányultak indulatai: nekem dobott egy labdát vagy valami eszközt. Lábamra kötött egy kötelet, azzal húzott le egy nagy labdáról. Végül hosszú ideig a velem való szivacskardozás lett a kedvenc játéka. A második év elején egyre többször raktam be zenét, mikor a csepphálóban pihent, ekkor már minimális érintést megengedett, de még sokszor zárkózott be saját világába. A terápia eme fázisában tükrözős táncterápiás mozgásjátékot még nem engedett, ez túl erős kapcsolódást jelentett volna a számára. Leállt egy-két mozdulat után, abbahagyta az utánzást, ő maga nem mert mutatni. Fontosak voltak a köztünk lévő tárgyak (lufik, bábok, nagylabdák), segítséget jelentettek, amelyen keresztül kapcsolódtunk.

Másfél év után rajzolt egy fát, egy odút, benne egy kis baglyot. „Zivatar van, de nem ázik el a bagoly." Úgy tűnik, bizalmat talált az együttléteinkben. Egy fészket, egy kuckót, ahol védett térre talált. Egy alkalommal, amikor nagylabdával játszottunk, Lili ugrált, én elkezdtem a labdán kísérni a ritmusát. Nem állt meg a mozgással, ahogy eddig, hanem még intenzívebben mozgott. Pár pillanatig egymáshoz kapcsolódtunk, megszületett a szinkronicitás: a találkozás, ahol együtt vagyunk a zenében/mozgásban.

Ezután bábok kerültek sorra elő: királylány és királyfi. Bálba mentek. Barokk zenét hallgattunk. Én is kaptam 2 bábot. Elkezdtem táncolni velük, mintha a bálban táncolnának és közben a teremben én is forogtam, kezemen a bábokkal. Lili is beszállt, bátortalanul, de ő is megtáncoltatta a bábjait, miközben ő is tánclépésekkel járt körbe. Néha közelebb vittem a bábokat, és találkoztak. Meghajoltak, egy ritmusra mozdultak. Az óra végén azt mondta: „Jó volt táncolni!" Ezt a táncolást a bábokkal több alkalommal is ismételtük.

A terápia lezárása előtt nem sokkal Lili kérte, hogy bejöhessen az anyukája a terembe. Megmutogatott neki sok fontos eszközt: hogyan rúgja szét a szivacstéglákat a gyűrűhintáról lengve. Először engem kért meg, hogy a szivacskarddal ütögessünk, aztán anyjának is adott egyet, vele jóval bátortalanabb volt, nem ütött rá a botjára. „Anya, rajzolj!" – kérte édesanyját. Piros rózsát rajzolt a mama. Lili odaült mellé, egy piros tulipánt rajzolt a rózsa mellé. Anya és lánya egy képben, közel egymáshoz. Én visszajeleztem ennek a jelentőségét. Az anya már hajtotta össze a papírt, hogy rohanna, mégis tudtam, hogy ez a pillanat nagyon fontos volt Lilinek és az édesanyjának.

Ezután Liliről csupa jót hallottam: kinyílt a terápia második évében, beszélt már mindenkivel, még az utcán is hangosan köszönt a szomszédnak, az óvodai évzárón verset is mondott. Két barátja is lett, és elkezdett táncórákra járni, anyukájával együtt. (Forrás: Jarovinszkij Vera)

A DSZIT és a gyermek-táncterápiák

A mozgás-táncterápiákat szoros rokonság fűzi össze a DSZIT-tel, ami megjelenik a fejlesztéstől a pszichoterápiáig ívelő széles indikációs bázis hasonlóságában, és az alkalmazott eszközök terén is. A hazai gyakorlatban főleg a mostanra országszerte elterjedt „szenzoros", vagy „Ayres"-eszközökkel berendezett terápiás szoba hívogató az egyéni mozgás-táncterápiás foglalkozások számára, de a szakemberek sokat profitálhatnak a DSZIT diagnosztikai rendszerével[12] és a fiziológiai-biológiai alapokra is figyelmet fordító elméleti hátterével[13] való közelebbi megismerkedésből is.

Tortora (Tortora 2006) fentebb bemutatott módszerének kidolgozása során épített Anna Jean Ayres, valamint követői (pl. Gordon Williamson és Marie Anzalone, Georgia DeGangi és Ronald Berk) szenzoros integrációval kapcsolatos munkásságára is. A mozgásos viselkedés kommunikatív és kapcsolati aspektusainak a megragadása során nem lehet figyelmen kívül hagyni a mögöttes fiziológiai faktorokat, amelyek befolyásolhatják a gyermek élményeit, kapcsolódási stílusát és tanulását a fejlődés minden szintjén.

A „Ways of Seeing"-megközelítésben a testérzet (sense of body) fogalma azon alapszik, hogy a gyerekek testi érzetei, reakciói, kifejeződései és élményei az összes érzékszerv (látás, hallás, szaglás, ízlelés, tapintás, vesztibuláris és proprioceptív rendszerek) által fogadott fizikai ingerhalmaz integratív kezelésének eredményeképpen születnek meg. Ezen keresztül történik a szelf legkorábbi megtapasztalása: ezek a testi élmények határozzák meg, és tájékoztatják a gyermeket folyamatosan arról, ki is ő, és hol van.

Ezen elvekre építve Tortora hangsúlyt fektet a következő szintek észlelésének javítására: (1) Hogyan befolyásolja a gyermek egyedi testérzete a tapasztalást? (2) Hogyan tudják ezek a testi érzékelések elsodorni, és elterelni azon képességét/készségét, hogy énje más (érzelmi, társas, intellektuális, kommunikációs) aspektusait teljes mértékben kiaknázza és fejlessze? (3) Hogyan tudja transzformálni és differenciálni létező testérzetét, hogy személyes stílusát komplexebb és jobb alkalmazkodásra képes rendszerré fejlessze? Tulajdonképpen a testtudat kialakulásának és differenciálódásának folyamatát írja le itt Tortora.

A legifjabb célcsoport esetében a terapeuta részéről szükséges a megfelelő hangolódás, kapcsolódás és kapcsolatszabályozás, amely az érintésen, tartáson, mozgatáson, illetve a változatos élményeket nyújtó környezet kialakításán keresztül viszi át az információt, kiegészítve a tekintettel, beszéddel és intonációval. A terapeuta megfigyeli a kisgyerek viselkedését, és megkísérel értelmet találni benne, tekintetbe véve a gyermek veleszületett szenzoros szükségleteinek és egyedi szabályozási stílusának kontextusát. Keresi a viselkedés kommunikatív üzenetét, „mondanivalóját", és az így nyert tudást „visszaforgatja" a kapcsolatba, felhasználja a kapcsolat, a kapcsolatban levés alakítására, szabályozására.

A korábban említett birkózás integrálása a táncterápiába számos „szenzoros integrációs" célt is szolgált (Wengrower 2015). Az ezen a játékon keresztül megtapasztalt

12 Lásd Arató Domonkos, Donauer Nándor és Szvatkó Anna *A diagnosztikus munka szemlélete és egyes elemei a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című írását.

13 Lásd Kökönyei Gyöngyi *A korai szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő biológiai és pszichológiai szabályozás szenzoros integrációs aspektusai* című írását.

erős és mély kontaktus egyidejűleg nyújtott proprioceptív ingert és interszubjektív élményt, amely hozzájárult a testi én és a testhatárok, ezen keresztül pedig a saját fizikai képességek és korlátok érzésének épüléséhez, differenciálódásához. Megélhették a gyerekek az együttlétet és az elkülönülést, az összeolvadást és az autonómiát, egymás kölcsönös elismerését – egy legitim, társadalmilag elfogadott keretrendszerben.

A másik irányból közelítve: a szenzoros integrációs terápiák magyarországi fejlődéséről elmondható, hogy kezdeti megismerői és felhasználói pszichológusok, pszichoterápiás végzettségű szakemberek voltak, akik a módszer továbbgondolása során figyelmet fordítottak az érzékszervi-mozgásos aspektusok pszichoterápiás szemléletű integrációjára, kapcsolati térbe vonására (Szvatkó 2014). A DSZIT ma egy kreatív erőket is megmozgató, dinamikus irányultságú, affektív elemeket integráló mozgásos pszichoterápia és egy szintén kreativitással dolgozó, tágabb horizontú pedagógiai megközelítés.

Konklúzió

A gyermek mozgás- és táncterápia alkalmazása, úgy tűnik, sok szempontból önmagában is hatékony. A személyiség egészét „megmozgató" módszerként állja meg a helyét a gyerekterápiák között. Lehetőséget nyújt a preverbális és implicit élményekkel, alapviszonyulásokkal való kapcsolatba kerülésre, a testi szintű én megerősítésére, integrációjára. A mozgásos megközelítés illeszkedik a gyermeki léthez és önkifejezéshez, amely a maga természetességében is testhez, mozgáshoz, cselekvéshez kötött. A mozgásterápia kiaknázza a mozgás örömét, felszabadító erejét, s épít a közös együttlét varázsára.

Fejezetünkben kitértünk a táncterápia történetére, diagnosztikai eszköztárára, alkalmazhatóságára a gyerekpopuláció különböző célcsoportjaiban. A nemzetközi szakirodalom áttekintése után a Magyarországon dolgozó szakemberek tapasztalatain keresztül mutattuk be, hogyan, miképp van jelen a gyermek-táncterápia a mentálhigiéné és a gyermekpszichoterápia területén, valamint hogyan integrálható, kombinálható a DSZIT-módszerrel egyéni helyzetben és gyerekcsoportok esetében.

Irodalom

Angelus I. (1998): *Táncoskönyv: 41400 szó gyerekekről, felnőttekről, pedagógiáról, kreatív gyerektánc tanításról...* Magánkiadás, Budapest.

Borgos A. (2013): Madzsarné Jászi Alice: A női testkultúra új útjain. Holmi, 653–668.

Braunbarth, I. (2002): *Integrative Bewegungstherapie. IPSIS Institut für psychotherapeutische Information und Beratung.* http://www.ipsis.de/themen/pdf/Thema_Bewegungstherapie1.pdf (Letöltve: 2015. augusztus 21.)

Campos J. A. (2002): *Egyéni mozgásterápia gyermekeknek pszichoterápiás célkitűzéssel.* Serdülő- és gyermek-pszichoterápia, 2/1, 21–26.

Campos J. A. (2007): *Nonverbális jelenségek a gyermekpszichoterápiában.* Serdülő- és gyermek-pszichoterápia, 7/1, 43–50.

Capello, P. P. (2008): *Dance/movement therapy with children throughout the world.* American Journal of Dance Therapy, 30/1, 24–36.

Deszpot G. (2009): *Zenei átváltozás: Kokas Klára komplex művészeti programja, mint pedagógia és terápia.* Parlando, 51/6, 5–11.

Endresz H. (2008): *Ami mozog, az él és fejlődik: Mozgás- és táncterápia kiskamaszokkal.* Serdülő- és gyermek-pszichoterápia, 8/3, 43–67.

Frecska E.; Wiesenmayer É. (2008): *Tánc és transz.* Pszichodráma, 20, 2008. május, tematikus szám a Magyar Mozgás- és Táncterápiás Egyesület 2006-os konferencia-előadásaiból, 28–33.

Gerevich J. (szerk.) (1981): *A kreatív terápiák hazai gyakorlata: A Magyar Pszichiátriai Társaság Szociálpszichiátriai Szekciója és Szenvedélybetegségek Munkacsoportja tudományos üléssorozatainak előadásai alapján 1980–81.* Kézirat, Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság, Budapest.

Grube, T.; Lansch, E. S. (2004): *Rhythm is it!* Dokumentumfilm, BoomtownMedia, Berlin.

Gürtler, W. (1999): *Integrált tánc- és kifejezésterápia.* Pszichoterápia, 8/2, 133–135.

Hevér Zs. (2015): *A szerepjátékok természete a 13–16 évesek kortárstánc óráin.* Szakdolgozat, Budapest Kortárstánc Főiskola, Budapest.

Jarovinszkij V. (2013): *A transzgenerációs traumatizációval való munka és a családfelállítási folyamat felhasználási lehetőségei az integrált kifejezés- és táncterápiában.* Szakdolgozat, ELTE, Budapest.

Jarovinszkij V.; Küsz O. (2008): *Kreatív mozgácsoport serdülőknek.* Előadás, Jubileumi Nevelési Tanácsadói Konferencia.

Johnson, M. (1990): *The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination and reason.* University of Chicago Press, Chicago.

Kokas K. (1992): *A zene felemeli a kezeimet.* Akadémiai, Budapest.

Kornblum, R. (2008): *Dance/movement therapy with children.* In: McCarthy, D. (ed.): *Speaking about the unspeakable: Non-verbal methods and experiences in therapy with children.* Jessica Kingsley, London–Philadelphia, 100–114.

Lakoff, G.; Johnson, M. (1980): *Metaphors we live by.* University of Chicago Press, Chicago.

Lamond, I. (2010): *Evaluating the impact of incorporating dance into the curriculum of children encountering profound and multiple learning difficulties.* Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 5/2, 141–149.

Loman, S.; Sossin, K. M. (2009): *Applying the Kestenberg Movement Profile in dance/movement therapy: An introduction.* In: Chaiklin, Sh. (ed.); Wengrover, H. (ed.): *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance.* Routledge, New York, 237–264.

Merényi, M. (1991): *Mozgásművészet pszichoterápia.* In: Bíró, S. (szerk.); Juhász, S. (összeáll.): *Nonverbális pszichoterápiák.* Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 72–92.

Merényi M. (2004): *Mozgás- és táncterápia.* Pszichoterápia, 13/1, 4–15.

Merényi M. (2010): *Az instrukciók születése a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiában.* Pszichoterápia, 19/2, 84–92.
Merényi M. (2015): *Mozgás- és testélmény alapú pszichoterápiák; más nonverbális módszerek.* In: Szőnyi G. (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve.* 3. átdolgozott, bővített kiadás, Medicina, Budapest, 362–379.
Metzmacher, B. (1996): *Integratív mozgásterápia gyermekekkel.* In: Petzold, H. (ed.); Ramin, G. (ed.): *Gyermek-pszichoterápia.* Osiris, Budapest, 179–201.
Molnár M. (2005): *Pszichoterápia a „Labirintus"-ban (egy gyakorlati szakember gondolatai).* Pszichoterápia, 14/1, 433–440.
Páll O. E.; Kiss T. C. (2011): *Az integrált kifejezés- és táncterápiáról.* Családterápiás Hírmondó, 1–2, 79–89.
Petzold, H. G. et al. (2000/2014): *„Integrative Therapie" als „komplexe Humantherapie", „Integrative Leib- und Bewegungstherapie" in lexikalischen Schlagworten.* http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-sieper-j-et-al-2000-2014-integrative-therapie-als-komplexe-humantherapie.html (Letöltve: 2015. augusztus 21.)
Révay R. (2013): *Mozdulatművészet és terápia: 100 éve jött létre az első mozdulatművészeti iskola hazánkban.* Pszichoterápia, 22/1, 11–18.
Rick, C. (1988): *Mozgáselemzés és testnyelv: A táncterápiáról.* Kézirat, Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichoterápiás Szekció, Budapest.
Sarkadi B. (2015): *A pszichoterápiák alkalmazásának sajátosságai gyermekeknél és serdülőknél.* In: Szőnyi G. (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve,* 3. átdolgozott, bővített kiadás, Medicina, Budapest, 408–429.
Shahar-Levy, Y. (2009): *Emotorics: A psychomotor model for the analysis and interpretation of emotive movement behavior.* In: Chaiklin, Sh. (ed.); Wengrover, H. (ed.): *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance.* Routledge, New York, 265–298.
Székácsné Vida M. (1980): *A művészeti nevelés hatásrendszere.* Akadémiai, Budapest.
Szili K. (2009): *Az érzet sorsa: A modern pszichoanalízis hozzájárulása a pszichodinamikus mozgás- és táncterápia testtudati munkájához.* Doktori disszertáció, PTE BTK, Pszichológiai Doktori Iskola, Elméleti Pszichoanalízis Program, Pécs.
Szvatkó A. (2014): *Előszó a magyar kiadáshoz.* In: Kiesling, U.: Szenzoros integrációs terápia mint dialógus: Megértés, tanulás és fejlesztés a harmonikus fejlődés érdekében. Medicina, Budapest, 7–11.
Tóbiás-Laszlovszky Á. (2014): *„Megmozdul a rendszer": Az IKT, mint formálódó keret és keretformáló módszer egy gyermekotthoni csoport tanulságai nyomán.* Záródolgozat, IKT Egyesület.
Tortora, S. (2006): *The dancing dialogue: Using the communicative power of movement with young children.* Paul H. Brookes, Baltimore.
Wengrower, H. (2015): *Dance movement therapy groups for children with behavioral disorders.* In: Kourkoutas, E. (ed.); Hart, A. (ed.): *Innovative practice and interventions for children and adolescents with psychosocial difficulties and disabilities.* Cambridge Scholar Publications, Newcastle, 390–414.

White, E. Q. (2009): *Laban's movement theories: A dance/movement therapist's perspective.* In: Chaiklin, Sh. (ed.); Wengrover, H. (ed.): *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance.* Routledge, New York, 217–236.
Winnicott, D. W. (1999): *Játszás és valóság.* Animula, Budapest.
Ylönen, M. E.; Cantell, M. H. (2009): *Kinaesthetic narratives: Interpretations for children's dance movement therapy process.* Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 4/3, 215–230.

Hiperaktív gyermekek pszichomotoros terápiája – Ernst J. Kiphard és Jürgen Schindler gondolatai

Varga Izabella

Ernst J. Kiphard (Kiphard 1993) a hiperaktív gyermekek mozgásának kényszeres jellegét emeli ki. Ezek a gyermekek, bármennyire is szeretnék, mégsem tudják céltalan mozgásaikat irányítani, vagy akár csak rövid időre is megszakítani. Mintha nem önszántukból cselekednének, hanem valami idegen hatalom űzné, kényszerítené őket. Hiába minden igyekezetük, képtelenek arra, hogy vad mozgáskésztetésüket megzabolázzák. „Egyszerűen nem tudom kikapcsolni a motoromat" – fogalmazta meg egyikük. Reflexszerűen, impulzívan reagálnak minden új vizuális ingerre.

Igyekezetük, hogy megfeleljenek az elvárásoknak, újból és újból kudarcba fullad, és ez bűntudatot és kisebbrendűségi érzéseket okoz. Ez az egyre erősödő szenvedés – különösen a túlérzékeny gyerekeknél – gyakran a másodlagos neurotikus folyamatok kezdetét jelenti. Csak kevesük képes arra, hogy fékezhetetlen mozgáskésztetéséből erényt kovácsolva a közösség izgő-mozgó bohócává váljon. Ha a nevetőket maguk mellett tudhatják, ez legalább egy kicsit erősíti sebzett önértékelésüket. Legtöbbjükből azonban sajnos csupán idegesítő rendbontó lesz.

A hiperaktív gyermekek „mozgásháztartása" gazdaságtalan, nagyon is energiaigényes, gyakran már rövid ideig tartó mozgás után izzadságban úsznak. Minden mértéktelenül, rosszul tervezve, túl gyorsan, túl hangosan zajlik. Így nem tudják megadni maguknak a tájékozódáshoz és a cselekvés megtervezéséhez szükséges időt. Hiányoznak az olyannyira fontos szünetek a gondolkodás és a cselekvés között.

Fennáll a veszélye annak, hogy ezeknek a gyermekeknek a mozgása mindig ugyanúgy lefutó mozgássablonokban, ún. primitív-archaikus mozgásmintákban reked meg, és így fontos motoros tanulási folyamatoktól fosztódnak meg. A hiperaktív gyermekek kortársaikhoz képest sokkal szegényesebb mozgásos tapasztalatokkal rendelkeznek a térről. Ez vonatkozik a nagy terekre is, de különösképpen igaz a kisebb terekre.

Kiphard szerint az egészséges gyermekek durván két jól elkülönülő típusra oszthatók asszerint, hogy miként reagálnak olyan helyzetekben, ahol mozogni kell. Az egyik típus viselkedésére a várakozás, az óvatosság jellemző, tehát inkább receptívek, mint aktívak. A másik típushoz tartozó gyermekek ezzel szemben elevenek, örümüket lelik a mozgásban, célratörőek, ügyesek és kitartóak. Mindezek hiányoznak a szélsőségesen hiperaktív gyermekeknél. Arra sem képesek, hogy örömtelien elidőzzenek egy dolognál, de arra sem, hogy célratörően és ügyesen kitartsanak valami mellett. Örökké váltakozó mozgásos vállalkozásaikkal inkább a megkínzottság és a kényszeresség benyomását keltik. Nem örömtellen és magabiztosan követik késztetéseiket, ahogyan ezt az egészséges, erősen aktív gyermekek teszik.

Kiphard szerint a gyermeki fejlődésében vannak természetes motoros krízisek, és ezeket a krízisidőszakokat türelmetlen, nyugtalan mozgásosság jellemzi. Mindez annál erőteljesebben jelentkezik, minél több mozgáskorlátozásnak van kitéve az illető gyermek. Éppen az iskolakezdéskor jelent sok gyermek számára túlzott követelményt az a természetellenes kényszer, hogy hosszabb ideig csendben üljön.

Kiphard számos megfigyeléssel támasztja alá a hiperaktivitás „alulaktiváltsági" hipotézisét. Leírja a gyermekek vonzódását a szembeszökő vizuális ingerek iránt, és azt, hogy mennyire kívánják az ún. primitív motoros tevékenységet, így a himbálózást, a hintázást, a csúszdát, a körhintát és a különböző testtengelyek körüli forgásokat. Más szerzőkhöz (Remschmidt, Schmidt 1986) hasonlóan a hiperaktivitásban ő is a gyermek kétségbeesett kísérletét látja, hogy biztosítsa agya számára az életfontosságú aktivációs szintet. Anna Jean Ayres tapasztalataival egybecsengően a pszichomotoros foglalkozások első szakaszában azt tartja mindenekelőtt fontosnak, hogy a gyermekek számára biztosítsuk a vesztibuláris és a taktilis ingereket.

Vallja, hogy a hiperaktív gyermekek ingeréhes magatartásukkal maguk mutatják meg fiziológiai és pszichológiai szükségleteiket. Az említett vesztibuláris és vizuális ingeréhség mellett hiperaktív gyermekeknél alig kielégíthető éhség áll fenn az élmények iránt. A szuperingerek, különösen az olyan helyzetek, amelyekben cselekvően kell beavatkozni, vitális szükségletet jelentenek számukra. Itt a élménypedagógia segíthet a csúcsélmények és a „kalandok" biztosításával, véleménye szerint azonban ehhez előbb meg lell teremteni az alapokat.

Szemléletében a mozgáspedagógia nem mindenható csodaszer, csupán az egyik eszköz a gyermekek kezelésében. Azonban alapvető jelentősége, gyermekre szabott volta miatt első helyre rangsorolja az orvosi-pszichológiai kezelési módok között. Más szerzőkhöz, így Peter Altherrhez (Altherr 1997) csatlakozva a stimulánsok lépten-nyomon való alkalmazását ő is orvosi műhibának tartja.

Úgy véli, hogy amennyiben gyógyulásnak csak azt tekintjük, ha a gyermekek tartósan megszabadulnak a hiperaktivitástól, ezt csupán mozgáspedagógiával nem lehet elérni. Azonban számottevő javulás érhető el, és ez órási könnyítést jelent az illető gyermekek számára. Éppen az erős szubkortikális ingereknek való teljes kiszolgáltatottság miatti tehetetlenség érzése az, ami idővel jelentősen javul. Személyiségük kibontakozásának új távlatai nyílnak meg számukra azáltal, hogy már nem éreznek örökös bűntudatot, amiért mozgáskésztetéseiket sokszor nem tudják ellenőrizni, és megnyilvánulásaik túl lármásak.

Hiperaktív gyermekekkel foglalkozva mindig azt a régi gyógypedagógiai alapelvet tartja szem előtt, hogy a fejlesztéshez a gyermekek hibás magatartása nyújtja a kiindulást, az alapot, ez adja a legfőbb támpontokat. Mint minden hibás magatartás, így a hiperaktív gyermekek fékezhetetlen mozgásviharai is eredetileg értelmes kompenzációs mechanizmusokban gyökereznek.

Kiphard szerint a hiperaktív gyermekek programjait gondosan kell tervezni. Mindig az illető gyermeknél fennálló zavarok jellegéhez és erősségéhez kell igazodni. Ebből adódik, hogy nem létezhet valamilyen egyedül üdvözítő, minden gyermeknél alkalmazható program. Bármilyen módszert is alkalmazzunk, az a pedagógiai-terápiás szakgárdától nagyfokú beleérzőképességet, fantáziát, kreativitást és rugalmasságot

igényel. A pszichomotoros módszerek természetes tulajdonsága, hogy az előbbi koncepciókat újból és újból megváltoztatjuk és adaptáljuk.

Ezen túlmenően azonban véleménye szerint létezik néhány olyan módszertani elv, amelyet a hiperaktív gyermekekkel folytatott pszichomotoros munka során feltétlenül figyelembe kell venni. Mindenképpen el kell kerülni az ingerszegény helyzeteket, így például az olyan várakozási időket, amelyekben nem történik semmi. Kerülendők továbbá a korlátozó és szigorú rendelkezéseket tartalmazó helyzetek. A rend elveit hiperaktív gyermekekre nem lehet kívülről rátukmálni – vallja. A rend igényéhez, a rendre való képességre belülről kell felnőniük, ehhez pedig időre van szükség.

Egyszerre ne nyújtsunk a gyermekeknek túl sok ingert, például ne adjunk nekik túl sokféle eszközt. A cselekvés maximális szabadsága és nyíltsága mellett sem boldogulunk akkor, ha nem strukturáljuk bizonyos mértékig a mozgásos helyzeteket. Ez vonatkozik az anyagok és eszközök kiválasztására, továbbá arra, hogy a térben világos tájékozódási pontokat kell nyújtanunk a gyermekek számára.

A következőkben bemutatom a Kiphard által egy évre tervezett programot, amelynek célja a hiperaktív tünetek enyhítése. A program hat egymásra épülő és egymásba fonódó szakaszból áll. Hangsúlyozza, hogy az egyes terápiás szakaszok időtartamát nem lehet előre meghatározni, ez mindig a gyermekek mindenkori szükségleteitől függ. Inkább adjuk meg számukra a kiélés, lereagálás lehetőségét, egészen a teljes telítődésig, semmint hogy belső szükségleteiket figyelmen kívül hagyva erőltessük a fejlődést. Ez különösképpen érvényes az első szakaszra, amelyben a primitív-motoros aktivitás dominál.

1. SZAKASZ: VESZTIBULÁRIS-MOTOROS AKTIVITÁSOK (A MEGENGEDÉS, AZ ADÁS IDŐSZAKASZA)

Először azokból a *legegyszerűbb motoros funkciókból* nyújtunk szabad kínálatot, amelyek a hiperaktív gyermeknél oly gyakran alulaktivált vesztibuláris rendszert ingerlik. Ayres „szenzoros integrációnak" nevezi ezeket a történéseket, amelyek során a központi idegrendszerben a szenzomotoros organizáció felépítése, újjáépítése megy végbe (Ayres 1979; Ayres 1984).

A felajánlott lehetőségek, a forgással és repüléssel kapcsolatos élmények elébe mennek a gyermekek vesztibuláris ingeréhségének. Ha abból indulunk ki, hogy a hiperaktív gyermekek központi idegrendszere, különösképpen pedig a vesztibuláris rendszerük alulműködik, úgy a vesztibuláris ingerlések egy fokozatosan érvényesülő aktivitásemelkedést eredményeznek. A gyógyszeres stimulációhoz hasonlóan a hiperaktivitás csökkenését, és az éberség, valamint a figyelem fokozódását eredményezik.

Mindezen tevékenységek során az agyba a hiperaktív gyermek számára életfontosságú proprioceptív információk jutnak el folyamatosan. Ez főleg a testnek és a fejnek a föld erőterében történő gyors térbeli változásainál van így. Ehhez különböző hintázó, lengő, pörgő felfüggesztett eszközök, továbbá gördeszkák, földön pörgő, billegő és rugódzó eszközök (mint a billenő deszkák, a trambulin) szükségesek.

A gyermekek választhatnak a függőleges vagy a vízszintes egyenes vonalú mozgás között. Függőleges föl-le mozgásra nyújt lehetőséget minden rugózó eszköz a kengurulabdától a trambulinig, a felfüggesztett expander és a libikókák. A puha matracra vagy vízbe ugrás és a különböző lejtőkön való lecsúszás szintén a majdnem függőleges egyenes irányú mozgáshoz tartoznak. Amikor a gyermekek gyorsan mennek gördeszkákon és más eszközökön, úgy tűnik, hogy épp a sebesség és a megállás gyakori váltakozása hat ingerlően a vesztibuláris rendszerre. A gyermekek játszhatnak egyedül, párosan vagy csoportban, például úgy, hogy felfordított ládákat tesznek a gördeszkákra, és így „csónakáznak".

A hintázás, különösen a hiperaktív gyermekeknél, a vesztibuláris ingeréhség teljes telítődéséig adandó „gyógyszer". Eszközként szolgálhatnak például felfüggesztett autógumik, szőnyegek. A körpályán való mozgás a centrifugális erő hatása miatt különösen lenyűgözően hat a gyermekekre.

A tarka palettát a testtengely körüli mozgások teszik teljesebbé. A gyermekek a leggyakrabban a függőleges testtengely körül mozognak, például amikor táncolnak. Szívesen gurulnak le fekve egy lejtőről. Eközben az egészséges gyermekek vesztibuláris rendszere gyakran olyan erős izgalmi állapotba kerül, hogy leérve alig tudnak a lábukra állni. A függőleges testtengely körüli forgásra további lehetőség, hogy a gyűrűbe kapaszkodva pörgetik magukat ki-be.

A oldaltesttengely körüli mozgások közé tartozik a cigánykerék, a szaltó vagy a forgás egy vízszintes boton. Mellig érő vízben is jól lehet csinálni. Kisebb gyermekek szülei számos fogást ismernek, amellyel az oldal testtengely körül forgatják a gyermekeket. A terápia során ezeket csak ebben gyakorlott, szakavatott személyek végezzék!

A vízszintes testhelyzetben való pörgésre kiválóan alkalmas a gördeszka vagy egy irodai forgószék.

Fontos, hogy amennyire csak lehetséges, a gyermekek maguk válasszák meg az illető aktivitásformát. A gyermekeknél ne jelentkezzen eközben rossz érzés, szorongás. Figyeljük folyamatosan arckifejezésüket és vegetatív reakcióikat, így az elsápadást, a hirtelen megizzadást, a hányingert. Rosszullét, szorongás jelei esetén azonnal állítsuk le az aktivitást. Általában azonban sokáig tart, amíg a hiperaktív gyermekeknél a szédülés jelei jelentkeznek. Ez a vesztibuláris rendszer aktiválódásának első jele.

Ennek az első szakasznak óriási a jelentősége az egész mozgáspedagógiai fejlesztő programban. Pszichológiai jelentősége nagyrészt abban rejlik, hogy a gyermeket megszabadítja, tehermentesíti a szokásos viselkedésnormáktól és fegyelmező követelményektől. Ahelyett, hogy a gyermekek a felnőttek nyugalomigényéhez alkalmazkodnának, ami aligha fog nekik sikerülni, a tér és a cselekvési lehetőségek szabadságát élhetik meg. Mozgáskésztetésük miatt nem kell többé bűntudatot érezniük. Ez erősíti önbecsülésüket, a közösség értékes tagjainak élhetik meg magukat.

Marianne Frostig és Phyllis Maslow (Frostig, Maslow 1978) beszámolnak egy hiperaktív gyermekről, aki túlzott motoros késztetését állandó firkálással próbálta kanalizálni. Ahelyett, hogy a tanár tiltotta volna ezt a fegyelmezetlen és céltalan aktivitást, adott neki egy nagy rajzfüzetet. A firkálás így polgárjogot nyert, nem okozott a gyermeknek többé rossz lelkiismeretet.

A választásnak ez a szabadsága a vesztibuláris-motoros aktivitások terén a funkció kielégítésén túlmenően idővel azt eredményezi, hogy a gyermek önállóan tervezett mozgásokat tud kivitelezni, amelyek kielégítik a kíváncsiságát és a fejlődés iránti vágyát.

2. SZAKASZ: A MOZGÁS FÉKEZÉSÉNEK ÉS IRÁNYÍTÁSÁNAK FEJLESZTÉSE

Ez a szakasz az első szakasz történéseire épül, arra, hogy ekkorra már bizonyos mértékig telítődött a primitív mozgásminták és a „megragadó aktivitások" iránti igény. A cél az, hogy nagyon változatos, játékos formában *belső fékező és irányító erőket építsünk ki*, olyanokat, amelyeket a gyermekek örömtelinek és önmegerősítőnek élnek meg. Az eddig fékezetlen és minden szűrést nélkülöző mozgásosságnak ezt a fokozatos kanalizálását és strukturálását semmiképpen sem szabad túl korán és túl erőteljesen alkalmazni, az alkalmazás pedagógiai érzékenységet igényel. A belső tartást és a külső utasítások követésének képességét csak lassan, lépésről-lépésre lehet fejleszteni.

Jól bevált játék, hogy a gyerekek az óra vége felé zenére vad lovakként száguldoznak, majd mikor a zene hirtelen abbamarad, lassan az „istállóba" mennek, ahol „abrakot" kapnak. A gyermekek így futásukat önkéntesen szabályozzák. Sokféle játékban nyújthatunk a gyerekeknek ilyen fékezési lehetőséget. Fontos, hogy a gyerekek játékszabályként fogadják el az önálló megállást. Akár versenyautót játszanak, amely egy jelre behúzza a (belső) féket, hogy így minél rövidebb „fékutat" érjenek el, akár vadlovakon száguldó indiánok, akik a szakadék előtt megállítják lovaikat – a hiperaktív gyermekek boldogan élik meg azt, hogy most végre ők azok, „akik a gyeplőt a kezükben tartják".

Tisztában kell lennünk vele, hogy csupán az, ha a gyermekek kitombolják magukat, nem csökkenti a hiperaktivitást. Egy olyan óra után, amely pusztán csak tombolásból állt, nem érjük el a kívánt ellazulást, legfeljebb a teljes kimerülést. Ezért a fékezési gyakorlatok, amennyiben nem túl korán kezdjük őket, és a gyermekek nem túlzott követelményként, hanem sikerélményként élik meg őket, ehhez a szakaszhoz feltétlenül a kezdetektől hozzátartoznak. Ezeket követik és egészítik ki az irányítási feladatok. Annak a képességnek a fokozatos elsajátításáról van itt szó, hogy a saját testüket szemük segítségével irányítani tudják a térben, anélkül, hogy nekiütköznének a körülöttük levő embereknek, tárgyaknak. A csoport kezdetben ne legyen túl nagy, és csak néhány akadály legyen, hiszen a legnagyobb akadályt a kiszámíthatatlan irányba mozgó gyerekek jelentik.

Számos olyan játékos tevékenység és sporttevékenység létezik, amelyben gyakorolhatjuk a mozgás irányának szabályozását, mint az önuralom felé vezető első lépést. A gyerekek különböző úthálózatokat építhetnek maguknak kanyarokkal és kereszteződésekkel, amelyeken előbb járva, aztán futva, majd gördeszkán mehetnek végig. A botok közötti szlalomfutás is jó feladat erre.

3. SZAKASZ: A KONCENTRÁCIÓ JAVÍTÁSA CSUKOTT SZEMMEL

A hiperaktív gyermekek rabjai a vizuális ingereknek, teljesen kiszolgáltatottak az esetleges ingerek tömkelegének. Így, miután a primitív mozgásosság iránti igényük telítődött, és motoros aktivitásuk bizonyos mértékű strukturálása már megtörtént, szükség van arra, hogy ezeket a gyerekeket rávegyük, hogy egy időre önként csukják be a szemüket. Csodálatos, hogy a hiperaktív gyermekek viselkedése milyen pozitívan változik meg, amikor rövid időre kikapcsolódnak a vizuális ingerek. Csak most tapasztalják meg azt, hogy más érzékleteket is használhatnak információforrásul. Általában megdöbbentően hamar képesek lesznek arra, hogy a tapintás és a hallás segítségével boldoguljanak a különböző mozgásos helyzetekben. Minél egyszerűbben strukturált kezdetben a környezet, annál hamarabb ki fog alakulni a gyermekeknél, hogy hosszabb időre figyelni tudjanak.

Először a *tapintás* vegye át a tájékozódás vezetését. A gyerekek olyan akadályokat, amelyeket először pontosan megnéztek, csak a kezükkel keressenek meg és azonosítsanak. Később ezeket a tapintási feladatokat kiterjeszthetjük közvetlenül előtte vizuálisan nem észlelt tárgyakra is, majd személyekre és azok testhelyzetére is. A közvetlen közelben történő tájékozódás gyakorlása mellett szükség van arra is, hogy megéljék a távolságot, pédául úgy, hogy távolabbi célokig másznak el vagy mennek el csukott szemmel.

Míg kezdetben a gyermekek egyszerűbb érzékelési feladatokat oldanak meg, később a bonyolultabb *taktilis* és az *akusztikus* érzékelési információk állnak a középpontban. A gyermekeknek bizonyos hangjeleket, hangokat és zörejeket kell felismerniük. Bízzuk rájuk azt, hogy milyen módon kapcsolják ki a látással történő tájékozódást. Ők döntsék el, hogy önként csukják be és tartják úgy, vagy bekötik-e a szemüket. A kényszer bármiféle formája kerülendő! Újból és újból találkozni fogunk olyan gyermekekkel, akiknél a szemmel történő ellenőrzés kikapcsolása kezdetben erős szorongásos reakciókat vált ki, kiszolgáltatottakká válnak, teljesen elveszítve a tájékozódás képességét. Segítséget jelent nekik, ha kezdetben csalhatnak egy kicsit. Természetesen minden önkéntes szembecsukást dicsérettel erősítünk meg, míg végül a gyermekek teljes becsvágyukkal törekszenek arra, hogy minél tovább tartsák csukva a szemüket.

A hiperaktív gyermekek viselkedéskontrollját pozitívan befolyásolja, ha hosszabb időn keresztül játékos formában jutnak hozzá effajta tapasztalatokhoz. Érezhetően nyugodtabbakká és figyelmesebbekké válnak. Foglalkozásaink során újból és újból bebizonyosodott, milyen jótékony hatású, ha a gyermekek mozgásban gazdag és dinamikus helyzetek után rövid időre (csukott szemmel) nyugodtan hanyatt fekszenek. Ezeket a rövid pihenési szakaszokat jól ki lehet használni az akusztikus figyelem fokozására, például egy izgalmas történetet mesélünk el folytatásokban.

4. SZAKASZ: A VIZUÁLIS FIGYELEM FEJLESZTÉSE

Csak miután már a gyermekek nyugodtabbá váltak, és érzékelhetően hosszabbá vált az az idő, amíg akusztikus ingerekre oda tudnak figyelni – amihez sokszor hónapok kellenek –, akkor van értelme annak, hogy pregnáns ingerekkel, a gyermekek belső

motivációjára építve kezdjük el fejleszteni a vizuális figyelmet. Sok olyan izgalmas feladat létezik, amelyben minden gyermek ég a vágytól, hogy valamit elsőként azonosítson vagy különítsen el más ingertől. Fontos, hogy ezek a vizuális koncentrációs feladatok kezdetben nyugalomban történjenek, mert a mozgás a célzott vizuális észlelést hiperaktív gyermekeknél igen megnehezíti, sőt, esetenként lehetetlenné teszi.

Izgalmas feladat például, hogy csak néhány pillanatig látott tárgyakat egy takaró alá rejtünk. A gyermekek vizuális figyelmében meglepő javulás mutatkozik, ha ezeket nem szóban nevezik meg, hanem „rajzos nyelven" a táblára rajzolják fel őket. Javítják a vizuális figyelmet a pantomimjátékok is, amikor mozdulatokkal mutatják meg, hogy például nagy vagy kis labdát kérnek-e, hogy a labdát gurítsák, feldobják vagy mondjuk, a célba dobják a többiek. Lehet játszani személyekkel is, például, hogy miközben rövid időre becsukták a szemüket, hogyan változtatta meg a modell a testtartását.

Miután a gyermekek nyugalomban már megbirkóznak a különböző vizuális koncentrációs feladatokkal, ugyanezeket mozgás közben is játszhatjuk. Így például míg kezdetben a gyermekek ültek vagy álltak a tárgyakat rejtő kendő körül, később körbejárhatják, -ugrálhatják vagy -futhatják az információforrást. Jó játék például, ha valaki a kör közepén van, és a többiek körbe sétálva utánozzák a testhelyzeteit.

5. SZAKASZ: AZ IMPULZIVITÁS LEGYŐZÉSE

Donald Meichenbaum (Meichenbaum 1979) fegyelmezetlen gyermekek viselkedéskontrolljának javítására egy kognitív viselkedésterápiás programot dolgozott ki. A gyermekek önmaguknak adnak utasításokat, fogalmaznak meg cselekvési terveket, amelyeket kezdetben hangosan mondanak, majd „belső beszéddel" memorizálnak. Ha a gyermeknek sikerül spontán impulzusait későbbre halasztania, mindig megdicséri magát: „Ezt jól csináltam". Tapasztalata szerint ez a viselkedésterápiás megerősítés egyre jobb impulzuskontrollt eredményez, amelynek során a kezdeti hangos beszéd önmagával lassacskán az önirányítás belső monológjává válik.

Ehhez hasonlóan Frostig (Frostig 1992) az érzékelt inger és a motoros reakció közé egy rövid gondolkodási szünetet iktatott be, Virginia Douglas (Douglas 1972) formuláját alkalmazva: „Állj meg! Nézzél! Fülelj! Gondolkozzál!"

Játékos eszközökkel próbálták elérni azt, hogy ez a formula valóban gyökeret eresszen a hiperaktív gyermekek emlékezetében. A gyermekek transzparensekre rajzokat készítettek az utasításokról, például az „Állj meg!"-et egy felemelt kézzel ábrázolták.

A cselekvések kezdeti hangos verbalizálása jó eszköz ahhoz, hogy a gyermekek saját cselekvési stratégiáikat strukturálják és tudatosítsák. Például azt játsszuk, hogy egy labdát vagy lufit a kéz használata nélkül kell kihozni a szekrényből. A gyermekek ötleteiket és terveiket megsúgják a felnőttnek. Amikor ez még nem sikerül, fordítva is lehet játszani. A gyermekek előbb próbálják motorosan megoldani a feladatokat, és csak ezután fogalmazzák meg szóban, hogy mit is tettek.

Kiphard azt ajánlja, hogy a gyermekek hosszabb időn keresztül mondják hangosan vagy suttogják el cselekvésterveiket, mielőtt arra biztatnánk őket, hogy „önmagukkal beszélve" gondolkodjanak.

6. SZAKASZ: SPORTOS TEVÉKENYSÉG AZ ÖNFEGYELEM SZOLGÁLATÁBAN

Miután már építhetünk arra, hogy a gyermekek különböző motoros feladatok megoldásakor megfelelő impulzuskontrollal és a cselekvés megtervezésének képességével rendelkeznek, ajánlhatunk az erre kedvet érző gyermekek számára különböző sportos és művészi tevékenységeket. Például a nagy trambulin különösen alkalmas arra, hogy hiperaktív gyermekek parttalan mozgásosságukat a tér adta lehetőségekhez szabják.

A vízbeugrás is komoly testi fegyelmet igényel. A víz általában jótékonyan hat a hiperaktív gyermekek túláradó temperamentumára.

Hasonló fegyelmező hatása van a gyógypedagógiai lovaglásnak és a műlovaglásnak is. Itt a ló partner, amelyhez a gyermeknek igazodnia kell mozgásával. Már az egyszerű lovaglás is aktív figyelmet igényel, amely idővel jó szokássá válhat. Ahhoz, hogy a lovat valóban irányítani tudjuk, először önmagunk felett kell úrrá lennünk, önmagunkat kell tudnunk irányítani.

Kiphard szerint semmi más tevékenység sem kíván meg olyan mértékű alkalmazkodóképességet és aktív figyelmet, mint a talajon történő páros vagy csoportos akrobatika.

Ajánlja még a görkorcsolyát, a korcsolyát, a BMX-et és hasonlókat, továbbá a breaktáncot.

Bár ezektől még nagy lépés a jóga, viselkedészavarokat mutató gyermekek pszichomotoros kezelésében ezt is hatékony eszköznek tartja.

Tapasztalata szerint a gyermekek az ilyen jellegű aktivitásformák elsajátításával érdekesebbé válnak a közösség számára, javul a státuszuk. Véleménye szerint a mozgásban elért sikerek időnként csodákat eredményeznek.

Jürgen Schindler (Schindler 1993) a hiperaktív gyermekek kezelésénél alapvető fontosságúnak tartja, hogy cirkuláris multikauzális modellekben gondolkozzunk, ne pedig olyan lineáris monokauzális modellben, mint az ok–tünet–kezelés–hatás. Hiperaktív gyermekek esetében is axiómának tekinti, hogy az ember cselekedeteit csak teljes életvalóságának és élettörténetének hátterén érthetjük meg. A feltűnő viselkedést olyan „vészjelnek" gondolja, amelyre a gyermeknek szüksége van ahhoz, hogy megtartsa intrapszichés egyensúlyát. Ez a vészjel utal arra, hogy milyen félreértések vannak a gyermek életében.

Véleménye szerint azonban ez a holisztikus szemlélet nem teszi könnyebbé egy hiperaktív gyermekekkel a konkrét munkát. A környezeti tényezők és a gyermek személyiségének állandó bonyolult kölcsönhatásai miatt nehéz átlátni a helyzet egészét. A dialógusnak ez a nem lineáris módja folyamatokat és összefüggéseket próbál megérteni, és nem keres bűnösöket. Véleménye szerint hatékonyan egy olyan interdiszciplináris team tud segíteni, amelyben a mozgás szakemberei, orvosok és pszichológusok dolgoznak együtt.

Szemléletének sarkköve a gyermekek egyéniségének tiszteletben tartása. „... nem létezik olyan, hogy hiperaktív, illetve hiperkinetikus gyermek. Csak Mark van, Hans-Peter, Mihály és Krisztina, akik sok más jellemzőjük mellett hiperaktív vonásokkal is rendelkeznek" (Schindler 1993, 85.).

Ahhoz az elgondoláshoz csatlakozik, amely szerint számos betegség esetén a tünetekben az illető kor visszásságai köszönnek vissza. „A gyermekek azt mutatják meg, hogy mi magunk milyenek vagyunk, csak sokkal erőteljesebb formában... Párhuzamok mutatkoznak a hiperaktív viselkedés és korunk szelleme között. Hol találjuk meg a nyugalom, a védettség, az elmélkedés helyeit, helyeket, amelyek a találkozásokat, kapcsolatokat szolgálják, amelyek állandóságot, folyamatosságot és biztonságot nyújtanak? Már csak a rejtekhelyeken?" (Schindler 1993, 86.).

A hiperaktív gyermekek mozgászavarának hátterében a környezettel történő kommunikáció zavarát látja. A hiperaktív gyerek azért nyüzsög állandóan, hogy odafigyeljenek rá. A környezet nem érti ezt a kommunikációt. „A dialógus zavart, és ez zavart okoz a gyermekek mozgásában. Mindez hamar terebélyesedhet ördögi körré" (Schindler 1993, 87.). A gyermekek egyre inkább a középpontban akarnak lenni, egyre kevésbé figyelnek másokra, egyre idegesítőbbek. A környezet reakciója megdöbbentően hasonlít a gyermekekére. Kezdetben még megpróbálnak türelmesnek lenni, de végül legtöbbször mégis valamilyen kirekesztés történik.

Hol van a gyerekekben a motor, amelyet nem lehet kikapcsolni? – teszi fel a kérdést.

> „A pszichomotoros foglalkozások során újra meg lehet élni ezt a dialógust: szabad hangosnak lenni, rohanni és vadulni anélkül, hogy ezért minduntalan azonnali büntetés és regulázás járna. Megtapasztalható, hogy szabad másnak lenni, hogy a másság ellenére is el vagyok fogadva. Megtapasztalható, hogy többé nem kell feltűnő viselkedéssel küzdeni az odafigyelésért, mert az odafigyelést ajándékba kapjuk, amelyet a másikkal az aktív interakció, hosszantartó pillantásai tanúsítanak. A pszichomotoros foglalkozások így nem azzal kezdődnek, hogy a motor kikapcsolóját keressük, hanem azzal, hogy a hiperaktív gyermek számára megfelelő mozgásos környezetet keresünk. Mert Bertold Brecht szavaival élve a hatalomról: »A rohanó áradatot erőszakosnak nevezik, de a folyómedret, amely beszorítja azt, senki sem nevezi erőszakosnak.« Az olyan hiperaktív gyermekeknél, akiknél nincsenek organikus agyi eltérések, úgy gondolom, hogy nem a járatban lévő motor a hibás, hanem a környezet, amely beszűkíti őket, az út, amely a járatban lévő motort nem megfelelően fékezi. Ezért pszichomotoros óráim számára azt a következtetést vonom le, hogy először is kínáljuk fel a gyermekek számára a pályákat a száguldozáshoz!" (Schindler 1993, 87.)

Schindler jelszava: „Teljes gázzal az ellazulásba!"

A saját test érzékelésének képességét a tudatos ellazulás előfeltételének tekinti, és fejlesztéséhez a következő játékokat ajánlja:

- *Robotos játék.* A felnőtt és a gyerek megegyeznek egy bizonyos testrészben (pl. jobb térd), amely a robot kikapcsolója. A gyerek szögletesen és mereven robotként mozog. A többi gyerek utána megy, és megérinti. Amikor az egyik gyerek megérinti az illető testrészt, a robot teljesen ernyedt lesz, a fej és a karok még inognak egy kicsit.

- *Szendvics játék.* A gyerekek egy része egy puha matracon fekszik, egy másik matracca! betakarjuk őket. Más gyerekek óvatosan végigmennek, végigmásznak rajtuk, és leeszik a szendvicsről a finomságokat, a hagymát, uborkát.
- *„Én vagyok az időjárás" játék.* Egy történetet mesélünk el az időjárásról (napsütés, tornyosuló felhők, esőcseppek, vihar). Az egyik gyerek ellazulva hason fekszik a földön. Egy másik gyerek érezteti rajta az időjárást, például kopogással, simogatással.
- *Autómosás játék.* A gyerekek gördeszkán hason fekve mennek egy tornapadokból készített úton. Más gyerekek rájuk ülnek vagy térdelnek. Az út végén egy gyerek megmondja, hogy milyen autóról van szó. A fényes, új autót óvatosan „mossák", míg a terepjárót erőteljesen dörzsölik.

Azt tapasztalta, hogy nagyon feszült, izgága gyerekek is jól ellazulnak, ha zenehallgatás közben hintáztatjuk őket. Különösen jó tapasztalatokat gyűjtött a barokk zenével kapcsolatban. Ámulatosnak tartja, hogy a hiperaktív gyermekek milyen örömmel figyelnek különböző fantáziatörténetekre (például „A világ leggyorsabb csigája"), amikor úgy hintáztatjuk őket, hogy közben becsukják a szemüket.

Csoportos pszichomotoros foglalkozásain optimálisnak azt tartja, ha egy csoportban hat kb. azonos korú gyermek van, akik közül kettő hiperaktív. Szerencsésnek tartja, ha a csoportban vannak szorongóbb és gátlásosabb gyerekek is, mert már csupán az így létrehozott feszültség integratív erőket mozgósíthat.

Fontos, hogy a csoportnak legyenek rituáléi, és ezekhez mindig ugyanaz a hely álljon rendelkezésre. A csoport legfontosabb rituáléi: egymás üdvözlése, a játék közben felmerülő problémák közös megbeszélése, a búcsúzás.

Úgy gondolja, hogy a mozgások szimbolikus jelentései fontos segítséget adnak ahhoz, hogy a gyermekek érthetetlen megnyilvánulásait élettörténetükbe ágyazottan, és ezáltal értelmesnek, érthetőnek lássuk. „Fejlődés a jelentéssel teli helyzetekben történik. A gyermekek érzik ezt, és a szabad játékokban megtalálják azt a témát, amely értelmes és jelentőségteljes a számukra. Ezzel a háttérrel különös jelentőséget tulajdonítok a kiphardi koncepció első szakaszának – amennyiben az aktivitásokat tematikus összefüggésekbe helyezzük. A szimbolikus mozgásos cselekvésekben érthető utalásokat találhatunk a gyermek belső szabályozó mechanizmusaira, belső szükségleteire és az összefüggések szubjektív jelentésére. Az »értelmetlen«, irányítatlan viselkedés belevisz minket a dialógusba, és talán ez az egyedüli lehetőség arra, hogy utat leljünk a »megértéshez«." (Schindler 1993, 91.)

A lehetőségek végtelenek. Egy padból épített hinta lehet „kalózhajó", vagy pedig egy híd, amely az egyedüli lehetőség arra, hogy átjussunk a szakadékon, és a legcsodálatosabb titkok birodalmába hatoljunk be. „Ezekben a témaorientált játékokban és cselekvési helyzetekben más feltételek uralkodnak, mint amit pusztán a gyakorlás jelent annak érdekében, hogy javuljon a szenzoros integráció, az egyensúlyozás képessége, az alkalmazkodóképesség és a test koordinációja. Egy kerettörténetben (»kalózok rejtik el a kincset egy titokzatos szigeten«) értelmet tapasztalnak meg a gyermekek, és egyben értelmet hoznak létre, teremtenek. És eközben a motoros javulás kvázi »mellékhatásként« következik be. A gyermek az, aki ebben a folyamatban a lényegi hozzájárulást adja. Ő maga az, aki aktív a történésekben, és saját programját irányítja." (Schindler 1993, 91.)

Ahhoz, hogy a gyermekekkel a fenti szellemben tudjon dolgozni, az „egymással kapcsolatba kerülni" alaphangulatára van szükség. Kezdetben a meg nem értés uralkodik. Csak a megérteni akarással fürkészhetjük ki a dialógus lehetőségeit. Ennek feltételei:

- kölcsönös bizalom;
- az empátia és az értékelés kölcsönös kinyilvánítása;
- a szükségletek kinyilvánításának egyenlő joga;
- autentikusnak, áttekinthetőnek, bejósolhatónak kell lenni;
- részt kell venni a történésekben, intenzíven kell figyelni;
- a központ nem a gyermek, sem pedig a motopedagógus, hanem a kettőjük közti kapcsolat.

Miközben empátiás kapcsolatokra törekszik a gyermekekkel, a motopedagógus egész személyiségével bekapcsolódik a dialógusba és a változás folyamatába. Saját érzéseivel vesz részt a gyermek érzéseiben, és így lassan, lépésekként érti meg egy-egy gyermek állapotát.

Ezt a közelséget gyermeknek és pedagógusnak egyaránt éreznie kell. A gyermekek gyakran olyan jelenetek után mennek bele a dialógusba, amelyekben paradox reakciókat tapasztaltak meg: például a hangerőt és a túlzott mozgáskésztetést nem bünteti vagy szabályozza, hanem ezeknek teret adva a gyermekek azt az elképesztő utasítást kapják, hogy vadászrepülőként vagy versenyautóként száguldozva hallassák a motorok hangját. Hasonló, a gyermekek számára nem várt reakció, hogy az agressziót nem bünteti azonnal tiltással vagy kizárással, hanem felajánlja, hogy a gyerek vele küzdjön meg, esetleg szivacsokat használva pajzsként.

Ezek után általában már lehet beszélgetni a veszekedés okáról. Van értelme annak, hogy elmondja, sok mindent megért, de meg kell akadályoznia a testi sérüléseket. Csak a gyermek adott cselekvési lehetőségeit és megküzdési stratégiáit komolyan véve várható eredmény attól, hogy a verekedésen kívül alternatív lehetőségeket kínál fel a konfliktus kezelésére. Az ilyen helyzetekben általában „kihúzzuk a méregfogat". Gyermek és pedagógus kölcsönösen azt élik meg, hogy „ilyen vagyok" mivoltukban fogadják el egymást, hogy vannak közös érintkezési pontjaik. Ez az érzés felébresztl az érdeklődést a másik iránt, motiválja a gyermeket és a pedagógust is arra, hogy további időt töltsenek együtt. „Így a gyermek lassacskán meg fog nyílni. Először azt tudjuk meg, miként csúfolják az iskolában, majd lassacskán elénk tárulnak a régi sebek, a gyermek egész vigasztalansága." (Schindler 1993, 94.)

A szenzoros integrációs terápiák története, hazai evolúciója

Szvatkó Anna

A szenzoros integrációs terápia elnevezés viszonylag rövid karrierje során is számtalan értelemben vált használatossá, függően attól, hogy éppen hol, ki, milyen céllal, milyen szakmai tudással, mely hagyományok mentén alkalmazta. Be kell valljuk, hogy maga az elnevezés nem is különösebben szerencsés: hosszú, nehezen érthető, sejtelmesen utal valamely medicinális háttérre, ugyanakkor a hozzá tartozó első asszociáció, mondhatnánk „márkajel" a hinta, amely régtől fogva a gyermeki játékok, örömök jelképe. Zavarba ejtő képlet, tájékozódásra sarkall, különösen akkor, ha valaki saját gyermekének problémája okán kerül ezzel kapcsolatba. Milyen zavar lehet az, amelyet hintázással gyógyítanak?

A szenzoros integrációs zavar, amely a szenzoros integrációs koncepció egyik része, Anna Jean Ayres 1972-es *Szenzoros integráció és tanulási zavarok* című alapműve nyomán került a köztudatba (Ayres 1973). A következőkben először a koncepció kialakulásának, terápiás eljárássá érésének, ismertté válásának és kritikájának történetét foglalom össze az általam elérhető források alapján, majd a magyarországi bevezetésére és fejlődési irányaira fókuszálok.

A tanulási zavarok területe, mint a szenzoros integrációs terápia első színpada

A tanulási zavar jelenségének kutatásáról szóló publikációk nagy száma, a terápiás megközelítések sokszínűsége alapján azt hihetnénk, hogy világos, áttekinthető, részleteiben is kimunkált ismeretanyag áll a rendelkezésünkre. Sajnos azonban távolról sem ez a helyzet, egymásnak ellentmondó kutatási eredmények, elgondolások, nézetek jellemzik ezt a területet, amely a gyerekek igen komoly részét, egyes szerzők szerint 15-20%-át érinti. Következik ez abból, hogy a – már definiálásában is vitatott – tanulási zavar fogalma roppant szerteágazó problémakört fed le, amelynek kutatási múltja relatíve rövid. A jelenség szempontjából a legkritikusabb képesség, az írni-olvasni tudás csak az elmúlt alig több mint másfél évszázad alatt vált jellemzővé Nyugat-Európában, ahol a felnőtt lakosság írni-olvasni tudása 1850 és 1950 között 50%-ról 92%-ra nőtt (Cipolla 1969, idézi Hulme 1981). Főképpen a II. világháború után irányult a figyelem az egyik legsűrűbben előforduló és többféle részfunkció zavarát magába foglaló szindróma, a diszlexia felé. Ekkoriban kezdett világossá válni, hogy a diszlexia a szellemi elmaradottságok után az iskolai kudarcok második leggyakoribb oka.

Az 1960-ig terjedő időszakban a szerzők véleménye szinte csak abban egyezett meg, hogy nem egységes kórképpel, hanem szindrómával állunk szemben. Az etiológiában jelentős hangsúlyeltolódások adódtak: a lateralitás késését, a határozott kezesség kialakulásának hiányát, a keresztezett preferenciát, a beszédmotoros differenciáció zavarát, az analitikus hangfelfogás gyengeségét, „hang-nüánsz süketséget", a beszédemlékezet hiányosságait említik mint legfontosabbakat.

Erre a korszakra jellemző a teoretikus megállapítások azonnali gyakorlatba való átültetése, azaz tesztek, reedukációs módszerek kidolgozása. Máig használt eljárások születnek ekkor: Marianne Frostig vizuális percepciós tesztje, Samuel Kirk és James McCarthy pszicholingvisztikai tesztje, Carl Delacato motoros fejlesztő kezelése, William Cruickshank kezelése a percepciós zavarral társuló hiperaktivitásra.

Elgondolkodtató azonban, hogy ezek mellett a nézőpontok mellett, amelyekből az következik, hogy a gyermeket egy átlagos fejlődést figyelembe vevő szekvencián kell végigvezetni, létezett egy másik szemléletmód is. Ennek fő gondolata a gyermek fejlődési erejébe, természetes gyógyulni vágyásába vetett bizalom volt, és ez az elképzelés határozta meg terápiás megközelítéseit is. Az egyedi fejlődésben nincs mindig jelentősége az átlagosnak, abban nem is tud megtestesülni, az egyedinek egyedi módon kell megtalálnia a saját útját, és ezen az úton lehet csak hathatósan támogatni.

Ez utóbbi gondolkodásmódra példa a mozgásnevelés világszerte nagy hatású teoretikusának, Rudolf Labannak[1] álláspontja (Foster 1975), amely szerint az élet természetes harmóniájához, az univerzumot átható kreatív erőkhöz a mozgás segítségével juthatunk el. Gyerekrajzok és gyerekek által végzett mozgások térbeli aspektusainak vizsgálatából arra az eredményre jutott, hogy a mozgásfejlesztésben sokkal nagyobb teret kell nyernie a szabadságnak, az egyénített mozgásformák mint egyéni stratégiák megértésének, felhasználásának. Mozgásrendszerében a legfontosabb szempontok a téri orientáció, a test súlypontjának harmonikus kapcsolata a gravitációval, amely a feszülést és az elernyedést meghatározza, a test saját ritmusai, a szimmetrikus és aszimmetrikus mozgások érzelemkifejező ereje, növekedés és zsugorodás, centrális és perifériás orientáció. Mindez szöges ellentétben áll a perceptuo-motoros tréningek szigorú szekvenciális elrendezésével, és nem véletlen, hogy bár a labani gondolatok áthatják a modern táncművészet közelmúltját és jelenét, hosszú időn át meghatározták az amerikai, angol testnevelés rendszerét, valamint a testterápiák különböző vonulatait, mégis a tanulási zavarok lehetséges terápiáit taglaló összefoglalók csak ritkán említik (pl. Arnheim, Sinclair 1979).

Hasonló jellegzetességekkel írható le Carl Orff[2] zenepedagógiából ismert munkásságának fő elve: a gyerekek képesek a kreatív tapasztalatszerzésre, amely saját beszédjük ritmusának, hangjuk melódiájának megismerésével kezdődik. Az aktív zenélés,

1 Lábán Rezső, más források szerint Rudolph von Laban (1879–1958) a modern tánc meghatározó alakja, az osztrák-magyar monarchiából származó táncos-koreográfus, a róla elnevezett táncírási rendszer és a mozgásanalízis (Laban Movement Analisys) kialakítója. Lábán módszeréről lásd bővebben e köteben Jarovinszkij Vera és Kiss Tibor Cece *Mozgás és tánc terápiás alkalmazása gyerekeknél* című írását.

2 Carl Orff (1895–1982) német zeneszerző, karmester, zenepedagógus.

a kötetlen zenei formák bátorítására építő zeneterápia a legkülönbözőbb zavarokat mutató gyerekek kezelésében közismert, de mind a mai napig csak elvétve használják specifikusan a tanulási nehézségek esetében, noha alkalmazása ezen a területen is jó hatásfokú volna.

Jelentős fordulatot hozott az 1962-es royaumonti konferencia, amely az olvasás- és írászavarokkal foglalkozó pszichológiai kutatásokat új irányba terelte. Míg korábban elsősorban az akusztikus, optikus, beszédmotoros teljesítmények differenciálatlanságában, emlékezeti deficitekben és a lateralitás zavaraiban vélték megtalálni az okokat, az említett kongresszuson egyéb pszichés tényezők, főleg az érzelmi élet zavarai kerültek előtérbe: a megfelelő szülői gondoskodás hiánya, az éretlen funkciók korai követelése, erőltetése és a kisgyermekek túlzott korlátozása az erre érzékeny 1–3 éves kor körül.

Az 1962-től kezdődő időszakban a tanulási zavarok kutatásában integratív törekvések indultak azért, hogy megpróbálják asszimilálni a határterületi diszciplínák releváns eredményeit, és az addig egymással kevéssé közlekedő különböző irányzatú teóriákat és empirikus megfigyeléseket egy tágabb szemléleti keretbe illesszék.

Az 1970-es évekre jól érzékelhetővé vált, hogy a legkülönbözőbb elméleti alapon álló kutatók egyre inkább úgy gondolják, hogy az emberi szervezet egységes egészként funkcionál, az egyes rendszerek nem elszigetelten működnek, hanem egymást állandóan módosítva, egymásnak változékonyságukban is állandó háttérül szolgálva. A specializáció, az emberi életműködések aprólékos, ám komplex összefüggéseikből, egyéni fejlődéstörténetükből kiragadott vizsgálata nem volt képes általános érvényű magyarázóelvet nyújtani a tanulásra, és annak az átlagostól szembetűnően eltérő megnyilvánulásaira; nem volt képes lényegit hozzátenni a páciensek szenvedéseinek, kiszolgáltatottságának jobb megértéséhez. Ebbe a tudománytörténeti környezetbe kell belehelyeznünk Ayres 1972-ben megjelent összefoglaló művét, amely neuropszichológiai indíttatású lévén Henry Head, Derek Denny-Brown, Paul Schilder, Lauretta Bender és más holisztikus szemléletű szerzők kutatásaira épített, de a tanulási zavarokkal kapcsolatos elméletalkotás tágabb kereteibe is rendkívül időszerűen illeszkedett (Mailloux 1990). A testséma, a praxis, az érzékelés-mozgás kapcsolatának mibenléte, a korai mozgástanulás azok a fogalmak, amelyek Ayres érdeklődésének előterében álltak a könyv megjelenése idején. A vesztibuláris ingerlés, amelynek terápiás célú felhasználási lehetősége Schilder és Angyal András felismerései nyomán már a harmincas évektől rendelkezésre állt (Kulcsár 2006), a hetvenes évek elejére megérlelődött teória központi momentumává vált. Ayres feltételezte, hogy a tanulási zavarral küzdő gyermekek problémáinak egyik legfontosabb oka az érzékszervi ingerek és a mozgásos válaszok szervezésének, tervezésének akadályozottsága.

Ayres és a szenzoros integrációs mozgalom

Lényegesnek tartom a pályája kezdetén gyógypedagógusként dolgozó Anna Jane Ayres (teljes nevén Dr. Anna Jean Ayres Baker, 1920–1998) élettörténetéből kiemelni azt a mozzanatot, hogy gyermekként maga is olyan típusú tanulási nehézségekkel küz-

dött, mint a későbbiekben általa vizsgált és kezelt gyerekek legtöbbje. Ayres 1920-ban született egy visaliai farmon Kaliforniában, szülei pedagógusok voltak. Tanulmányait a Dél-Kaliforniai Egyetemen végezte, először gyógypedagógus (occupational therapist) diplomát szerzett, majd 1961-ben pedagógiai pszichológiából doktorált. 1955-től 1984-ig óraadó volt az egyetemen, a doktorátus megszerzése után pedig a Los Angelesben működő Kalifornia Egyetem (UCLA) Agykutatási Intézetében kutatási programokban vett részt. Időközben foglalkoztató terapeutaként dolgozott Dél-Kalifornia klinikai központjaiban. Munkásságának kezdetén, idegrendszeri sérült gyermekekkel és felnőttekkel foglalkozva jött rá, hogy nem mindig a tónustalan izmok vagy a gyenge kéz- és lábkoordináció jelentik a páciensek számára a legkomolyabb hátrányt, hanem az, hogy nem tudnak egy kirakóst összerakni, nem képesek egyedül felöltözni, vagy figyelmüket néhány percnél tovább koncentrálni. Érdeklődési körébe ezek az esetek kerültek, ahol az észlelési, tanulási vagy magatartási problémát nem lehetett egy jól megragadható okra visszavezetni. Legjelentősebb műve, a *Szenzoros integráció és a gyermek* című könyv 1970-ben jelent meg először (Ayres 2005), amelyet hamarosan követett a már említett *Szenzoros integráció és tanulási zavarok* című kötete. Ezenkívül több mint harminc jelentős cikket publikált, s több könyvben, illetve könyvfejezetben írta meg tapasztalatait, gondolatait.

1976-ban alapította meg az Ayres Klinikát, ahol ő és munkatársai az általa kidolgozott terápiát alkalmazták, és képzéseket indítottak az érdeklődő szakemberek számára.

Elméleti és gyakorlati munkát élete végéig párhuzamosan végzett, folyamatosan csiszolta elgondolásait, újra- és újraértékelte terápiáját, terápiája eredményességét. Munkája során általában egyéni terápiás helyzetben dolgozott, úgy érezte, így tud a legtöbb figyelmet szánni az adott gyermekre. A szenzoros integrációs diszfunkciók azonosítása és kezelése terén végzett kiemelkedő munkájáért hazájában számos díjat és elismerést kapott.

Kezdetben Ayres a kezelés hatékonyságát mérendő vizsgálatokat végzett, később a szenzoros integrációs diszfunkciók különböző mintázatait mutató gyerekek alcsoportjait igyekezett faktoranalitikus módszerekkel egymástól elkülöníteni a hatékonyabb terápiás megközelítés érdekében. Az 1970-es évek közepére megalakult a Los Angeles-i központú Sensory Integration International, a szenzoros integráció elméletével és gyakorlatával foglalkozók nemzetközi szervezete, amely negyedévente megjelenő folyóiratot (Sensory Integrational Quartely), rendszeres szakmai fórumot biztosított tagjai számára, és nagy hangsúlyt fektetett arra, hogy az érintett szülők (*A Parent's Guide to Understanding Sensory Integration* 1986) és pedagógusok körében tájékoztatást nyújtson. Ekkorra Ayres munkássága már élénk kritikai visszhangra talált, és gondolatainak továbbfejlődése, más mozgásterápiás, perceptuo-motoros iskolákkal való találkozása karakteresen eltérő terápiás gyakorlatot jelentett, kezdve a tréningprogramok alkalmazásától a pszichoanalitikusan orientált kreatív játékterápiákig szerte a világon.

Az Ayres által kidolgozott szenzoros integrációs terápia az évek során annyira összefonódott az ő személyével és munkásságával, hogy gyakran csak leegyszerűsítve, Ayres-terápiaként emlegetik. Érthető ez az összeforrás, hiszen Ayres fantáziadús

tudós, úttörő elméletalkotó volt, munkájában a tanulás és a viselkedés agyi hátterének megismerése iránti igény a témából következő komplexitással párosult. Híve volt – sokak szerint a foglalkoztató terápiák elméletalkotói közül az elsők között – a bizonyítékokon alapuló eljárások preferálásának. Ezek közül kiemelkednek azok a szisztematikus kutatások, amelyekkel neurobiológiai tényekre épülő hipotéziseit ellenőrizte, és a diszfunkciók stabil mintázatait írta le.

Mivel a közvetlen munkatársai is érzékelték, hogy sok olyan rá hivatkozó eljárás létezik, amely az eredeti elképzelésekkel lényegi kérdésekben nem mutat egybevágást (Parham et. al. 2007), a Baker/Ayres Alapítvány levédette az eljárást, és Ayres-féle szenzoros integrációként aposztrofálta (Ayres Sensory Integration® – ASI).

Ayres levelezéséből kiderül, hogy ő maga több mint húsz év mellőzést élt át, és nehezen tudott megbirkózni azzal az érzéssel, hogy súlyos és elvakult ellenállásba ütközött mind a gyógypedagógia, mind más rokontudományok területén. Elméletét számtalanszor pontosította, alakította, mindig kész volt arra, hogy a terápiás hatás érdekében, amely számára a legfontosabb cél volt, felülvizsgálja az elveket, és az azok hátterét képező tudományos eredmények értékelését. A valóban újító és kreatív szemléletű embereket érő viszontagságok mellett és ellenére Ayres halála után a szenzoros integrációs elmélet és gyakorlat kutatási bázisa folyamatosan növekszik, és időnként jelentős megerősítéseket kap. Ilyennek számít Shelley Mulligan 1998-ban megjelent mértékadó munkája, amelyben több mint 10 000 gyermek adatcsoportját elemezte faktoranalízissel, és az Ayres által korábban már azonosított diszfunkció-mintázatokat kapta (Mulligan 1998). Ezzel az eredménnyel egy sokat idézett tanulmány konklúzióját torpedózta meg, nevezetesen Robert Cummins 1991-ben megjelent forráskritikáját, amely szerint az 1965 és 1987 között Ayres által végzett faktoranalitikus vizsgálatok tényszerűen nem támasztják alá magát az ayres-i tipológiát.

A szenzoros integrációs terápiák hatásvizsgálata és kritikája a szakirodalomban

Tegyünk most egy kitérőt a szakirodalom felé, és vizsgáljuk meg, hogy milyen érvrendszer alapján vitatják az oktatási, pszichológiai és orvosi területen dolgozó elméleti kutatók a szenzoros integrációs terápia létjogosultságát, hatásosságát. Vitathatatlan népszerűsége dacára, vagy talán éppen azért egyes nemzetközi folyóiratok hasábjain gúnyos, sokszor lekicsinylő hangvételű, valós szakmai tájékozottságot nélkülöző írások is teret kaptak. A következőkben a kritikák értékelésekor az olvasó piacgazdaságon edzett[3] óvatos körültekintésére mindenképpen szükség van, mert ezekre a kutatásokra egyfelől a szakirodalom felhasználásának önkényes módja, a szisztematikusság hiánya, a függő változók átláthatatlanul nagy száma, másrészről a statisztikai eszközök lenyűgöző változatossága jellemző. Feltűnően adós azonban mindkét oldal

3 Németországban például a szenzoros integrációs kezelés az ergoterápia keretein belül társadalombiztosítási támogatást élvez.

– a szenzoros integrációs terápiát ellenzők és az azt elfogadók tábora is – az elmélyült esetismertetésekkel, valamint a terápia műhelymunkájának részleteivel.

Az a görcsösnek tűnő igyekezet, hogy a terápia hatásossága igazolást nyerjen, hosszú éveken át betöltötte a szaklapok idevonatkozó oldalait, és nem a letisztulás, hanem a kuszaság irányába mutat. Mint látni fogjuk, a szenzoros integrációs terápia elfogadottsága igen ellentmondásos. Azokban a helyzetekben, ahol nincsen jól körülhatárolva, hogy milyen terápiás szaktudással, milyen indikációval, milyen módszerkombináció részeként alkalmazzák, valóban nem lehet specifikus hatásokat elvárni, kimutatni – ám teljes elvetése indokolatlan. Mint ahogyan indokolatlan lehet, és előbb-utóbb biztos kiábránduláshoz vezet a túlértékelés is, ha a terápiákat nem követik nyomon elmélyült kutatások, és a szenzoros integrációs terápiát egyre körvonalazatlanabb elvárásokkal, a „mindenre jó" elve alapján használják fel.

Ismerjünk meg most néhány olyan elemzést, amely a szenzoros integrációs terápia elméletének és gyakorlatának kritikáját igyekezett elvégezni az 1980–90-es években.

1982-ben Kenneth Ottenbacher megkísérelte a szenzoros integrációs terápiával kapcsolatos hatásvizsgáló publikációkat rendszerezni. Négy kritérium alapján 49 tanulmányt vizsgált át. A kritériumok a következők voltak:

a) valóban szenzoros integrációs terápiát használjanak,
b) legalább két csoport összehasonlítása szerepeljen benne,
c) a tanulmányi eredményesség és nyelvi fejlettség mérése mellett ne hiányozzon a mozgás- és reflexvizsgálat sem,
d) az adatok mennyiségi elemzésre alkalmasak legyenek.

A vizsgált tanulmányok közül nyolc (!) volt olyan, amely a fenti minimális elvárást jelentő kritériumoknak megfelelt. A 8 tanulmányban 47 statisztikai hipotézisvizsgálat szerepelt, amelyek mind a terápia hatásosságát voltak hivatva eldönteni. A részt vevő személyek összesen 317-en voltak, életkorukat tekintve 4-től 62 évesig, diagnózisuk szerint tanulási zavarban, mentális retardációban, illetve afáziában szenvedtek. Eredményeiket összevonva és statisztikai analízisnek alávetve Ottenbacher azt találta, hogy a szenzoros integrációs terápiában részesülő személyek szignifikánsan jobban teljesítettek, mint azok, akik nem vettek részt ebben a terápiában. Legnyilvánvalóbban a mozgásos és reflexes változók mutatták a javulás mértékét, legkevésbé a nyelvi teljesítmények. Ottenbacher megjegyzi, hogy a terápia hatásossága nem feltétlenül tud pszichometriai eredményként megjelenni, tehát az a viszonylagos leegyszerűsítés, amely a vizsgálatok elrendezésében szükségszerűen adott, nem hagyható számításon kívül.

Julie Densem és munkatársai (Densem et al. 1989) a szenzoros integrációs programot perceptuo-motoros kezelésként értékelik, és csupán annyiban látják eltérőnek a többi eljárástól, amennyiben kisebb hangsúlyt helyez a vizuális terület fejlesztésére. Saját hatásvizsgálatuk eredményét közlik, amely szerint 55 viselkedészavarral és perceptuo-motoros lemaradással küzdő gyereket véletlenszerűen három csoportba osztottak. Az első csoport tagjai egyénileg szenzoros integrációs programban részesültek, a má-

sodik csoport gyógytornász vezetésével kis csoportban tevékenykedett, a harmadikat a szokványos fejlesztőpedagógiai eljárással foglalkoztatták. Négy hónap elteltével nem találtak szignifikáns különbséget a csoportok tagjainak fejlődési mutatói között.

Meg kell jegyezzük, hogy bár a vizsgálat tervezése metodológiai szempontok alapján jól kidolgozottnak, igen keveset és ellentmondásos részleteket lehet megtudni magukról a terápiás eljárásokról, amelyeket foglalkoztató terapeuták vezettek. Csekélynek tartjuk a négy hónapos terápiás időszakot is, amely összesen 17 órát jelentett.

A terápiás eljárás ismertetésének hasonló elnagyoltsága figyelhető meg Joseph Jenkins és Clifford Sells (Jenkins, Sells 1984) elemzésében is. 15 alkalommal végeztek fejlesztőterápiát, amelyben a szenzoros integrációs terápiát ötvözték a Bobath-féle rehabilitációs módszerrel. (Ez tökéletesen lehetetlenné teszi az Ayres-féle eljárás nondirektiv, pszichoterápiás hatásainak érvényesülését.) Eredményül azt kapták, hogy akkor volt a leghatásosabb a fejlesztés, ha alanyai közepesen súlyos mozgásbeli lemaradással küszködtek. Továbbá azt, hogy a heti egy alkalommal végzett terápia ugyanolyan változásokhoz vezetett, mint a heti háromszori – ez utóbbin nem is csodálkozhatunk.

Larry Silver (Silver 1987) tudományos igényű összefoglalót írt szülők és pedagógusok számára a tanulási zavarok kezelési lehetőségeit ismertetendő. Ebben elfogadott metódusként jelöli meg a pszichostimuláns gyógyszerelést, a viselkedésterápiát, családterápiát és az egyéni pszichoterápiát, amely az úgynevezett másodlagos tüneteket enyhítheti, mint például a sikertelenség miatti frusztrációt. Legfontosabbnak a speciális oktatást találja. A vitatott, alternatív eljárások közé tartozónak mutatja be a neurofiziológiai eljárásokat (mint a Doman–Delacato-tréning), az alkalmazott kineziológiát, a molekuláris dietétikai eljárásokat és a vesztibuláris diszfunkcióval operáló kezeléseket. Ezen belül két irányzat képviselőjét említi együtt: Harold Levinsont, aki gyógyszerrel kíván hatást gyakorolni a vesztibulo-cerebelláris rendszerre, és Ayrest. Nem tartja elfogadhatónak, hogy a vesztibuláris diszfunkciónak kapcsolata lehet a gyerekek tanulási képességével. Ezt a megállapítást Helene Polatajko (Polatajko 1985, idézi Silver 1987) eredményére alapozza, miszerint a nisztagmus kísérleti vizsgálatával nem lehetett különbséget tenni átlagosan tanuló és tanulási zavart mutató gyerekek között.

Teri Wiss (Wiss 1989) rövid, de igényes esszéjében az előbb említett Polatajko-tanulmányt is elemzi. Hangsúlyozza, hogy a szenzoros integrációs elmélet a vesztibuláris rendszer működését tágabban értelmezi: a *vesztibuláris ingerek globális hatását* próbálja nyomon követni a központi idegrendszerben. A tanulási zavart mutató gyerekek diffúz vesztibuláris diszfunkciói nem írhatók le elégséges módon olyan diszkrét jegyekkel, mint a posztrotátoros nisztagmus. A lényegi probléma a vesztibuláris és más szenzoros ingerek integrációjának nehézségeivel kapcsolatban merül fel. Ennek ellenére ezt a vizsgálati metódust kellő körültekintéssel, a gyerek idegrendszeri érettségének más mutatóit is felhasználva alkalmasnak tartja arra, hogy bejósolja azoknak a gyerekeknek a körét, akik a szenzoros integrációs terápiától eredményt várhatnak.

Theodore Hoehn és Alfred Baumeister (Hoehn, Baumeister 1994) az 1984-től 1992-ig eltelt időszak *hatásvizsgálatainak metaanalízisét* végezték el. Az Ottenbacher által használt (Ottenbacher 1982) kritériumokat megtartva 7 kutatást elemeztek.

Mintájukban 366 tanulási zavarral küzdő, 5–11 éves korú gyerek szerepelt, akiket szenzoros integrációs diszfunkció diagnózissal jellemeztek. A gyerekek többségénél a nisztagmus kiválthatóságának csekély mértékét találtak. A szenzoros integrációs terápiára egyénileg, hetente egy alkalommal, viszonylag hosszú időn keresztül, átlagosan 7-8 hónapig jártak. A kontrollcsoportokban perceptuo-motoros fejlesztést kaptak a résztvevők.

A terápiát megelőző és követő tesztelés mérésfajtáit a következő csoportokba lehet sorolni:

- szenzomotoros, perceptuális és motoros tesztek,
- kognitív, nyelvi és tantárgyi tesztek,
- figyelmi, viselkedéses és önértékeléssel kapcsolatos tesztek.

Néhány inkonzisztens pozitív értéktől eltekintve az eredmények lényegében véve nem mutattak ki szignifikáns eltéréseket a két különböző eljárással kezelt gyerekcsoport fejlődésének üteme között. Figyelembe véve Polatajko már idézett nisztagmus-vizsgálatának konklúzióját (Polatajko 1985), a szerzők kijelentik: a szenzoros integrációs terápia elvei nem teljesen elvetendők, ám teljességgel hatástalanok a tanulási zavart mutató gyerekek kezelésében.

Még egy metaanalizist kell megemlíteni, mert sok későbbi szerző hivatkozik erre a tanulmányra. Sadako Vargas és Gregory Camilli (Vargas, Camilli 1999) szintén a terápiás módszer hatékonyságát elemezték a kezdetektől – 1972-től 1994-ig – megjelenő 22 publikáció alapján. A vizsgálati mintába gondos válogatás után csak azok a publikációk kerülhettek be, amelyekben valóban szenzoros integrációs terápiát elemeztek, és egyértelmű volt, hogy a kezelt személyek aktív részesei és alakítói voltak saját kezelésüknek. Eredményeik szerint a szenzoros integrációs terápia nem mutatkozik hatékonyabbnak az alternatív kezelési eljárásoknál, de hatékonysági mutatói nem is rosszabbak azoknál. Másik megfigyelésük az volt, hogy a korai elemzések lényegesen hatékonyabbnak látták az eljárást, mint a későbbiek. Ennek lehetséges magyarázataként felvetik, hogy a terapeuták kompetenciája sem lehet mindig megfelelő színvonalú, például akkor, ha a kezelési folyamatban nem tudják követni a gyermekek pszichés és emocionális állapotát. Ayrest is idézik: „az ilyen szakértelem több mint technikai jártasság, ez művészet" (Ayres 1973, 256).

Mindehhez annyit feltétlen hozzá kell fűzni, hogy minden eddig felsorolt vizsgálatban úgynevezett foglalkoztató terapeuták végezték a terápiát, és még csak utalást sem találtunk a pszichoterápiás beállítottság fontosságára. Úgy tűnik, hogy valóban szenzoros integrációs *tréningek* hatásvizsgálataiból vonták le a fenti következtetések jelentősebb részét. Megjegyzendő továbbá, hogy a vizsgálódások minden elismerésre méltó metodológiai profizmusuk ellenére sem tesznek fel alapkérdéseket a terápiás elrendezésről, a résztvevők életkoráról, problémáik súlyosságáról. Némelyek igen szűk fókusszal pusztán ingerlésekről, perceptuo-motoros képességekről és egyértelműen definiálható eredményekről beszélnek. Egy kivételével a legtöbb értékelésben meg sem említődik az a tény, hogy a kezelésben részesülő gyermekek aktív alakítói

lennének saját fejlődésüknek, hogy a terápiában játszanának, vagy akár csak szóbeli vagy testbeszéd általi megjegyzéseket fűznének az ott történő eseményekhez, tekintve, hogy ezek nem „kemény" adatok, illetve nem tartoznak a feldolgozást végzők érdeklődési területéhez. Érdekes, hogy szinte mindegyik idézett tanulmány az érvelésének egy adott pontján felteszi a kérdést: vajon miért olyan népszerű mégis a gyermekek, a szülők és a gyógypedagógusok körében az eljárás?

Újabb fordulatok az Ayres-féle szenzoros integrációs terápia továbbfejlődésében

Lendület és tisztázódás a DSM–5 bűvöletében

A hatékonyságvizsgálatokról szóló beszámolók gyakoriságában a szenzoros integrációs terápiák kapcsán két jelentősebb hullám ismerhető fel. Az egyik a nyolcvanas évek végén, ekkor az idegenkedés és az elutasítás tudományos alátámasztására szolgáltak a vizsgálatok, a másik a legutóbbi időkben zajlott le, az új *DSM–5*[4] megjelenését megelőző lázas készülődés idején. Ekkor a tét a szenzoros integrációs diszfunkciók önálló kategóriaként való beemelése volt a diagnosztikus rendszerbe. Tudnunk kell, hogy széles körű szakértői egyetértés, egyértelmű kategóriahatárok, erős empirikus megalapozottság, és hatékony szakmai lobbitevékenység egyaránt szükséges az elfogadáshoz. Azt sem árt megfontolnunk, hogy a tünetekre érzékeny gyógyszerkínálat nagyon sokat képes lendíteni a befogadás szándékán, a konszenzus erősödésén (lásd például az ADHD[5] történetének egyes vonásait), ám a szenzoros integrációs koncepció a lehető legtávolabb áll ettől a körtől a maga pszichoterápiásan orientálódó, játékra fókuszáló módszertanával. Támogatói abba az evidencián alapuló bizonyítási erőfeszítésbe sodródtak, amely a szenzoros integrációs elmélet agyműködéssel kapcsolatos elméleteire épít. Ez azonban nem lehetett sikeres, önálló kategóriaként nem került be a diagnosztikai rendszerbe. Belekerült azonban az autizmus spektrumzavarok egyik tünetcsoportjába a szenzoros ingerekre való szokatlan reagálás szimptómája (SPD)[6]. Úgy tűnik, hogy ez a második hullám igen sok fontos összefüggés feltárására alkalmas volt, azonban a tréningszerű, az érzékszervi ingerlés hatásainak fetisizálására törekvő irányzatok kudarcát jelentette.

4 *DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Mentális Rendellenességek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve). A jelenleg érvényben lévő változatot *(DSM–5)* az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) adta ki 2013 májusában. Lásd még American Psychiatric Association 2014; Nussbaum 2013.

5 ADHD – attention deficit hyperactivity disorder (figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar).

6 SPD – sensory processing disorder (szenzoros feldolgozási zavar). Lásd ebben a kötetben: Arató Domonkos, Donauer Nándor, Szvatkó Anna *A diagnosztikus munka szemlélete és egyes elemei a dinamikus szenzoros integrációs terápiában.*

A hatásvizsgálatok érthető módon újabb irányt vettek: az autizmus spektrumzavarral élő gyermekek körét célozták meg. Beth Pfeffer és munkatársai 2011-ben készült, 37 gyermeket érintő hatásvizsgálatukban egyértelműen kijelentik, hogy szignifikánsan erőteljesebb javulást mértek a szenzoros integrációs terápiával kezelt csoportokban, mint egyéb mozgásos terápiát alkalmazó csoportban a 6–12 éves, autizmussal diagnosztizált gyermekek körében, és az előbbi csoportban jelentősen csökkentek az autisztikus manierizmusok, öningerlő viselkedések is (Pfeffer et al. 2011). Ez azért is jelentős eredmény, mert az autizmus spektrumzavarral élő gyermekek esetében a megszokott vizsgálati attitűd a nagy egyéni eltérések és a variabilitás mértéke miatt szinte nem alkalmazható. A terápiás megközelítésben is az egyéni igényekre való fogékonyság a legdöntőbb feltétel.

Az autizmus spektrumzavarral élő gyermekek érzelmi-társas problematikájának, ingerlési sajátosságainak, mozgásos nehézségeinek és a szenzoros integrációs terápiák hatásmechanizmusának összefüggését számtalan jól dokumentált tanulmány elemezte az elmúlt négy-öt évben. A gyermekek alkalmazkodási képességének növekedését tapasztalták az élet egyre több területén, a családban, gyermekközösségben, közösségi alkalmakkor.

A már említett, Diana Parham és munkatársai által 2007-ben megjelentetett fontos összefoglaló (Parham et al. 2007) a hatásvizsgálatok szempontjából is régen aktuális kérdést igyekszik tisztázni: vajon a „szenzoros integrációs" kezelések valóban eleget tesznek-e az eredeti terápiás elképzelésnek, elrendezésnek? Nagy merítéssel, majd gondos válogatással 34 tanulmányt elemeztek egy igen hasznos szempontsor szerint. Tíz pontban foglalták össze azokat a jellemzőket, amelyeknek a terápia során meg kell nyilvánulniuk. Ebbe beletartoznak a fizikális tényezők, a játékok és a terem adottságai éppúgy, mint a terapeuta képzettsége, gyakorlata, szupervíziós ellátottsága és a terápiás folyamat sajátosságai. Ez utóbbi volt a legproblematikusabb, és a már említett Vargas–Camilli-metaelemzés kérdésfelvetésével egybevágóan az derült ki, hogy hiányzott a dinamikus kliens-terapeuta együttműködés, amelyben a gyermeki *megmozdulásokra* figyelés, akár a szó eredeti értelmében is, a leglényegesebb momentum. A terapeuta érzékenysége és válaszkészsége ebben a folyamatban perdöntő, ahogyan a gyermek ötleteit, félelmeit, változó állapotait követi, és segíti az önszervezés folyamatát.

Megőrizve és továbbfejlesztve: Brüggebors, Greenspan, Kiesling

A szenzoros integrációs terápiák történetében lényegesnek látom azokat a törekvéseket, amelyek a gyógypedagógia és a neuropszichológia keretein túlmutató pszichés összefüggések rendszerébe helyezték el ezt a gondolatkört. Ennek az irányzatnak egyik jeles képviselője Gela Brüggebors , aki merőben más kiindulópontú kritikát gyakorol, és „holisztikus szenzoros egyensúly" elnevezéssel a szenzoros integrációs terápiák sokirányú kiterjesztését kísérli meg (Brüggebors 1992; 1994, idézi Kiss 2002). Elégedetlen a terápia „funkcionalista, biológiai-neurofiziológiai" megközelítésével, gépiesnek, redukcionistának tartja, és néhány, az ezredforduló embere számára megkerülhetetlen forrásból merítve kitágítja, gazdagítani igyekszik az eredeti Ayres-féle szemléletet. A modern fizika, a rendszer-elmélet, konstruktivizmus, és a káoszelmélet azok a források, amelyekből merít. Számunkra leglényegesebb mondanivalója a terapeuta feladatainak definiálása: „a terapeuta feladata, hogy a kliens önszabályozását aktiválja, kezdeményezze, támogassa, kísérje...", „...kísérelje meg a kliens egészlegességét megragadni, különösen a test-lelki kölcsönös függést tekintetbe venni, ...kísérelje meg a kliens viselkedésének értelmét, mint önszabályozási mechanizmust megragadni." (Brüggebors 1994, 112., 192–193., idézi Kiss 2002) Ebből a néhány mondatból is jól megragadható, hogy a humanisztikus, személyközpontú pszichoterápiás irányzat számára napjainkban a szenzoros integrációs terápia elgondolásai bizonyos pontokon visszaköszönnek, továbbgondolásra ösztönöznek.

Stanley Greenspan[7] és kiváló munkatársai, mint Serena Wieder és Georgia DeGangi példaadó módon építették Ayres gondolatait saját munkájukba, és így roppant hathatósan propagálják mind a hétköznapok szülői gondjainak megoldása által, mind pedig komplex diagnosztikus és terápiás elméletképzésük részeként. A szenzoros integrációs koncepció diagnosztikai bázisában közvetlenül is jelentős szerepet játszik ennek a csoportnak a munkája az általuk kifejlesztett csecsemő- és kisgyermekvizsgálati eljárás (TSFI,[8] DeGangi, Greenspan 1989a; 1989b) miatt.

Távolabbi összefüggésnek tűnhet, de véleményem szerint a szenzoros integrációs koncepció valódi értékét és felhasználhatóságát mutatja, hogy a Greenspan és munkatársai által kidolgozott holisztikus igényű fejlődési skála (FEAS)[9], a csecsemők és kisgyermekek emocionális és szociális fejlődésének mérésére szolgáló eljárás kiindulási pontja az életkorilag adott szenzoros integrációs fejlettség megítélése (Greenspan, DeGangi, Wieder 2003). A szerzők szerint minden emocionális képességnek feltételei vannak: szenzoros, motoros, kognitív, nyelvi aspektusok egymásra hatásából válik lehetővé egy-egy kritikus emocionális képesség megjelenése, amely a gyermek és az elsődleges gondozója közötti interakciók során bontakozik ki. Bármennyire is nyilvánvaló ez az összefüggés, gyakran tapasztalhatjuk, hogy nem magától értetődő az alkalmazása sem az elméletképzésben, sem a klinikai gyakorlatban. Ha például egy csecsemő számára szenzoros integrációs szinten nehezen kezelhető a taktilis ingerek befogadása, akkor még az édesanyja simogatása is megterhelő lehet. Húzódozása, ellenállása az édesanyjára legkevesebb, hogy elbizonytalanító hatással van, aminek eredményeképpen kettejük között nem tud kialakulni egy olyan légkör, amelyben mindketten fesztelenül örülhetnének egymásnak, illetve lényegesen nehezebben ta-

7 Stanley Greenspan (1941–2010) gyermekpszichiáter, számos klinikai gyermekpszichiátriai egyesületben és szervezetben vállalt meghatározó szerepe mellett a George Washington Egyetem professzora, a Washingtoni Pszichoanalitikus Intézet szupervizora, a Fejlődési és Tanulási Zavarok Interdiszciplináris Tanácsának elnöke, az autisztikus gyermekek számára kidolgozott Floortime módszer megalkotója. Az ő nevéhez fűződik a korai gyermekkorral foglalkozó tudományos alkotóműhely és a hasonló nevű amerikai folyóirat, a Zero to Three (Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers, and Families) megalapítása is. Könyvei és cikkei alapvetők a területen.

8 TFSI – Test of Sensory Functions in Infants (Kisgyermekkori szenzoros funkciók tesztje).

9 FEAS – Functional Emotional Assessment Scale (Funkcionális-emocionális vizsgálati skála).

lálják meg azt a módot, amellyel hatékonyan szabályozhatnák kapcsolatuk szenzoros aspektusait. Így nehezen vagy egyáltalán nem alakul a „mi ketten jól együtt vagyunk", az affektív összehangolódás állapota, és az ezzel kapcsolatos megelégedettség érzése. Greenspan megközelítésében a kapcsolati hiány felszámolása érdekében végzett tevékenységnek ezekre a rejtett összefüggésekre is érzékenynek kell lennie.

Ebben a rendszerben jól értelmezhetők a regulációs problémák, a szorongás, impulzivitás és egyes pervazív képek. A gyermeki adottság oldaláról a játékszervezés, hangulati és figyelmi önszabályozás, a gondozóval való kötődés alakítása, kölcsönös érzelmi és kommunikatív kapcsolatalakítás, érzelmi bevonódás a játszásba mind olyan területek, amelyeknek feltételrendszerében megjelenik a szenzoros integrációs képességterület is.

Ez utóbbi gondolkodásmód tehát kijelölheti a koncepció továbbfejlődésének kereteit. Valószínűleg nem véletlen, hogy nemrégiben megjelent könyvében a legújabb klinikai populáció, a szenzoros feldolgozási nehézségekkel küzdő felnőttek irányába átfogó áttekintést a gyógypedagógus, klinikai pszichológus DeGangi ad (DeGangi 2012).

Ayres forradalmian új elgondolásainak egyik újragondolója Ulla Kiesling, német mozgáspedagógus, szenzoros integrációs terapeuta (Szvatkó 2014). Kiesling főképpen gyakorlatorientált munkáiban legfőbb érték a gyermekek egyéni fejlődési sajátosságaira való érzékenység. Terápiás módszerének alapja a gyermekek valós igényeinek kielégítése, és bekapcsolásuk saját növekedésük és érésük folyamatába. Ez utóbbi fejlemény létjogosultságában sokan kételkednek; nem tartják lehetőnek, hogy egy fejlődési zavarral küzdő gyermek képes lehetne öngyógyításra. Kiesling ennek a kételynek eloszlatására frappáns bizonyítékokkal szolgál saját esetei révén, legyenek azok akár csecsemőkorúak, akár serdülők, akár enyhe fokú zavarral küzdők, akár súlyosan fogyatékos állapotúnak tűnők. Az általa felrajzolt terapeuta ideálja minden gyermek kezelésében képes olyan szorongásmentesen közelíteni a gyermek problémájához, hogy nem veszti el az intuícióját, nem homályosítja el tekintetét sem az együttérzés, sem a kilátástalanság érzése. Saját praxisából származó tapasztalatainak megfogalmazása során, akár csak Ayres, a játék, a művészet, az önszervezés szerepét hangoztatja a fejlődésben, és főleg a fejlődés korábbi szintjein (Kiesling 2014). Alapgondolata, hogy a gyermeknek kell strukturálnia a saját tevékenységét. Minden gyermek – az egészséges és az eltérően fejlődő is – ezt teszi, de egyedi rendszerben, annak az érzésnek a mámorában, hogy azt ő akarja, és ő csinálja egyedül, és nem helyette találta ki valaki – neki.

A szenzoros integrációs terápiák hazai története

Magyarországi sajátosságok a bevezetés időszakában

Magyarországon az elmúlt húsz-huszonöt évben szintén megjelent a szenzoros integráció elmélete és terápiás gyakorlata. Ez elsősorban Kulcsár Zsuzsanna és Varga Izabella az ELTE Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszékén végzett munkájának,

valamint a kapcsolódó akkori intézmények, a volt Oktatáskutató Intézet és a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Pszichológiai Intézete együttműködésének köszönhető. Nem hagyható ki a fölsorolásból a (korábbi nevükön) Ferencvárosi, illetve az Óbudai Nevelési Tanácsadó sem, ahol kezdetben a terápia kipróbálására találtunk módot, majd ahol az évek során a klinikai tapasztalatot feldolgozó műhelymunkára teremtődtek meg a környezeti lehetőségeken túlmenően a *szellemi feltételek*. A hazai gyakorlat első megnyilvánulásai óta hangsúlyozza, hogy ez a terápiás megközelítés nem lép fel a kizárólagosság, az egymagában minden bajt megoldani tudás igényével, annyit ígér csupán, hogy hátteret képez, kiindulópontot ad a színvonalasabb önszervezés lehetőségéhez. Ezt a lehetőséget azonban ki kell aknázni, és a fejlődés serkentése során a továbblépést más terápiás irányokba magától értetődően az egyéni szükségletek, az élethelyzet függvényében meg kell tenni.

A szenzoros integrációs terápiák magyarországi történetének jelentős eltérése a más országokban való megjelenéséhez képest, hogy kezdeti megismerői és felhasználói *pszichológusok, pszichoterápiás végzettségű szakemberek* voltak. Így nem csodálható, hogy továbbgondolása bennünket a szenzoros integráció magasabb működési szintjének olyan következményei felé vitt, mint az érzelmi bevonódás, az anya-gyerek kapcsolat történései, az affektív hangolódás és a testi tudatosság javulása. Megértésünket a kurrens pszichoterápiás elméletek befolyásolták leginkább, mint a mentalizációt középpontba állító elméletek, a korai fejlődés elméletei, a korai érzelemszabályozást és a viselkedés biokémiai mechanizmusát is magukba foglaló teóriák. A szenzoros integrációs terapeuta működésmódját igyekeztünk minél jobban meghatározni, amennyiben egyszerre kell jelen lennie az itt és most testi történéseiben és a gyermek szabad asszociációiban, fantáziálásában. A terapeuták ráhangolódó magatartása, a kivárás képessége, az érzések s a kapcsolat történéseinek követése más pszichoterápiás modellben is elvárás, nem csoda, ha ezek az értékek nálunk beépültek a szenzoros integrációs terápiák művelésének feltételrendszerébe. A későbbiekben a pszichológusok mellett a gyógypedagógusok, tanárok, óvodapedagógusok, konduktorok is megjelentek a terápia művelőinek körében, izgalmas tudásokat hozva a saját területükről, amelyeket igyekeztünk integrálni.

A hazai hagyományok számbavétele során meg kell említeni, hogy Katona Ferenc és munkatársai a Svábhegyi Gyermekgyógyintézet Fejlődésneurológiai és Neurohabilitációs Osztályán sok éve sikerrel alkalmaznak korai organikus agyi károsodást szenvedett csecsemőknél olyan neuromotoros tréninget, amelynek a vesztibuláris rendszer a támadáspontja (Katona 1979; 1990). Az a gondolat, hogy a vesztibuláris működés középponti szerepet foglal el a korai érésben és fejlődésben, hazánkban egyébként is könnyen elfogadhatónak tűnt szélesebb szakmai körök számára is.

A szenzoros integrációs elmélet kutatásához és a terápiához szükséges diagnózis felállításához nélkülözhetetlen volt az egyik, azokban az években a legjobban ismert szenzoros integrációs tesztkészlet, a dél-kaliforniai szenzoros integrációs tesztek (SCSIT)[10] hazai adaptálása. Ezt a munkát az Oktatáskutató Intézetben Bálint Mária (Bálint 1987) vezetésével végezték el. Sajnálatos, hogy ennek a munkának a jelentő-

10 SCSIT – Southern California Sensory Integrational Tests.

ségét nem ismerték fel, noha nem kevesebbet tanulhattunk belőle, mint azt, hogy a szenzoros integrációs képességek *viszonylagosan kultúrafüggetlenek*. Emiatt tanulmányozásuknak fontos helye lett volna az iskolába lépési vizsgálatokban éppúgy, mint az oktatási integráció megvalósulását segítő programokban.

OKTATÁS ÉS SZERVEZETI KERETEK

1991-től tanfolyamokon sajátíthatják el a szenzoros integrációs terápia alapjait az érdeklődő pszichológusok, gyógytornászok, gyógypedagógusok, óvodapedagógusok. A tanfolyamok oktatói gárdája az évek során munkacsoporttá alakult, és közreműködött oktatási segédanyagok kiadásában (Szvatkó, Varga 1995/1999), tesztek és szakirodalom gyűjtésében, feldolgozásában. A tanfolyamok tematikájában kezdetben az elméleti ismertanyag állt az előtérben, majd a hazai tapasztalatok sokasodásával egyre nagyobb hangsúllyal szerepel a különböző területeken végzett terápiás munka bemutatása. Varga Izabella javaslata alapján épült be a tanfolyamok programjába a sajátélményű csoportokban és esetmegbeszélő csoportokban való részvétel, amely ma már elengedhetetlen feltételét képezi minden terápiás megközelítésnek. 2008-ban külön képzési egységet alakítottunk ki a diagnosztika elsajátítása érdekében. További előrelépést jelent a tanfolyamok akkreditációja a pedagógus-továbbképzés, a szociális és egészségügyi továbbképzések keretei között.

Az elmúlt években a pszichológus- és gyógypedagógus-képzésbe is beépülhetett a szenzoros integrációs elmélet egyes területeinek oktatása. Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karára Gereben Ferencné közvetítésével érkezett Rega Schaefgen,[11] aki 2002 óta támogatja tudásával a képzést, és magyar főiskolai hallgatókat fogad Bergenben és Berlinben. Kognitív irányultságú ergoterapeuta szakemberként holisztikus szemlélettel közelíti a szenzoros integrációs gondolatkört, és nagy hangsúllyal kezeli az idegrendszeri aktivitásszint szabályozásának kérdését (Reményi, Schaefgen, Gereben 2014; 2015). Az ELTE pszichológia szakán éveken keresztül tartott „Kreatív mozgásos terápiák: Szenzoros integrációs terápia, integrált kifejezés- és táncterápia" című kurzus nagy népszerűségnek örvendett az egyetemi hallgatók körében. A kurzus során szerzett széles spektrumú személyes és gyakorlati tapasztalatok a hallgatók szakmai szocializációjának fontos részét képezik, a későbbi pszichológusi munka valamennyi területén hasznosnak bizonyulhattak (Varga, Kiss 2007).

Többéves oktatási tapasztalatunk alapján nemrégiben megkezdődött az ismeretek szinten tartását biztosító képzések indítása, amelynek fő célja a szenzoros integrációs terápiát végző szakemberek munkájának minőségbiztosítása. Ennek keretén belül szupervíziót, esetmegbeszélést, egyes területeken elmélyültebb képzést, szakirodalom-feldolgozást, tematikus konzultációt, hospitálást kínálunk a résztvevőknek.

A képzések és a műhelymunka lehetőségét két háttérszervezet biztosítja. A Lelki Egészségvédő Alapítvány DSZIT Műhelye 1995-től, szinte a kezdetektől biztosította a szervezeti keretet a munkához, a Magyar DSZIT Egyesület pedig 2014-től ad módot a

11 A Zentrum für Interdisziplinäre Sensorische Integration (ZISI) tulajdonosa és vezetője, ergoterapeuta, tanulásterapeuta, és szenzoros integrációs terapeuta.

szenzoros integrációs koncepció terápiás megvalósulásának hazai tökéletesedéséhez, elsősorban szakmai napok szervezésével, de munkacsoportjai révén az intézményesülés és a nemzetközi kapcsolattartás számtalan lehetőségét is nyújtja. Az érdeklődők tájékoztatása érdekében honlapot működtetünk, amelynek látogatottsága állandóan növekedik, az egyesületi tagok számára pedig rendszeresen hírlevelet küldünk.

A DINAMIKUS SZENZOROS INTEGRÁCIÓS TERÁPIA KONCEPCIÓJA

Az Ayres által meghatározott bázisterápia, vagyis az a tendencia, ahogyan a gyerekek haladnak a reflexintegráció problémáitól az egyensúlyi reakciók fejlődésén keresztül a két testoldal együttműködésének javulásáig, a magasabb szintű alkalmazkodásig, több terápiás iskolát, mozgásterápiás megközelítést ihletett meg. Ezek saját tapasztalataikból igen eltérő következtetéseket levonva fokozatosan egyéni arculatukhoz alakították a szenzoros integrációs iskola alapvetését. Némelyek elnevezésükben megtartják az utalást a szenzoros integrációra, mások munkájában ezek kimondatlanul vannak jelen, megint mások pedig egy-egy elemet emelnek ki a kontextusból, és arra építik tevékenységüket. Nemzetközi viszonylatban is nehezen közlekednek egymással a mozgáson keresztül ható irányzatok, és ez jellemző a hazai gyakorlatra is. Nincsenek egyértelműen meghatározva, hogy melyek azok a képek, amelyek esetében egyik vagy másik irányzat a sikeresebb, nincsenek életkori sajátosságokhoz kapcsolva, és főképpen nincsenek valamely egységes, egymás melletti működésüket meghatározó fejlődési koncepcióba ágyazva. Így nem ritka, hogy ugyanazon elnevezés mellett lényegileg eltérő gyakorlatok valósulnak meg, és lássuk be, hogy ez a felhasználók – a szülők és a rokon szakmák képviselői – szempontjából valóban áttekinthetetlenné teszi a területet.

Az 1990-es évek közepén már jól látszott, hogy a szenzoros integrációs terápiák elméletét felhasználó eljárások hazánkban döntően két irányba fejlődnek: a mozgástréninggel operáló, szűk értelemben vett pedagógiai irányultság felé, illetve egy kreatív erőket is megmozgató, dinamikus irányultságú, affektív elemeket integráló mozgásos pszichoterápia és egy szintén kreativitással dolgozó, tágabb horizontú pedagógiai megközelítés felé. Mára ez az utóbbi irányzat hazánkban dinamikus szenzoros integrációs terápiának (DSZIT) nevezi módszerét és elméleti hozzáállását, amellyel meghatározza önmagát, egyben elhatárolódik más eljárásoktól.

A dinamikus szó széles jelentéstartományából itt az a kiemelendő, hogy az eljárás pszichoterápiás szemléletű, amelyben az érzékszervi-mozgásos-kognitív történések mellett a *lelki történések kapcsolati dinamikája* is képbe kerül. A módszer ebben az összefüggésben a testi és lelki történések együttességére érzékeny, és a terapeuta-gyermek közötti pszichoterápiás jellegű viszonyt hangsúlyozza. A terápiás helyzet mozgásos történéseit több szinten értelmezi, és a testi-emocionális önszabályozáshoz kíván hozzájárulni. Az így megvalósuló önszervezés testi és lelki alapfeltétele a biztonság, fizikai értelemben a gravitációval, lelki értelemben pedig a terapeutával való megfelelő kapcsolat eredményeként. Ez utóbbi jelentőségét nem tudjuk túlbecsülni, a csecsemőkutatások eredményei, a pszichoanalízis neurobiológiai történésekre is érzékeny fejlődése alapján. Minél kisebb vagy kiszolgáltatottabb egy hozzánk kerülő

gyermek, annál inkább igaz az, hogy érése, fejlődése a terapeutával való kapcsolaton keresztül tud alakulni. Miközben ennek mélyen elhivatottjai vagyunk, fájóan állapítjuk meg, hogy a hétköznapi fejlesztéscentrikus ellátási gyakorlatában ez igen ritkán van képviselve.

Mint láttuk a történeti áttekintésből, a szenzoros integrációs terápia Ayres által képviselt eredeti formájában már kritérium volt a terápiában részt vevő gyerekek belső késztetéseire építő megközelítés, amelynek terápiás lényege a játékszituáció létrejötte. Ezzel sokan nem tudnak egyetérteni, és felismerve a vesztibuláris-proprioceptív, valamint a taktilis rendszer jelentőségét az idegrendszer fejlődésében, mindenképpen „csúcsra szeretnék járatni" ezeknek az érzékleti csatornáknak a működését. A szenzoros ingerlés kontrolljának átvétele a résztvevőtől nagy kísértést jelent – talán, mert roppant precíz, specifikus és bizonyos feltételezések szerint igen hatásos eredmények várhatók el. Ezeknek az ingerlési körülményeknek tagadhatatlan a hasznosságuk, használja is az emberi kultúra a gyermeknevelésben,[12] de kizárólag értelmes, a gyermek számára valamilyen dekódolható *jelentés* összefüggésében. A kontrollált külső hatásokban szélsőségesen bízó terapeuták csoportjai a világ sok helyén, így hazánkban is a gyakorlást és az ismétlésszámot tartják a leghatékonyabb terápiás tényezőnek: minél többször kivitelezni egy mozgássort, minél több addig nem fogadott ingert elviselni – ez vezethet az integráltabb működési szinthez. Ebben a gondolkodásban a hiperaktív gyermekek testesítenék meg a legmagasabb szervezettséget, hiszen ők mozognak a legtöbbet. Tapasztalataink szerint azonban ez nem helytálló, a hiperaktivitásban segítség nélkül a sok mozgás önmagában nem képes szervező erővé válni. A DSZIT-terápia képviselői a kapcsolati szálra fűzik fel a vesztibuláris-proprioceptív és a taktilis rendszer gyermek által kezdeményezett játékos ingerlését. A cél a gyermek kreatív erőinek felébresztése, hogy aktív, örömteli interakciók sorozatán keresztül érlelhesse azokat a neurofiziológiai, pszichoszociális háttérfunkciókat, amelyek az őt ért pszichés és/vagy organikus behatások – sérülések, hiányállapotok – eredményeképpen nem működnek megfelelően. A szenzoros integrációs terápia során az agyműködés környezeti ingereket szervező képessége számára kedvező helyzet teremtődik, és nagyobb valószínűséggel születnek adaptív mozgásválaszok. Ezek jól szervezett, az addigiakhoz képest komplexebb mintázatokat jelentő mozgásterveken alapulnak. Eredményükként, a feed-back mechanizmusok közreműködésével a következő érzékelési ciklus szabályozása – a különböző modalitású ingerek téri és idői aspektusainak értékelése, válogatása, gátlása, összehasonlítása – sokkal flexibilisebb módon szerveződhet. Az egyén tudatában pedig mindez a magabiztosság a környezet kompetens kezelésének élményében reprezentálódik. Egyes megfogalmazásokban (Fisher, Murray, Bundy 1991) ezt a folyamatot már nem cirkulárisként tételezik, hanem a nyitott rendszerekre jellemzően spirálisként. Az „önmegvalósítás spirális folyamata" egyidejűleg tartalmazza a testben, idegrendszerben zajló fiziológiai eseményeket és azok érzelmi és mentális reprezentációit. Tehát a szenzoros integrációs terápia sem hagyhatja figyelmen kívül az átélés sajátosságait, amennyiben az integrálás igényével lép fel.

12 Lásd ebben a kötetben Jakobi Nóra *Ölbeli játékok* című tanulmányát.

KONFERENCIA ÉS SZIMPÓZIUM

Jelentős esemény volt, amikor 1998 októberében a Lelki Egészségvédő Alapítvány szervezésében „A szenzoros integrációs terápiák magyarországi tapasztalatai" című kétnapos konferenciára került sor. A konferencián mutattuk be az Óbudai Nevelési Tanácsadó két klinikai pszichológus szakembere, Bedő Ilona és Molnár Magda dokumentumfilmjét (Bedő, Molnár, Kékesi 1998), amely elsőként foglalta össze a szenzoros integrációs terápia magyarországi alkalmazásának kezdeti tapasztalatait. A konferencia sikere további lendületet adott a hazai igényeknek megfelelő és a hazai hagyományokkal kapcsolatot találó sajátos terápiás megközelítési formák kidolgozásához. Jól követhető volt az a szemléleti és gyakorlati nyitottság, amely a legkülönbözőbb kreatív terápiás megközelítésekkel való ötvözés lehetőségét megteremtette: ma is zenével, tánccal, képzőművészeti tevékenységekkel együtt használják, hasonlóan ahhoz, ahogyan az ősi kultúrákban ezek mindig is szerves egységet képeztek.

2013 tavaszán „Tempo rubato"[13] címmel szimpóziumot rendeztünk, amelynek témája a szélsőséges gyermeki aktivitás és az alkalmazkodási próbálkozások támogatása volt. Megközelítésünkben a szélsőséges aktivitási formák a megfosztottság kifejeződését, a hiányállapot felmutatását jelenthetik, és ezzel párhuzamosan próbálkozást az öngyógyításra, valami vágyottnak az elérését. Szimpóziumunk arra kereste a válaszokat, hogy miként érthetjük meg, helyezhetjük jelentéssel bíró összefüggésrendszerbe a meghökkentő tempókban kifejeződő, vagy éppen azok mögött rejtőzködő tartalmi üzeneteket. Az erre való érzékenységet és nyitottságot terápiás kötelességünknek tekintjük azóta is. Közös meggyőződésünk, hogy csak az olyan megnyilvánulás, az olyan tempó tudhat igazán belülről változni, amely egy kapcsolatban elfogadást nyert, miután üzeneteinek megfejtésére a kapcsolatban hiteles kísérlet történt.

ALKALMAZÁSI TERÜLETEK HAZÁNKBAN

Tapasztalataink szerint a DSZIT-terápiát figyelemzavart és hiperaktivitást mutató, tanulási nehézségekkel küszködő gyerekek kezelésében alkalmazzák leggyakrabban természetesen más, erre épülő technikákkal együtt. Az intellektuális képességzavarok eseteiben, mozgássérült, halmozottan sérült és vak kisgyermekek korai fejlesztésében is fontos szerepe van.

A gyermekpszichoterápiák világában elsősorban azokban az esetekben használják, amikor a gyerek állapota nem teszi lehetővé a szokványos terápiás helyzet adekvát felfogását, elsősorban az autista gyerekek és a súlyosan hiperaktív gyerekek kezelésében, továbbá a megkésett beszédfejlődésű, elektív mutista, és pszichoszomatikus tünetekkel küzdő gyerekeknél.

13 Az olasz *tempo rubato* kifejezés 'lopott, rabolt idő'-t jelent. Eredetileg a zeneművészetben használták arra, ha egy hangot egy helyről „elloptak", és ez a „lopott idő" egy másik helyre kerülve tette lehetővé az eredeti kompozíció megváltoztatását. Azonban a tempo rubato hamarosan érzelmekkel átitatott, gazdag jelentéstartományt nyert. Így a kitűrött sémák elleni lázadásnak, a képzelet szabadságának, alkotó csapongásának, az autentikus jelenlétnek az egyik szimbólumává vált.

Újabban teret nyer a korai életkorban történő felhasználása is szabályozási nehézségek esetén. Az arousal és a testi állapotok szabályozása kritikussá válhat a környezethez való alkalmazkodás korai időszakában (DeGangi 2000). Az irritabilitás, az alvás- és evésproblémák, korai hangulatzavarok, figyelmetlenség gyakran járnak együtt a szenzoros feldolgozás rendellenességeivel, a motoros tervezés és az izomtónus beállításának hiányosságaival, amelyeket érdemes és lehet kezelni.

Hazai népszerűsége nemzetközi viszonylatban is figyelmre méltó. Ennek egyik valószínű oka az lehet, hogy a pszichoanalízis budapesti iskolájának tradícióira építkező hazai gyermekpszichoterápiáktól eredendően sem áll távol a minden gyermeki „megmozdulásra" való reagálás képessége, így a testi és pszichés bizonytalanságai, egyensúlyvesztése miatt megkapaszkodni vágyó gyermek megértése. Másik oka kapcsolatos azzal, hogy a szenzoros integráció gondolatköre beépülőben van a bölcsődei, óvodai, iskolai életbe, és találkozva a magyar óvodapedagógia, gyógypedagógia szellemiségével kölcsönösen termékenyítő hatással vannak egymásra. Mindez a tanulási és magatartási problémák sikeres prevenciójának egyik fontos, a játék fonalán a gyermekek életébe természetszerűen belesimuló aspektusát biztosítja.

A továbbiakban egy olyan területet emelek ki a felhasználási lehetőségek közül, amely a mi viszonyaink között még újnak nevezhető: a szenzoros integráció elveinek speciális alkalmazását az óvodai és iskolai egyéni konzultációban (Bundy 1991). Akár pedagógussal, akár szülővel konzultálunk, a cél az, hogy a gyerek olyan közegbe kerülhessen, ahol szenzoros integrációs korlátai ellenére is sikeresnek érezheti magát. Ehhez az szükséges, hogy a szülő vagy a pedagógus a konzultáció hatására új megvilágításban lássa a gyermeket, és képes legyen alternatív stratégiákat kidolgozni a vele való együttműködésre. A gyerekkel kapcsolatos vélekedés igen gyakran negativisztikus: lusta, éretlen, destruktív, figyelmetlen, rugalmatlan – és ez meghatározza, hogy hogyan viselkednek vele szemben. A helyzet átkeretezése, amely múlhatatlanul szükséges, csak akkor lehet eredményes, ha világossá tehető, hogy a gyerek szenzoros integrációs diszfunkciója hogyan érinti azt a kritikus képességet, amely a megfelelő tapasztalatszerzés gátjává vált, és hogy a kialakult nehézségekért nem tehető felelőssé a konzultációt kérő fél. Szükséges tehát, hogy a konzulens megfigyeléseket végezzen, tájékozódjon, kérdezzen, ismerje meg a gyerek kompenzációs technikáit, és ennek alapján határozzák meg a megoldható problémák körét.

A szülőkkel való konzultációknak például gyakori témája lehet, hogy a gyerek otthoni, mindennapos tevékenységeit hogyan zavarja a szenzoros integrációs diszfunkció, illetve hogyan zavarja mindez a teljes családot. Általában elmondható, hogy ezek a gyerekek szabad idejükben előnyben részesítik a passzív tevékenységeket, és életkoruknál regresszívebb szinten függenek a szüleiktől az idejük beosztásában is. Konzultációs technika alkalmazásával, azzal, hogy a szülő megérti a gyerek tüneteinek egy részét, és kompetensnek érezheti magát szülői szerepében, jelentős javulás érhető el a szülő-gyerek kapcsolatban, amely további kedvező változások kiindulópontja lehet.

Az ismeretterjesztés fontosságáról

Mint az eddigiekből látható, a szülőkkel való munkát a DSZIT-terápiában is lényegesnek tartjuk. Ennek hatékony formái – a szülőkonzultációtól a szülővel végzett pszichoterápiáig – igen eltérőek lehetnek, de az ismeretterjesztésnek ezen a területen kiemelt jelentősége van. Különösen akkor, ha néhány kivételtől eltekintve nem feltétlen a legszerencsésebb kézzel válogatták eddig a magyarra fordítandó könyveket, az összefoglaló szándékkal írt szenzoros integrációs vagy a szenzoros feldolgozásról szóló népszerűsítő műveket. A szülőknek szóló általános érvényű információátadás nem könnyű, saját gyermekük problematikáján keresztül lényegesen jobbak a megértés lehetőségei. Ennek ellenére fontos, hogy minél pontosabb és árnyaltabb kép kerüljön a szülők elé a DSZIT-terápia lehetőségeiről, hogy könnyebben eligazodhassanak a mozgásterápiás jellegű kezelések káoszában, amikor gyermekük számára megoldást keresnek.

Legalább ilyen fontos az is, hogy megismerhessék azokat az alapvetéseket, amelyek a szenzoros integrációs terápia elvi keretét adják, mert ezek a napi élet szervezéséhez adnak a civilizáció „túléléséhez" szükséges szempontokat. Természetesen nem minden család értékvilágához illeszkedik maradéktalanul ez a gondolatkör, de alapszintű ismerete mindenhol szükséges volna. A közeljövőben ezért a szülők számára, különösen a kisgyermekes szülők számra készülünk megfelelő szakmai anyagokat készíteni, elsődlegesen prevenciós céllal, de arra is gondolva, hogy azok a szülők, akiknek a gyermekei valamilyen nehézséggel küzdenek, szintén kaphassanak belőle ötleteket, javaslatokat gyermekük lehetőségeinek bővítése érdekében. Gádor Zsuzsanna Bonnie Kaplanra hivatkozva (Kaplan et al. 1993) írja, hogy „a terápia értéke nem is annyira a kezelési módszerben van, mint abban, hogy segítségével újraformálhatjuk gondolkodásunkat a gyermek nehézségeiről és alternatív stratégiákat dolgozhatunk ki számára otthoni és iskolai használatra egyaránt" (Gádor 2008, 158.).

A közgondolkodásba láthatatlan utakon máris beszivárogtak egyes üzenetek a szenzoros integráció világából, például az újonnan épített játszóterek játékai által, de tudományos megalapozottságuk még távolról sem ismert. Napjainkban a szülők és kisgyermekek mentális egészsége érdekében kifejtett erőfeszítések a korai kapcsolatok jelentőségének megértése és a kapcsolati minőség tudatos követése által ugyanígy „benne vannak a levegőben", azonban a korai fejlesztések hangzavarában néha nehéz meghallani ezek dallamát.

Irodalom

American Psychiatric Association (2014): *DSM-5: Referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*, Oriold, Budapest.

A Parent's Guide to Understanding Sensory Integration (1986): Sensory Integration International Publishers, Torrente.

Arnheim, D. D.; Sinclair, A.W. (1979): *The clumsy child: A program of motor therapy*. The C.V. Mosby Company, St.Louis, Toronto.

Ayres, A. J. (1973): *Sensory integration and learning disorders.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Ayres, A. J. (2005): *Sensory Integration and the Child: 25th Anniversary Edition,* Western Psychological Services, Torrance.

Bálint M. (1987): *Hiperaktivitás és iskolai teljesítménykudarcok: Kutatási beszámoló.* Oktatáskutató Intézet, Budapest.

Bedő I., Molnár M.; Kékesi A. (1998): *Labirintus.* Budapest, Arted Művészeti Kft.

Brüggebors, G. (1992): *Einführung in die Holistische Integration (HSI): Teil l: Sensorische Integration (IS) und holistische Evaluation.* Borgmann, Dortmund.

Brüggebors, G. (1994): *Einführung in die Holistische Integration (HSI): Teil 2: Von den HSI zur Holistischen Sensorischen Balance (HSB).* Borgmann, Dortmund.

Bundy, A. (1991): *Consultation and sensory integration theory.* In: Fisher, A. G. (ed.); Murray, E. A. (ed.); Bundy, A. C. (ed.): *Sensory Integration: Theory and practice.* F. A. Davis, Philadelphia.

Cipolla, C. M. (1969): *Literacy and Development in the West.* Penguin, London.

DeGangi, G.; Greenspan, S. I. (1989a): *The assessment of sensory functioning in infants.* Journal of Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, 9, 21-33,

DeGangi, G.; Greenspan, S. I. (1989b): *Test of sensory functions in infants.* Western Psychology Services, Los Angeles.

DeGangi, G. (2000): *Pediatric disorders of regulation in affect and behavior: A therapist's guide to assessment and treatment.* Academic Press, London–Waltham.

DeGangi, G. (2012): *The dysregulated adult: Integrated treatment approaches.* Academic Press, London–Waltham.

Densem, J. F.; Nuthall, G. A.; Bushnell, J.; Horn, J. (1989): *Effectiveness of a sensory integrative therapy program for children with perceptual-motor deficits.* Journal of Learning Disabilities, 22/4, 221–229.

Fischer, A. G. (ed.); Murray, E. A. (ed.); Bundy, A. C. (ed.) (1991): *Sensory integration: Theory and practice.* F. A. Davis, Philadelphia.

Foster, J. (1975): *The influences of Rudolf Laban.* Harper Collins Publishers, London.

Gádor, Zs. (2008): *Hatáselemzések és szenzoros integrációs terápiák.* In: Lőrincz, I. (szerk.): *A reneszánsz értékei, értékek reneszánsza.* Tanulmánykötet. Nyugat-Magyarországi Egyetem, Győr, 153–161.

Greenspan, S. I.; DeGangi, G.; Wieder, S. (2003): *The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) for infancy and early childhood: Clinical and research applications.* Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, Bethesda.

Hulme, Ch. (1981): *Reading retardation and multisensory teaching.* Routledge – Kegan-Paul, London.

Hoehn, T. P.; Baumeister, A. A. (1994): *A critique of the application of sensory integration therapy to children with learning disabilities.* Journal of Learning Disabilities, 27/6, 338–350.

Jenkins, J. R.; Sells, C. J. (1984): *Physical and occupational therapy: Effects related to treatment, frequency, and motor delay.* Journal of Learning Disabilities, 17/2, 89–93.

Kaplan, B.; Polatajko, H. J.; Wilson, B. N.; Faris, P. D. (1993): *Reexamination of sensory integration treatment: a combination of two efficacy studies.* Journal of Learning Disability, 26/5, 342–347.

Katona F. (1979): *Az öntudat ébredése,* Gondolat, Budapest.

Katona F. (1990): *Fejlődésneurológia és neurohabilitáció 2.: 6 hónapostól 2 éves korig.* Medicina, Budapest.

Kiesling, U. (2014): *Szenzoros integrációs terápia mint dialógus: Megértés, tanulás és fejlesztés a harmonikus fejlődés érdekében.* Medicina, Budapest.

Kiss T. C. (2002): *A Szenzoros Integrációs Terápia és holisztikus kiterjesztése, a Holisztikus Szenzoros Balansz.* Tudomány és Lélek, 4/6, 72–97.

Kulcsár, Zs. (2006): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók: Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai elemzésben,* Argumentum, Budapest.

Mailloux, Z. (1990): *An overview of the sensory integration and praxis tests.* The American Journal of Occupational Therapy, 44, 589–598.

Mulligan, S. (1998): *Patterns of sensory integration dysfunction: A confirmatory factor analysis.* American Journal of Occupational Therapy, 52/10, 819–828.

Nussbaum, A. M. (2013): *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve.* Oriold, Budapest.

Ottenbacher, K. (1982): *Sensory integration therapy: affect or effect.* American Journal of Occupational Therapy, 36, 571–578.

Parham, L. D.; Cohn, E. S.; Spitzer, S.; et al.(2007): *Fidelity in sensory integration intervention research.* American Journal of Occupational Therapy, 61, 216–227.

Pfeffer, B. A.; Koenig, K.; Kinnealey, M.; Sheppard, M.; Henderson, L. (2011): *Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A pilot study,* American Journal of Occupational Therapy, 65/1, 76–85.

Polatajko, H. J. (1985): *A critical look at vestibular dysfunction in learning-disabled children.* Developmental Medicine & Child Neurology, 27/3, 283–292.

Reményi T.; Schaefgen, R.; Gereben F.-né (2014): *Szenzoros integrációs terápiák alkalmazása a gyógypedagógiai fejlesztő munkában: 1. rész,* Gyógypedagógiai Szemle, 42/4, 293–304.

Reményi T., Schaefgen, R., Gereben F.-né (2015): *Szenzoros integrációs terápiák alkalmazása a gyógypedagógiai fejlesztő munkában: 2. rész.* Gyógypedagógiai Szemle, 43/2, 146–155.

Silver, L. B. (1987): *The „magic cure": A review of the current controversial approaches for treating learning disabilities.* Journal of Learning Disabilities, 20/8, 498–504.

Szvatkó A. (szerk.); Varga I. (szerk.) (1995/1999): *Szenzoros integrációs terápiák.* Tanfolyami segédanyag, kézirat, Budapest.

Szvatkó A. (2004): *A szenzoros integrációs terápiák és a gyógypedagógiai fejlesztés* In: Gordosné Szabó A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia: Nevelés és terápia,* Medicina, Budapest. 475–494.

Szvatkó A. (2014): *Előszó.* In: Kiesling, U.: *Szenzoros integrációs terápia mint dialógus: Megértés, tanulás és fejlesztés a harmonikus fejlődés érdekében.* Medicina, Budapest.

Varga I.; Kiss T. C. (2007): *Kreatív mozgásos terápiák egyetemi csoportokban: csoportdinamika, a nonverbális megközelítés jellegzetes élménymintázatai.* In: Demetro-

vics Zs. (szerk.), Kökönyei Gy. (szerk.), Oláh A. (szerk.): *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig: Tanulmányok Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére.* Trefort, Budapest, 383–414.

Vargas, S.; Camilli, G. (1999): *A meta-analysis of research on sensory integration treatment,* American Journal of Occupational Therapy, 53/2, 189–198.

Wiss, T. (1989): *Vestibular dysfunction in learning disabilities: Differencies in definitions lead to different conclusions,* Journal of Learning Disabilities, 22/2, 100–101.

Nondirektivitás a dinamikus szenzoros integrációs terápiában

Arató Domonkos – Duzsné Víg Zsuzsanna

Bevezetés

A dinamikus szenzoros integrációs terápia (DSZIT) főbb jellemzői közül talán a nondirektivitás az egyik legnehezebben megértett, a legtöbb kérdést felvető fogalom.

A nondirektivitás azt jelenti, hogy nem csinálunk semmit? Nem lenne sokkal hatékonyabb irányítani a gyermeket, feladatokat adni neki? Honnan tudja a gyermek, hogy mi az, ami fejleszti őt? Miben különbözik ez attól, ha egyszerűen a szüleivel elmegy egy játszóházba? Hol van az pont, ahol mégis be kell avatkozni? Mi fér bele a nondirektivitásba, meddig nevezhetem DSZIT-terápiának azt, amit csinálok?

Ilyen, és hasonló kérdések nemcsak abban merülhetnek fel, aki most kezdi az ismerkedést ezzel a terápiával. Egy több éve dolgozó szakembernek is újra meg újra – természetesen más és más szinten – meg kell találnia rájuk saját válaszait. Ebben a válaszkeresésben tapasztalatainak elemzése, végiggondolása éppen úgy segítséget nyújthat, mint a szakirodalom olvasása, vagy a többi terapeutával folytatott beszélgetés, gondolatcsere, esetmegbeszélés, szupervízió.

Írásunkban először áttekintjük, milyen segítséget adhat nekünk a nondirektivitás fogalmának, értékének, alkalmazásának megértéséhez azoknak a szakterületeknek az irodalma, amelyek metszéspontjában a DSZIT elhelyezkedik. Válogatásunk természetesen szubjektív, és inkább a jó átláthatóságra törekszik, mint a teljességre. Azután saját tapasztalataink, megfigyeléseink, illetve a munkatársainkkal folytatott eszmecserék alapján bemutatjuk, milyen válaszokat adhatunk a fenti kérdésekre. Gondolatainkat igyekszünk sok példával illusztrálni.

A nondirektivitás megjelenése a különböző diszciplínák szakirodalmában

Gyermekközpontú pedagógia

A pedagógiában a nondirektivitás mint tudatosan felvállalt érték és eszköz – az európai kultúrkörön belül – legnyilvánvalóbban a „rousseau-i fordulathoz" köthetően jelenik meg. Jean-Jacques Rousseau, a XVIII. században élt neves francia filozófus, társadalomtudós, író és pedagógus legfontosabb gondolatai közé tartozik a nevelés és az oktatás folyamatában a gyermek középpontba helyezése, megismerése és képességeinek kibontakoztatása. Az általa leghatékonyabbnak tartott „negatív nevelés" pedig

a gyermeket indirekt módon, megfelelő élethelyzetek megteremtése révén formálja, alakítja. Pedagógiai koncepciója természetesen nem előzmények nélküli, s nem is független a kor gondolkodási, nevelési áramlataitól. Ennek igazolására Szókratész és Néri Szent Fülöp pedagógiai elméletét, módszereit érdemes feleleveníteni (Pukánszky, Németh 1996).

Több mint kétezer évvel Rousseau előtt *Szókratész*, a görög filozófus azt vallotta, hogy az ismeretek, gondolatok már eleve benne rejlenek az emberi lélekben. A tanító feladata az, hogy segítsen ezeknek „világra jönni", éppen úgy, ahogyan a bába életre segíti az újszülött kis csecsemőt. A tudás átadását tehát nem egyirányú, a tanulót passzivitásra kényszerítő folyamatnak képzelte el. Inkább azt tűzte ki célul, hogy a kérdéseire válaszoló tanítvány önmaga találjon rá a jó megoldásokra, jusson el a helyes feleletekig. Módszerét éppen ezért „maieutiké tekhné"-nek, azaz a 'bábáskodás művészetének' nevezte el.

A XVI. században élt olasz pap, *Néri Szent Fülöp* által alapított oratoriánus mozgalom még évszázadokkal később is élt és növekedett, s pedagógiai elvei a fiatal Rousseau-ra is nagy hatással voltak. Az oratoriánusok nevelési gyakorlatát leginkább a növendékek iránt tanúsított feltétel nélküli szeretet, a derűs, barátságos, emberséges légkör jellemezte. Néri Szent Fülöp nyomán a nevelés fontos, nélkülözhetetlen részének tekintették a felszabadult, belülről fakadó, örömmel végzett gyermeki öntevékenységet. A növendékekkel közösen szervezett, sokszínű foglalkozások erre számtalan lehetőséget biztosítottak: az atyák együtt tanultak, énekeltek, játszottak, adtak elő színdarabokat, vagy éppen kirándultak a rájuk bízott gyerekekkel. Így a gyermekek vonzó, életszerű keretek között szerezhették meg az alapvető elemi ismereteket.

Rousseau sok vitát kiváltó pedagógiai regényében (*Emil, avagy a nevelésről*, 1762) alaptételként jelenti ki, hogy a gyermek eredendően jó, és csak a társadalmi együttélés rontja őt meg. Erre az alaptételre építi fel nevelési rendszerét. Legfontosabb célja, hogy tanítványát boldognak lássa, ezért nem kényszeríti felnőttes megnyilvánulásokra, inkább hagyja, hogy megélje a gyermekkort. Embert akar nevelni belőle, olyan embert, aki képes mindenütt megállni a lábán. A műveltség, a tudás helyett a nevelés, oktatás középpontjába tehát magát a gyermeket helyezi, ez a „rousseau-i fordulat" lényege.

Ha a nevelés, oktatás a gyermekből indul ki, logikusan következik, hogy minél jobban meg kell ismernünk őt, hiszen csak így tudjuk a benne szunnyadó lehetőségeket, erényeket kibontani. Ezért a pedagógus munkájának fontos része, hogy meglesse a gyermek természetét, és jól hasznosítható, pontos ismereteket gyűjtsön róla. Elméletéhez jól illeszkedő módszert választott, amelyet „negatív nevelésnek" nevezett el. A negatív nevelés nem egy passzív kivárás, inkább egy nagyon is aktív tevékenység. A nevelő folyamatosan igyekszik megteremteni azokat a körülményeket, amelyek a gyermekre fejlesztő hatást gyakorolnak. Olyan helyzetek, szituációk kialakulását segíti elő, amelyek átélése révén a gyermek életre szóló tapasztalatokat szerezhet. Rousseau leszögezi, hogy a megrendezett nevelési körülményeknek mindig összhangban kell lennie a gyermek fizikai-lelki fejlettségével.

Rousseau pedagógiai rendszere sok elméleti és gyakorlati szakemberre gyakorolt nagy hatást, az iskolai élet alapjait azonban igazán látványosan először a XX. században, az alternatív pedagógiai irányzatok révén formálta át. A gyermekközpontúság, a gyermek megismerésének fontossága, az öntevékenység serkentése központi elemévé vált szinte valamennyi reformirányzatnak. Nézzük ezt meg röviden három híres iskolaalapító példáján keresztül!

Maria Montessori (olasz orvos, pedagógus, a Gyermekek Háza alapítója) azt vallotta, hogy akkor a legeredményesebb a nevelés, ha a gyermekeket hagyjuk önállóan cselekedni. A túlvédő gondoskodás ugyanis csak akadályozza az egészséges fejlődést. Ezért arra törekedett, hogy a gyermek mindent, amire képes, önállóan végezzen el.

Véleménye szerint meg kell adni a gyermeknek a lehetőséget, hogy maga alkossa meg képzeteit, fejlessze érzékszerveit, építse meg saját gondolatvilágát, ahelyett, hogy a felnőttől készen kapná ezeket, passzív befogadóvá válva. A szabad, öntevékeny cselekvés határa csak a közérdek (mások érdekének sérelme) lehet. Így kifejlődhet a gyermekben a kezdeményezőkészség, az önbizalom, de ezzel párhuzamosan megtanulja mások jogait is elismerni és értékelni.

Rudolf Steiner (német filozófus, természettudós, pedagógus, a Waldorf iskolák alapítója) több írásában is kifejtette, hogy a nevelőnek „nem kívülről kapott követelményeket, önkényesen meghatározott programokat kell a gyerekbe táplálnia, hanem az élet, és az azt tükröző gyermeki természet leírásán alapuló fejlődési törvényszerűségeket kell figyelembe vennie" (Pukánszky, Németh 1996, 521.).

Fontosnak tartotta, hogy a gyermek számára egy ingergazdag környezetet biztosítson, ahol minél kevesebb a korlát, és minél több a tapasztalatszerzés, az egyén érettségének megfelelő kihívások lehetősége. A pedagógiai környezet minőségének meghatározó eleme a nevelő őszinte derűje és érzelmi biztonságot nyújtó szeretete.[1]

Peter Petersen (német iskolaigazgató, egyetemi tanár, a Jena-plan kidolgozója) az öntevékenység megfelelő közegének az egyént formáló közösséget tekintette. Az iskolában egy olyan nevelő közösséget akart kialakítani, amelyben a gyerekek saját, belső motivációból fakadó tevékenységük révén – hosszú távon – önmagukat harmonikus, érett személyiséggé fejlesztik. Módszerei között szerepelt az önálló munka, a gyermeki felfedezés ösztönzése, a heti munkát kezdő és lezáró beszélgetőkör, valamint a dramatikus és mozgásos játékok felhasználása a tanulásban.

1 Rousseau, Montessori és Steiner gyermekképéről lásd még e kötetben Varga Izabella *Az idői mintázólások jelentősége a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című írását.

SZABAD CSELEKVÉS – A KERET ÉS A SZERZŐDÉS FONTOSSÁGA A DINAMIKUS PSZICHOTERÁPIÁBAN

A Sigmund Freud pszichoanalitikus elmélete nyomán kibontakozó dinamikus pszichoterápiás módszer alapvető jellemzője a nondirektivitás. Freud és követői szerint csak így hozható létre az a feltétel nélküli, elfogadó atmoszféra, amely lehetővé teszi a rejtett érzések felszínre kerülését (Malan 1989). A felnőttek terápiájában használt szabad asszociációs módszer – vagyis, hogy a páciens a beszédben teljes szabadságot kap, a terapeuta pedig ráhangolódva értelmezéseivel követi őt – a gyermekterápiában nem tűnt hatékonynak, vagy akár kivitelezhetőnek. A szabad verbalitás helyét ezért Anna Freud és Melanie Klein nyomán a *szabad cselekvés* vette át. A gyermek játéka vagy kreatív tevékenysége révén felszínre hozza a benne jelen lévő pszichés konfliktusokat, feszültségeket, és a terapeuta (szóbeli vagy játékba integrált) intervenciói révén feldolgozza azokat.

Az azonban már a dinamikus gyermekpszichoterápia első művelői számára is gyorsan nyilvánvalóvá vált, hogy a nondirektív működésmód nem járhat együtt a teljes, korlátok nélküli szabad cselekvéssel. A teljesen szabad cselekvés ugyanis szinte kiprovokálja a fék nélküli agresszió megjelenését, amely viszont nagyon hamar a terápiás folyamat akadályává válhat. Ilyen akadályt jelent például a gyermekben tettei nyomán keletkező intenzív bűntudat, a terapeuta biztonságot nyújtó szerepének veszélybe kerülése, vagy az, hogy a túlzott agresszió következményei gyakran a terápiás helyzet határain kívül is megjelennek. Ezek megelőzésére olyan szabályokat kellett lefektetni, amelyek világosan meg tudják mutatni, hol vannak a szabad cselekvés határai. A szakemberek között ezért konszenzus alakult ki arról, hogy a terápiába kerülő gyermek nem tehet az órán olyat, amivel fizikai kárt, sérülést okoz önmagának vagy a terapeutának, és nem rongálhatja a rendelő berendezését, eszközeit sem. Ezek a szabályok a pszichoterápiás keret részét alkotják, és bekerülnek a gyermekkel kötött szerződésbe is (Halász, Ingusz 2000).

De mit ért a pszichoterápiás elmélet *keret*, illetve *szerződés* alatt? Ennek a két fogalomnak az ismerete – és persze használata – nélkülözhetetlen a terápiás munka során, különösen nondirektív szemlélet esetén.

A *keret* tulajdonképpen egy összetett szabályrendszer, amely kijelöli a terápia játékterét, vagyis azokat a határokat, amelyeken belül a közös munka megvalósulhat. Ezeknek a határoknak a megtartása teszi biztonságossá a terápiás folyamatot, egyaránt védve a pácienst és a terapeutát. Fontos viszonyítási pontot ad, amelyhez képest megítélhetjük egy cselekvés, vagy éppen egy eredmény szerepét, súlyát a terápia célja szempontjából. Konkrétan megfogalmazva a keretnek ugyanúgy része a helyszín, az időpont, az idői ritmus, mint az, hogy mit tehet, vagy nem tehet meg a terapeuta, vagy éppen a páciens (Szőnyi 2000).

A gyermekpszichoterápiában a terápiás keret célja, hogy olyan viszonyokat hozzon létre, amelyben a gyermek leginkább meg tudja mutatni önmagát, őszintén ki tudja fejezni vágyait, gondolatait, érzéseit, és ahol szabadon kialakíthatja saját világát. Ezt a keretet a terapeuta képviseli és tartja fenn folyamatosan. Szavaival és tetteivel, minden reakciójával azt üzeni, hogy a gyermek megnyilvánulásainak tág tere van a terá-

piában. Ugyanakkor szabályozó szerepében világossá teszi, hogy mi az, ami mégsem engedhető meg, vagyis be kell hoznia a realitást, éppen a gyermek épsége védelmében (Halász, Ingusz 2000).

Mit nevezünk szerződésnek? A *szerződés* egy együttműködési megállapodás a páciens és a terapeuta között. A szerződés része a keretek megismerése és vállalása, a terápiás kapcsolat egyetértésen alapuló szabályozása. Tartalmazza tehát a terápia célját, a kliens és a terapeuta tennivalóit és munkamódját, a terápia jellegzetességeit és körülményeit. Ritkán van szükség arra, hogy ezt a résztvevők írásban rögzítsék, ennél fontosabb, hogy világosan, egyszerűen, érthetően, a páciens számára követhetően, a szakmai nyelvezetet lehetőleg kerülve legyen megfogalmazva (Szőnyi 2000).

Hogyan köthetünk szerződést a gyermekterápiában? Itt ez az egyesség gyakran egy hosszabb folyamat során formálódik ki. Bár egy kisebb gyerek általában nem alkalmas egy összetett feltételrendszer befogadására, azt vele is át lehet beszélni, hogy miért jött, mi a célja a közös munkának, hogyan fog ő és a terapeuta együtt játszani, dolgozni, és mit tehet meg, illetve mit nem a terápiás órákon. A gyermekkel kötött terápiás szövetség gyakran a betegségbelátásnál erősebben támaszkodik a szeretetigényre. A terapeutával létrejött kapcsolat, a kizárólagos figyelem és az élvezetes közös játék, a biztonság és a védelem érzése legtöbbször elegendő motivációt biztosít a terápia fenntartásához. A kialakuló erős pozitív kapcsolat lehetséges veszélyei azonban ismét a keret fontosságára hívják fel a figyelmet (Halász, Ingusz 2000).

A SZABADSÁG ÉS A STRUKTÚRAADÁS EGYENSÚLYA A GYÓGYPEDAGÓGIA IRÁNYZATOKBAN

A gyógypedagógiai segítségnyújtás során a nondirektivitás alapvető értékként és eszközként jelenik meg. A következőkben néhány olyan terápiás irányzatot emelünk ki, amelyekben a nondirektivitás kiemelt szerepet játszik, s amelyeknek technikáit a DSZIT-terápiában is szoktuk használni.

Az egyik ilyen irányzat a *művészetterápia*, amely a XX. században vált ismert és elfogadott gyógyító tevékenységgé. A terápia központi eleme a szavak nélküli kifejezés lehetősége. Az embereknek gyakran okoz nehézséget önmagukról, vágyaikról, problémáikról beszélni. A zenén, a táncon és a képeken keresztül az önkifejezés szabad utat kap (Farkas 2009).

A művészetterápia fontos része a létrehozott alkotás, a művészi alkotás ugyanis az ember legősibb kifejezési formája. A művészet elősegíti az élet értékeinek, szépségeinek felfedezését, gondolatokat, érzéseket örökít meg, és mindezt konkrét módon teszi, érzéki benyomások, élmények alapján (Masopust 2007).

Az alkotás folyamatában nagy szerepet játszik a nondirektivitás, a szabad öntevékenység. Egy elfogadó, támogató térben és közösségben folyik a munka, ahol ugyanakkor az intenzív személyiségépítés is megtörténik. A terápia során az egyén teljes személyiségével vesz részt a foglalkozásokon, s minél nagyobb kreativitással

dolgozik, annál pozitívabb a terápiás kimenetel. A cél az önismeret növelése, a belső élmények, traumák, feszültségek, szorongások feldolgozása. A terapeuta mint a folyamatot beindító, kísérő és támogató társ van jelen. Művészetterápiás irányzat például a képzőművészet-terápia (pl.: festés, rajzolás, agyagozás), a táncterápia (pl.: integrált kifejezés- és táncterápia) vagy a zeneterápia (Farkas 2009).

A zeneterápiák közül látványos szerep jut a nondirektivitásnak például Carl Orff zenei pedagógiaelméletében, ahol a közös hangszeres zenélések meghatározó része az improvizáció, amely lehetővé teszi, hogy a gyermekek saját fantáziájukat felhasználva játékosan, próbálkozva ismerkedjenek meg a zene alapelemeivel. Ebben a zenei szabadságban oldódni tudnak gátlásaik, szorongásaik, és nincs szükségük a kész sémákra sem (Stipkovits 2012).

A művészetterápia szemléletéhez hasonló elemek – mint például az elfogadás, támogatás, kísérés – jelennek meg az úgynevezett *állatasszisztált terápiában* is. Az állatokat segítőtársként bevonó módszer hazánkban még újnak számít, de a nemzetközi tudományban és terápiás gyakorlatban már elfogadott segítő módszer. Bevezetőjének Boris Levinson amerikai pszichológust tekintjük, aki az 1960-as években először vizsgálta és írta le az állatok jótékony terápiás hatását. Azóta már számos vizsgálat igazolta, hogy az állatok jelenléte támogatja a betegek lelki és testi felépülését.

Az állatasszisztált terápia egy célorientált beavatkozás, amelynek során egy erre a célra képzett állat terápiás folyamatba való bevonásával érik el a kitűzött terápiás célt. A terápia célja sokféle lehet, például mozgásjavítás, érzelmi, szociális, kognitív fejlesztés, a kommunikáció serkentése, az életminőség javítása. A terápiás foglakozásoknak két típusa a rendszeres látogatásokon alapuló, illetve az állat állandó jelenlétére, és az ezáltal kiváltott hatások felhasználására alapozott terápia.

Ebben a módszerben kiemelt szerepe van az ember-állat kapcsolat jótékony hatásainak és a nondirektivitásnak. A terápiás folyamatban a kiképzett állat terapeutaként alkalmazkodik az egyénhez, akivel dolgozik. Nem direkt módon irányítja annak cselekedeteit, hanem kiépít egy bizalmi kapcsolatot, majd kíséri, támogatja, segíti az embert igényei szerint. Jelenléte fizikai és érzelmi támaszt nyújt. Az állatokat az emberek olyan közel engedik magukhoz, amennyire embertársaikat nem szokták. Képesek rájuk igazi társként tekinteni, bizalmukba fogadják őket, megnyílnak nekik, ezáltal ellazulnak és lelkesebben vesznek részt a feladathelyzetekben, szinte észre sem veszik, hogy feladatot hajtanak végre. Egy állat jelenléte motivációt ad, fenntartja az érdeklődést és a figyelmet, mellette az emberek önállóbbakká, magabiztosabbakká válnak (Babos 2013).

Az *Affolter-modell* és *-terápia* technikája jól szemlélteti a nondirektivitás lehetséges fokozatait a pedagógiai munkában. Kidolgozása a neves svájci gyógypedagógus és pszichológus Félicie Affolter nevéhez fűződik. Affolter az észlelési zavarok kialakulását a korai gyermekkorra teszi, és a taktilis-kinesztetikus észlelés rendellenes fejlődésére vezeti vissza. Módszere és terápiás gyakorlata nagymértékben különbözik más, itthon is alkalmazott irányoktól (Ayres, Sindelar, Frostig-terápia stb.), terápiás technikáját mégis érdemes összevetni Ayres szemléletével.

A terápia középpontjába Affolter a „vezetést" állítja. Munkatársaival kidolgozta, hogyan kell a gyermek testét, elsősorban a kezeit, ujjait úgy vezetni, hogy az a lehető legtöbb taktilis-kinesztetikus tapasztalást eredményezze. A vezetés módjának azonban fokozatai vannak, alkalmazkodva a gyermek szükségleteihez (Csányi 2012):

- *Intenzív vezetés:* A terapeuta a gyermeket a háta mögött elhelyezkedve stabilan átfogja. Karjait, kezeit a gyermek karjaira, kezeire helyezi, ujjai az ő ujjain vannak, de kissé hátrább, hogy mozdulatait ne akadályozza. A cél, hogy a gyermek megérintsen, átfogjon és mozgasson egy adott tárgyat, észlelve annak tulajdonságait (forma, állag, nagyság stb.). Ugyanakkor fontos, hogy megtapasztalja a váltakozó ellenállást is. A vezetés ilyenkor kiterjed az interakcióra, vagyis a tárgyra való ráhatásra is, de végigkíséri az egész folyamatot.
- *Segítő vezetés:* A terapeutának csak az interakciónál, a konkrét cselekvésnél (pl. egy alma félbevágása) kell belépnie, az oda vezető úton nem fogja a gyermeket.
- *Problémahelyzetre vezetés:* Akkor alkalmazzák, amikor a gyermeknek még kevesebb vezetésre van szüksége. Ilyenkor a terapeuta csak akkor avatkozik bele a tevékenységbe, amikor egy problémahelyzetben kell megtámogatni a gyermeket, mert különben elakadna.

Ez a terápiás hozzáállás Ayres elképzeléseihez hasonlóan egyensúly kialakítására törekszik az önálló tevékenység és az irányítás között.

A gyógypedagógia területén azonban természetesen – a nondirektivitás vonatkozásában is – *Anna Jean Ayres,* amerikai foglalkoztatóterapeuta (occupational therapist) és pszichológus munkássága a legfontosabb forrásunk. Ayres *A szenzoros integráció és a tanulási zavarok* című könyvében (Ayres 1972) egy egész fejezetet szentel annak, amit ő „a terápia művészetének" hív. Itt fogalmazza meg talán a legnyilvánvalóbban, miért gondolja a szenzoros integrációs terápia alapvető jellemzőjének a nondirektivitást.

Ayres fontosnak tartja leszögezni, hogy a terápia során elsősorban a gyermek öntevékenységére kell építeni, hiszen csak ő maga tudja saját idegrendszeri működését egyre hatékonyabban megszervezni. A terapeutának az a feladata, hogy a gyermek számára olyan környezetet teremtsen, amely segíti az érést és az integrációt, serkenti a fejlődés irányába ható belső erőket, és támogatja az önirányítás erősödését. Önirányítás alatt Ayres azt érti, amikor valaki akarja és képes is önmagát értelmesen irányítani, továbbá elégedett a környezet kihívásaira adott válaszaival. A terápiás környezet akkor megfelelő, ha lehetővé teszi az ezeket a célokat szolgáló mozgásválaszok megjelenését. Mikor szolgálja leginkább egy mozgás a szenzoros integráció fejlődését? Ha van irányultsága, ha a gyereknek erőfeszítést kell tennie, vágy és akarat ébred benne, hogy legyőzze a nehézségeket, ezek eredményeként pedig hatékony interakció valósul meg a test és a környezet között.[2]

2 Lásd még e kötetben Varga Izabella *Az tálöl mintázódások jelentősége a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című írását.

mára, amelyre támaszkodva valósul meg a későbbi független teljesítmény. Ezt a vidám, játékos együttlét motiváló ereje ugyanúgy szolgálja, mint a sikeres feladatmegoldás felé terelgetés.

Linda Tickle-Degnen és Wendy Coster éppen ennek a két tényezőnek (a játékos együttlétnek és a feladatmegoldás felé terelésnek) a szerepét vizsgálták a szenzoros integrációs terápiás folyamat kezdeti időszakában. Megfigyelésük szerint a gyermek és a terapeuta kooperatívan és egymásra hangolódva közösen alakították ki azt a kettő közötti egyensúlyt, amely leginkább segítette a megfelelő mértékű kihívásokkal való megküzdést (Tickle-Degnen, Coster 1995). A vizsgált fogalompár és a velük kapcsolatos megfigyelés mindenképpen emlékeztethet minket Ayres gondolataira a szabadság–struktúra dichotómia vonatkozásában.

| Hogyan gondolkodik a DSZIT-terápia a nondirektivitásról?

A három szakterület – a pedagógia, a pszichológia és a gyógypedagógia – témánkhoz kapcsolódó gondolatainak, tapasztalatainak áttekintése után már könnyebb megfogalmaznunk, mit is jelent számunkra a nondirektivitás.

A DSZIT-terápia elsődleges célja az, hogy elősegítse az idegrendszer érését, a mozgásos és érzékszervi rendszer integrációját, az érzelmek és az egész személyiség harmonikus fejlődését.

Ezt a célt tapasztalataink és meggyőződésünk szerint a leghatékonyabban nondirektív szemléletben dolgozva érhetjük el. A gyermeki idegrendszer működését ugyanis – ahogy Ayres is vallja – csak a gyermek maga tudja (saját motiváció és tervezés nyomán létrejövő, célra irányuló és erőfeszítést igénylő) öntevékenysége révén egyre magasabb szinten megszervezni. A terapeuta feladata az, hogy ebben minden eszközével támogassa őt. Egy olyan terápiás környezetet kell létrehoznia, amely maximális teret biztosít a gyermek belső indíttatásból fakadó mozgása, érzékszervi tapasztalatszerzése számára, ugyanakkor kapcsolati és tárgyi vonatkozásaiban egyaránt biztonságot és inspirációt nyújt, s ezáltal felszabadítja a fejlődés és az önirányítás irányába ható belső erőket.

A terápia kiindulópontja tehát a gyermek. Nemcsak abban az értelemben, hogy a diagnosztikus munka során igyekszünk őt magát és nehézségeit minél alaposabban megismerni, és a terápia személyre szabott céljait, főbb irányait a megszerzett ismeretek alapján megtervezni. Hanem abban is, hogy a terápia folyamatában a gyermekre hangolódva, ötleteire nyitottan, motivációit, reakcióit folyamatosan monitorozva vagyunk jelen. A viselkedés, valamint a különböző csatornákon megjelenő testi és lelki válaszreakciók megfigyelése segít minket abban, hogy lássuk, egy-egy eszköz vagy mozgás milyen hatást váltott ki, mennyire állítható az érés, az integráció szolgálatába. Továbbá tudósítanak minket arról is, hogy a gyermeknek milyen formájú és mértékű támogatásra van szüksége.

A terápiás tér, a kapcsolat és a közös munka határainak védelme érdekében – a nondirektív szemlélet alkalmazása esetén – fokozottan szükségesnek tartjuk a keretek és a szerződés alapos végiggondolását, végigbeszélését a gyermekkel és szüleivel egy-

A terapeutának meg kell találnia az egyensúlyt a szabadság és a struktúra között. A szenzoros integrációs terápia során mind a kettőre folyamatosan szükség van, hiszen míg a struktúra tereli a gyermeket a terápiás célok felé, addig a szabadság biztosítása támogatja az önirányítás, a belülről épülő integráció fejlődését. Nagyon fontos, hogy a két dimenzió egyensúlyban legyen. A túlzott struktúra ugyanis hamar ellenállást kelt a gyerekekben, a szabadság szélsőséges mértéke pedig valószínűbbé teszi a céltalan mozgások, illetve az öncélú agresszió megjelenését. A kettő közötti egyensúly helye azonban nem egy statikus pont, hanem folyamatosan változik. A helyes egyensúly finom érzékelése a terapeutától különleges képességeseket igényel. Ayres szerint ez már több mint technikai tudás: ez művészet.

Mégis, mi az, ami megmutatja nekünk, hogy milyen mértékű struktúrára van szükség, és mekkora szabadságot adhatunk az adott terápiás helyzetben? Elsősorban magából a terápiában részt vevő gyermekből indulunk ki. Az ő megfigyelése (milyen a teljesítménye, a hangulata, az érzelmei, a mozgása) segít eltalálni az optimális egyensúlyt a szabadság és a „finom manipuláció" között. A terápia kezdetén, a vizsgálatok után rendelkezünk egy tudással a nehézségekről, ez már szempontokat ad a kezelési célok és eszközök kiválasztásához. Amikor elkezdődik a közös munka, a gyermek reakciói jól mutatják, mi az, aminek terápiás hatása van, például egy mozgás kapcsán az átélt öröm jelzi, hogy az a játék egy irányba mutat a fejlődési szükségletekkel.

Milyen nehézségek akadhatnak a terápia során, és mit tehetünk ilyenkor?

- Előfordul, hogy a gyerekek nem akarnak/tudnak együttműködni, motivációs rendszerüket inkább az erős érzelmi és izgalmi állapot, saját kapacitásaik kipróbálásának a vágya, és egy-egy nagy örömöt okozó feladathoz való ragaszkodás jellemzi. Ilyenkor gyakran az irányítást és az idői strukturálását sem tűrik. A terapeutának ekkor is törekednie kell az együttműködés megteremtésére.
- Vannak olyan gyerekek, akik nem nagyon igyekeznek felfedezni saját képességeiket. A terapeuta ilyenkor intervencióival, segítségével, támogatásával, javaslataival igyekszik kihozni belőlük azt, amit ők maguktól nem tudnak. A pillanatnyi helyzetekhez alkalmazkodva, és azokat továbblendítve lehet segíteni ezeket a gyerekeket az önirányítás kialakulása felé.
- Ha a gyermek negatív választ ad egy terápiás szituációra, az általában azt jelzi, hogy itt meg kell állni, és elemezni kell a helyzetet. Előfordulhat például, hogy az adott feladat túl összetett volt az aktuális szenzoros integrációs állapotához képest.
- Ha egy mozgás nagyon repetitívvé válik, előfordulhat, hogy a terapeutának be kell avatkoznia, és segítenie kell, hogy a gyermek váltani tudjon.

Ayres gyermek-terapeuta kapcsolatra vonatkozó szemlélete összecseng a későbbi fejlődéselméletekkel is, amelyek számos kutatás során igazolták, hogy a kisgyermek fejlődését az őt körülvevő személyekkel való kapcsolata milyen sokféleképpen befolyásolja. Barbara Rogoff (idézi Tickle-Degnen, Coster 1995) például hangsúlyozza, hogy a gyermek napi aktivitásainál jelen levő felnőtt a kettejük között megvalósuló verbális és nonverbális interakciók révén egy olyan „álványzatot épít" a gyermek szá-

aránt. Mi a célunk, hova szeretnénk eljutni, mit tudunk ígérni a szülőnek és mit nem, mit tehet a gyermek a terápiás térben és mit nem – csak néhány a tisztázásra váró alapkérdések közül, amelyek elhanyagolása könnyen félreértések, csalódások forrásává válhat, vagy akár félbe is szakíthatja a terápiát.

A nondirektivitás semmiképpen sem egy passzív, mindent megengedő jelenlét a terápiás térben, hanem egy határozott célok érdekében folyamatosan fenntartott aktív szerepvállalás. Ennek a szerepvállalásnak egyik végpontja a *szabadság* (ráhangolódás a gyermekre, bátorítás, támogatás stb.) másik végpontja pedig a *struktúra* (keretek, szerződés, a gyermeknek adott ötletek, javaslatok, minták stb.). A terapeuta feladata, hogy a két szélsőség között azt a folyton változó egyensúlyi pontot megtalálja, amely az adott gyermeknél, az adott pillanatban a terápia célját leginkább szolgálja. A struktúra és a szabadság közötti egyensúlyi pont elhelyezkedése függhet a terápia jellegétől (pl. pszichoterápiás vagy fejlesztő jellegű), a gyermek problematikájától (pl. értelmi fogyatékosság, autizmus, hiperaktivitás), a gyermek személyes jegyeitől (pl. aktivitás, kreativitás, félénkség) vagy aktuális állapotától (pl. fáradt, felszabadult). Természetes azonban az is, hogy a terapeuták sem egyformák, és végzettségük, tapasztalataik, temperamentumuk egyaránt befolyásolja, hol találják meg azt az egyensúlyi helyzetet, amelyben jól tudnak dolgozni. Az a konkrét tevékenység (mozgás, játék) tehát, amely egy terápiás órán végül megvalósul, ennek a sokféle paraméternek az eredőjeként a terapeuta és a gyermek folyamatos verbális és metakommunikatív párbeszédében formálódik ki.

A szabadság és a struktúra ugyanakkor más szempontból nézve nem tekinthetők egymást kizáró ellentétpárnak. Hiszen a gyermek a szükséges szabadságot megkapva válik képessé arra, hogy a hatékonyabb működését szolgáló (pl. téri, idő) struktúrákat saját maga, belülről építkezve teremtse meg, ami nagyon fontos előrevivő tényezővé válhat a fejlődés, a gyógyulás útján (Kiss, Varga 2007).

Ez a munkamód jellegzetességeiből fakadóan, de mindennapi tapasztalataink szerint is nagy örömöt okoz a gyerekeknek, felkelti belső motivációjukat, növeli önbizalmukat, felszabadítja kreativitásukat és fantáziájukat. Ennek tulajdonítjuk azt, hogy a gyermek életéből relatíve rövid időt (heti egy-két órát) elfoglaló terápia katalizáló erőként működve képes látványos változásokat beindítani, és hatékonyan segíteni az idegrendszer érését és integrációját, a személyiség autonómiáját, a mozgás, az értelmi és az érzelmi funkciók harmonikus összerendeződését.

Ami a nondirektivitásba belefér – intervenciós eszközök a DSZIT-terápiában

A következőkben olyan intervenciós eszközöket, vagyis támogatási módokat szeretnénk bemutatni, amelyekkel a DSZIT-terápia során segíthetjük a gyermeket abban, hogy a fejlődését, idegrendszeri integrációját az adott pillanatban leginkább szolgáló érzékelést, mozgást megtalálja és véghezvigye. A terapeuta tevékenységeit egy képzeletbeli skálán helyeztük el, amelynek egyik végpontja a teljes szabadság biztosítása, a másik pedig a szigorú strukturálás. Ennek a képzeletbeli skálának természetesen

ezek csak önkényesen kiemelt csomópontjai, a terapeuta lehetőségei mérhetetlenül gazdagabbak a következőkben felsoroltaknál. Hiszen a terápiás „dialógus", a folyamatos együttműködés során sokszor szavak nélkül, nehezen megfogalmazható módon történik meg az intervenció.

A bemutatott lehetőségek annak az egyensúlypontnak a megtalálását szolgálják, amelyet már az előző részben bemutattunk. Alkalmazásukra ezért a gyermek aktuális állapotára, igényeire ráhangolódva kerülhet sor, folyamatosan monitorozva, hogy inkább a szabadság, vagy éppen a struktúra irányába érdemes-e elmozdulni. A cél azonban mindig ugyanaz marad: maximalizálni az esélyét annak, hogy a gyermek belső motivációra és tervezésre épülő, erőfeszítést igénylő öntevékenysége sikeresen megvalósuljon.

1. Mozgások kitalálása

a) Kezdőkérdés, kezdőötlet

A terápiás óra elején, miután a gyermek néhány mondatot mondott arról, mi történt vele legutóbbi találkozásunk óta, gyakran a következő kérdések valamelyikével indítjuk a játékot: *Gondolkodtál rajta, mit fogunk ma csinálni? Van valamilyen ötleted, hoztál magaddal valamilyen tervet?* Vagy csak egyszerűen: *Kíváncsian várom, hogy ma mit találsz ki.* Így biztosítunk lehetőséget azoknak a fantáziáknak, vágyaknak a becsatornázására, amelyeket a gyermek akár már napok óta a fejében dédelget. Gyakorlottabbak számára több érzékszervi csatorna bevonását is felajánlhatjuk *(Kérsz hozzá valamilyen zenét? Kérsz hozzá sötétet?).*

A hatéves, bizonytalanul mozgó, félénk Marci világos elképzelésekkel érkezett az órára. Ő ma kéményseprő lesz, akinek egy hatalmas kéményt kell teljesen kitisztítania. Azt is tudta, hogy a kémény a nagyhenger lesz, a korom benne a nagylabdák, és egy hosszú rúddal tudja majd kitisztítani onnan őket. Azt azonban, hogy hogyan tudja a nagylabdákat a hengerbe begyűjteni, utána hogyan tud oda bemászni, és végül miként löki ki a „kormot", csak elképzelni volt könnyű. Megvalósításához egy egész órányi kitartást, erőfeszítést, bátorítást, önmaga legyőzését igénylő kemény munkára volt szükség.

Bandi, egy kilencéves, mozgékony fiú azzal az ötlettel érkezett az órára, hogy építeni szeretne szivacshengerekből egy tornyot, amelyet a levegőbe ugorva, egy rúgással le tud dönteni, mint egy harcművész a filmekben. A terapeutával közösen átgondolták, milyen körülményeket kell ahhoz teremteni, hogy ezt biztonságosan meg tudja valósítani. A tornyot végül egy vastag tornaszőnyegre építette fel, és egy trambulinról elrugaszkodva ugrott a levegőbe, megcélozva az építményt.

b) A terapeuta mint modell

Ha egy gyermek hosszabb ideig csak egyfajta mozgást próbálgat, vagy gyakran csak ugyanazt a két-három mozgásformát váltogatja, nem a nagyon sokszor, illetve hosszú

időn át jelen levő mozgás gátlását tűzzük ki célnak. Hiszen a jelenségnek feltételezésünk szerint meg van az adaptivitásra törekvő jellege, még akkor is, ha azt mi nem feltétlenül értjük. Ehelyett arra törekszünk, hogy a terápiás kapcsolat során a monoton mozgásmintába újabb és újabb elemeket csempésszünk bele.

Ennek eszköze lehet az is, hogy míg ő biztonságos helyzetben gyakorol valamilyen mozgást, a terapeuta párhuzamosan – látszólag önmaga kedvére – valamilyen másfajta (a gyermek számára új, a fejlődés irányába mutató) mozgást végez. Ez sokszor – direkt irányítás nélkül – ötletet, bátorítást, modellt ad a gyermek számára, hogy – ha erre készen áll – váltani tudjon, új mozgásokat próbáljon ki, szélesítse repertoárját.

Kristóf, egy eleven, energikus, de gyenge mozgáskoordinációjú ötéves kisfiú nagyon szerette a nagylabdákat, de csak rúgni, gurítani volt hajlandó őket, minden más ötletet, javaslatot visszautasított. Egyszer, gurigatás közben egy hirtelen jött ötlet folytán a terapeuta ráhasalt az egyik nagyobb labdára és előre-hátra, jobbra-balra dülöngélt, egyensúlyozott rajta. Amint Kristóf észrevette, milyen örömmel teszi ezt a felnőtt, rögtön követni akarta példáját, és eleinte sok segítséggel, majd egyre ügyesebben „lovagolta meg" a hatalmas labdákat.

c) Egy mozgáslehetőség felajánlása, ötletadás

Ha azt látjuk, hogy egy gyerek rátalált egy eszközre, de mintha még nem érezné, hogyan tudja igazán örömteli módon használni, esetleg olyan lehetőséget látunk abban az eszközben, ami a gyermek problémájára különösen rímel, és ő még nem fedezte fel, gyakran felhívjuk a figyelmét a kínálkozó mozgáslehetőségre. Jellemző mondatok: *Nézd, ezzel azt is lehet csinálni...! Van kedved ezzel...? Nem akarsz ezzel...? Mi lenne, ha...?*

A hétéves, túlmozgásos Dani szívesen és sokat tányérhintázott. Amikor már biztosan uralta a helyzetet, a terapeuta felvetette neki az ötletet, hogy szivacslabdákat fog felé dobni, ő pedig próbálja meg egyik kezével hintázás közben visszaütni őket. Dani megörült a kihívásnak, és egy idő után már egész pontosan találta el a felé repülő labdákat, fél kézzel is ügyesen egyensúlyozva a tányérhintán.

Judit, egy hatéves, félénk, gyengébb izomtónusú kislány szívesen gurult ide-oda a nagyhengerben, és alagútként is szívesen használta. A terapeuta javaslatára, hogy próbáljon meg felmászni az oldalán, meglehetősen bátortalanul reagált. Közös ötletelés, tervezgetés, és sok biztatás után végül megküzdött az eleinte legyőzhetetlennek tűnő akadályokkal.

A négyéves, autisztikus Gellért, aki csak nagyon óvatosan nyitott az új eszközök, mozgások felé, felfedezte a földre helyezett rácshidat. Bizalmatlanul rálépett, és egyensúlyát nehezen megtartva végig óvakodott rajta. Mi lenne, ha egy kicsit hintáznál ezen? – kérdezte tőle a terapeuta, és útmutatásával, segítségével Gellért vál-

lalkozott rá, hogy a közepén megállva, lábait kis terpeszbe rakva, testsúlyát ide-oda helyezgetve hintázni kezdjen rajta.

d) Egy mozgásforma felvetése, feladatadás

Bizonyos terápiás körülmények (pl. a gyermek problematikája, az idő sürgetettsége) szükségessé tehetik, hogy konkrét eszközön konkrét mozgást – feladatot – javasoljunk a számára. Jellemző mondat: *Most csináljuk azt, hogy...!* Ebben az esetben is nagyon fontos azonban (vagy még fontosabb) a ráhangolódás a gyermek reakcióira, a belső motiváció fölkeltése, támogatása és a rugalmasság. Csak így tudjuk – amint lehetőség nyílik rá – a terápia egyensúlyi pontját ismét a szabadság, öntevékenység irányába mozdítani.

Ennek a viszonylag strukturált működési módnak egy játékos formája lehet az úgynevezett „árukapcsolás", vagyis egy játékot a gyermek mond, azután egyet a terapeuta, és így tovább.

Ákos, egy hatéves autista fiú az egyik órára kártyákkal a kezében érkezett, amelyek nagyon fontosak voltak számára és izgatottan mesélt róluk. Amikor a terapeuta felajánlotta, hogy kezdjenek el valamit játszani a teremben, Ákos továbbra is csak a kártyákról szeretett volna beszélni. Mivel a terapeuta tudta, hogy a fiút érdekli az egyiptomi fáraók és piramisok története, felvette, mi lenne, ha azt játszanák, hogy a kártyákon hieroglifák vannak, amelyeket elrejtenek a teremben, és fel kell kutatni őket, hogy megtalálhassák az egyik egyiptomi fáraó eddig fel nem fedezett sírkamráját, ehhez pedig közösen építhetnének egy kalandos pályát. Ákosnak felcsillant a szeme, s azonnal ki is jelentette, hogy csak ő képes megfejteni a kártyákon szereplő jeleket, majd lelkesen segített eszközöket előpakolni a pályához.

2. *Eszközválasztás*

a) Egy eszköz előkészítése

A terapeuta, ha a diagnózis, a terápiás célok, vagy az előző órák tapasztalata alapján szeretné, hogy egy adott tárgy jobban a gyermek figyelmének, tevékenységének középpontjába kerüljön, már az óra megkezdése előtt úgy rendezheti a termet, hogy az adott tárgy kiemelkedjen a környezetéből. Az is segíthet ebben, ha más tárgyakat viszont – éppen ellenkezőleg – elpakol, vagy kevésbé figyelemfelkeltő helyre tesz. Speciális esete ennek, amikor egy másik terapeuta, aki az előző órát tartotta, hagy elől szándékosan egy jól sikerült építményt, vagy látványos ötletet. Gyakran ebből is nagyon jó új játékok, addig fel nem merült mozgáslehetőségek bontakoznak ki.

Két elsős kisgyerek, Levi és Anna heti egy alkalommal vett részt DSZIT-terápián. Gyenge mozgáskoordinációjuk, idegrendszeri éretlenségük mellett beilleszkedési és más szociális nehézségeik is voltak. A terapeuta hamar megtapasztalta, hogy a

viszonylag üres, strukturálatlan szabad térrel nem tudnak mit kezdeni, az ötletek, játéklehetőségek keresése helyett belső feszültségüket külső konfliktusokban jelenítik meg, és nehezen megközelíthetővé válnak a terapeuta számára. Ezért a következő óra előtt zsámolyokból egy lépcsőt épített, és szivacsokkal vette körül. Anna és Levi a terembe belépve rögtön észrevette a feltűnő építményt, és kijelentették, hogy ők most egy állatkertben élnek. Majomként, oroszlánként hosszú, izgalmas és sok kihívást jelentő mozgásos játékba kezdtek az építményen.

b) Az eszközök folyamatos rendezése

A terapeuta egyik fontos feladata a DSZIT-terápia során, hogy a gyermek ötleteinek támogatása, a mozgások kivitelezése alatt felmerülő veszélyek elhárítása miatt a teremben található tárgyakat, játékeszközöket folyamatosan rendezze, arrébb tegye, ide-oda rakosgassa. Ez a folyamatos rendezés, a gyerek környezetének aktív alakítása arra is nagyon alkalmas, hogy olyan eszközök kerüljenek elérhető pozícióba, vagy váljanak hirtelen vonzóvá, figyelemfelkeltővé, amelyek addig a háttérben voltak, nem akadt meg rajtuk a gyermek szeme. A terápiás célok, a mozgás változatosabbá tétele, a kíváncsiság mind indokolhatja, hogy egy-egy eszközt jobban a fókuszba helyezzünk.

Gergő, egy hétéves, nehezebben mozduló, a térben bizonytalanul mozgó óvodásfiú a terápia egy szakaszában rákapott a hálóhintákra. Felmarkolt egy-két plüssállatkát, és társaságukban bevette magát valamelyik hálóba, majd kérte, hogy ringassák őt minél magasabbra. Nagyon élvezte, ahogy fel-le száll, de mindig megmaradt a passzív „mozgatva levés" állapotában. Kíváncsiságból egyik órán, amikor már sokat lengett a hálókban, a terapeuta az addig felfüggesztett négyszöglétrát is leeresztette. Plusz motivációként a létra tetején egy kedves plüssfigurát helyezett el. Gergő lassan észrevette a létrát, és tetején a vonzó figurát. Rövid bizonytalankodás után elhatározta, hogy „mentőexpedícióra indul", és nagy erőfeszítések révén, sok kisebb kudarc után végül tényleg sikerült magához ölelnie a veszélybe került plüssállatkát.

c) A terapeuta mint modell

Ha egy gyermek hosszabb ideig használ egy eszközt, vagy gyakran csak ugyanazt a két-három eszközt használja, vagy egy eszközt feltűnően kerül, előfordulhat, hogy (az 1. b) pontban leírt helyzethez hasonló módon) a terapeuta a gyermek számára még felfedezetlen eszközön – látszólag önmaga kedvére – valamilyen mozgást végez. Ez is egy nondirektív lehetőség arra, hogy a terapeuta támogassa új eszközök felfedezését, kipróbálását.

A hatéves, mozgékony, de sokat balesetező Lackó nagyon szeretett hintázni. Egy-egy változatosabb játék után mindig visszatért a laphintára, és ott lengett hosszabb ideig. Amikor éppen megint ez a hintázás volt soron, a terapeuta hirtelen elhatározással leengedte a kötélre felfüggesztett rúdhintát („trapézt"), és vele párhuzamosan szintén hintázni kezdett rajta. Lackó lassan észrevette, mit csinál a felnőtt, lelkesen

„hintát váltott", és nagy élvezettel folytatta a lengést a rúdhintán. Itt azonban nem állt meg, az új tulajdonságokkal bíró hinta újabb és újabb ötletekre, mozgásformákra sarkalta őt, s látványos, szinte akrobatikus mutatványok következtek.

Samu, egy két és fél éves, zárkózott, többnyire csak éles hangokkal kommunikáló kisfiú kedvenc játéka a labdák gurítása volt a tornateremben, a többi játék nem is érdekelte. A terapeuta egyik alkalommal egy labdát kezdett pattogtatni a trambulinon, majd felállt arra, és együtt ugrált a labdával. Samu érdeklődően figyelte, majd ő is rádobott egy labdát a trambulin tetejére és felmászott utána. Ezt követően óvatosan próbálgatta a rugalmas felületet, majd a terapeuta segítségével megpróbált piciket ugrani.

d) Egy eszköz felajánlása

Ha tanácstalan egy gyermek, mit játsszon, vagy a terapeuta úgy érzi, kicsit határozottabb irányításra van szüksége, esetleg a terápiás célok érdekében fontosnak tartja egy eszköz előtérbe kerülését, egészen konkrétan is felhívhatja a figyelmét egy eszközre, vagy javasolhatja annak kipróbálását. Általában nem érdemes pontos instrukciókat adni, vagy megmondani, hogyan „kell játszani rajta", inkább minél több teret hagyunk az ő kreativitásának, igényeinek. (Persze előfordulhat az is, hogy mégis erre van szükség, lásd 1. d) pont.)

A négyéves Márk, akinek a születése traumatikus volt, nagyon szeretett kuckókat építeni, takarók alatt bujkálni, lemerülni a golyófürdőben. A hosszú, kinyitható henger alakú alagutat azonban mindig valahogy elkerülte. Néhány óra után a terapeuta elhatározta, egy picit határozottabban felajánlja neki ezt az eszközt. Kinyitotta az alagutat, és bátorította, hogy nyugodtan próbálja ki. Először csak kerülgette, figyelte. Látszott rajta, hogy tart tőle, de nem hagyja nyugodni a lehetőség. Aztán labdákat gurított át rajta. Utána Márk és a terapeuta kukucskálva nézték egymást a két végéből. Végül, sok bátorítás és bíztatás után belebújt, és nagy meglepetésre, ahelyett hogy végig mászott volna rajta, belefeküdt, és az egész terem hosszán ide-oda hengergett benne.

Egy háromfős csoport tagjai, akiknek nyaki és háti izomtónusuk erősítésre szorult, az óra elején azt a javaslatot kapták, hogy olyan játékot találjanak ki, amelyben csak gördeszkával lehet közlekedni a teremben. Ebből a lehetőségből egy nagyon izgalmas autóversenyzős pálya alakult ki, amelyen változatos akadályok nehezítették az autósok közlekedését, a gyerekeknek pedig többnyire a gördeszkán hasalva, kezükkel hajtva kellett magukat irányítaniuk a teremben.

3. KITARTÁS EGY MOZGÁSBAN

A DSZIT-terápiában Ayres nyomán azt gondoljuk, nem véletlen, hogy egy gyermek mennyi ideig végez egy-egy adott mozgást, s ha hosszabb ideig ismételget valamit, valószínű, hogy az a tevékenység az érést, a fejlődést szolgálja. De mi van, ha egy gyerek csak bele-belekap a mozgásokba, csak kipróbál egy eszközt és már megy is tovább? Biztosan van olyan, amikor arra következtethetünk ebből, hogy valami más játékot érdemes neki egyelőre felkínálni. Sokszor azonban diagnosztikus jegyként tekinthetünk erre a viselkedésre, és terápiás céljaink egyikének pont azt választjuk, hogy növekedjék a kitartás, legyen türelme hosszabb ideig, vagy többször végezni egy-egy erőfeszítést igénylő tevékenységet.

Ilyenkor igyekszünk mindenféle játékos vagy más módon kedvet csinálni a kitartó mozgáshoz. Motiváló lehet például a számolás vagy a visszaszámolás, esetleg az, ha mérjük a mozgás, a teljesítés idejét, és jelezzük a változásokat a gyereknek. A stopperen kívül használhatunk akár konyhai csörgőórát is, de játszhatunk le magnóról zenét, vagy mondhatunk mondókát. Érdemes először mindig kisebb célokat kitűzni, rövid ideig csinálni valamit, azután fokozatosan növelni a mennyiséget vagy az időt. A legfontosabb azonban itt is az alkalmazkodás, a ráhangolódás a gyermek egyéni sajátságaira – mi az, ami a számára motiváló, hogyan kerülhetjük el, hogy a kreatív játék monoton munkává, vagy versengéssé váljon.

4. A MESE MINT KERET ÉS ESZKÖZ

A DSZIT-terápiában a motiváció felkeltésének, fenntartásának egyik legsokoldalúbb, leggazdagabb lehetősége a mese, a fantázia világának használatában rejlik. A mese a gyerekek nyelve, és ha a mozgásban, a játékban teret engedünk a gyerekek ötleteinek, vágyainak, érzéseinek, szinte biztos, hogy előbb-utóbb a tornaterem helyett egy veszélyes dzsungelben, egy ostromlott várban vagy egy magashegyi túrán találjuk magunkat. Ha pedig már egy mese szereplői vagyunk, nem lesz többet kérdés, hogy miért kell felmászni, bebújni, csimpaszkodni, lengeni, célba dobni stb., hiszen a történet logikája magával ragadja a gyermeket, olyan teljesítményekre is képessé téve őt, amelyeket korábban egyikünk sem tudott elképzelni.

A DSZIT-terápia ezen a ponton jól ötvözhető a gyermekpszichodrámával. A terápiás óra gyakran egy komplex mesekeretet kap, amelynek alapja egy a gyerek vagy a felnőtt által hozott történet (persze lehet közös is), amelynek eljátszásához felhasználjuk a teremben található eszközöket, jelmezeket, mozgásos, kalandos lehetőségeket.

Zsombor felmászott a bordásfalra, és kijelentette, hogy most ő kismajom. A terapeuta mindenféle tárgyakat – banánokat, gyümölcsöket – helyezett el a bordásfal tetején, hogy a kismajom összegyűjtse, és megegye őket.

Balázs kijelentette, most ő papírgyárat épít. Rögvest papíralapanyaggá változott, és a nagyipari termelés igényének megfelelően jó sokszor végigcsusszant a mángorló hengerei között.

Vera hegyimentőnek jelentkezett. A gumiköteleken csimpaszkodva, lengve, ugorva addig gyakorolt, amíg föl nem jutott végül a nagy hegy, vagyis a nagy gumihenger oldalán.

Feri pókként lengett a hálóban. Amikor észrevette, hogy a hálót legyek (szivacslabdák) közelítik meg, felkapaszkodott az oldalán, és fél kézzel a hálóból messzire kinyúlva próbálta elkapdosni őket.

Egy csoport tagjai medvevadászatra indultak. Átmásztak a nagy hegyen (nagyhenger), végigmentek egy hosszú hídon (fapalló), átegyensúlyoztak a mocsáron (műanyag korongok nagy színes anyagokon), és végül egy barlang mélyén megtalálták a hatalmas (plüss) medvét. Annyira megrémültek tőle, hogy hazaszaladtak, de persze az utat visszafele ugyanazokon az akadályokon át, csak gyorsabb tempóban kellett megtenniük.

5. A CSOPORT MINT MOTIVÁLÓ TÉNYEZŐ

Végül megemlítenénk, hogy a DSZIT-terápiában az öntevékeny mozgást bátorító, előmozdító hatóerők természetesen nem csak a terapeutától származhatnak. Ha nem egyéni terápiáról beszélünk, a csoport többi tagjának mozgása, tevékenysége a térben egyszerre nagyon sokféle módon segítheti elő terápiás céljainkat. A következőkben röviden felsoroljuk, milyen többletlehetőségeket nyújt a csoportos forma. A csoport mint terápiás közeg:

- motiváló erő (a társak egyrészt közönséget képeznek a mozgáshoz, másrészt mozgásuk magával sodor, lendületbe hoz);
- mintát, ötleteket ad (a társak modellt nyújtanak, utánozni lehet, amit ők csinálnak);
- megerősítés nyújt (a csoporttagok bátorítják egymást, elismerésüket fejezik ki a másik teljesítménye miatt);
- lehetővé teszi az együttműködést (olyan játékokat, mozgásokat lehet együtt csinálni, amelyeket egyedül nem);
- alkalmazkodásra serkent (a saját ötletek, vágyak megjelenítése során a többiek igényeit is figyelembe kell venni);
- rivalizációs lehetőséget biztosít (meg lehet nézni, ki milyen „kunsztot" tud megcsinálni, vagy ki bírja tovább az adott mozgást). A rivalizáció használatával azonban érdemes óvatosan bánni, hiszen könnyen nehezen kezelhető feszültséget kelt a gyerekekben.

Befejezés

Írásunkban a DSZIT-terápia egyik legtöbb kérdést felvető jellemzőjével – a nondirektivitással – foglalkoztunk. Először azoknak a szakterületeknek az idevonatkoztatható

szakirodalmát tekintettük át, amelyeknek csomópontjában a DSZIT-terápia elhelyezhető. A pedagógia, a pszichológia és a gyógypedagógia mind ismeri és használja a gyermeket középpontba állító, belülről kiinduló aktivitást a fejlődés, a gyógyulás kiemelt forrásának tekintő technikákat.

Ezután a DSZIT-terápia elméleti koncepciója és a gyakorlati tapasztalataink alapján igyekeztünk differenciálni a nondirektivitás szerepéről folyó gondolkodást. Állításunk szerint a terápia konkrét formája, a gyermek és a terapeuta között megvalósuló interakció jellege egy folyamatosan változó skálán helyezhető el, amelynek egyik végpontja a teljes szabadság biztosítása, míg a másik a tevékenység szigorú strukturálása. Ez a folyamatosan változó egyensúlyi pont éppen úgy függ a gyermek aktuális állapotától vagy tartós jellemzőitől, mint a terapeuta személyes és szakmai paramétereitől. Tovább finomítja a képet, ha hozzátesszük, hogy a szabadsággal saját javára élni a gyermek csak megfelelő keretek, struktúrák között tud, és fordítva – csak a megfelelő mértékű szabadság megadása teszi lehetővé a belülről épülő struktúrák megszületését.

Végül gyakorlati példákkal, esetrészletekkel szemléltettük, hogyan jelenik meg egészen konkrétan a terápiás térben ez a folyamatos egyensúlyipont-keresés. Meggyőződésünk, hogy csak a gyermekkel való szüntelen tudatos és tudattalan, verbális és nonverbális párbeszéd (dialógus, lásd Kiesling 2014) vezethet ennek a pontnak a megtalálásához. Csak így tudjuk azt a terápiás környezetet létrehozni, amely maximálisan támogatja a saját indításból fakadó mozgást, az érzékszervi tapasztalatszerzést, és ezáltal az idegrendszer érését, valamint az egész személyiség komplex fejlődését. A nondirektivitás helyes alkalmazása tehát a DSZIT-terápia egyik legfontosabb eszköze a komplex, egészleges fejlődés, gyógyulás serkentésében, s így fontos szerepe van abban is, hogy a terápiás módszert, irányzatot a különböző szakterületek metszéspontjában helyezhetjük el.

Irodalom

Ayres, A. J. (1972): *Sensory integration and learning disorders.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Babos E. (2013): *Állatasszisztált terápia: Módszertani előtanulmány óvodáskorú gyerekek kutyával történő fejlesztésére.* Alkalmazott Pszichológia, 13/3, 59–81.

Csányi Y. (2012): *Tanulási zavarok: Az Affolter-modell és -terápia.* Gyógypedagógiai Szemle 40/4–5, 289–294.

Farkas V. (2009): *Gyógyító alkotás: Képzőművészet-terápia mindenkinek.* Geobook, Szentendre.

Halász A.; Ingusz I. (2000): *Gyermekpszichoterápiák.* In: Szőnyi Gábor (szerk.), Füredi János (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve.* Medicina, Budapest, 423–444.

Kiesling, U. (2014): *Szenzoros integrációs terápia mint dialógus: Megértés, tanulás és fejlesztés a harmonikus fejlődés érdekében.* Medicina, Budapest.

Kiss T. C.; Varga I. (2007): *Beállítódások, tudati állapotok az Integrált Kifejezés- és Táncterápiában.* Hipno-Info LXX, 17, 75–92.

Malan, D. H. (1989): *Egyéni dinamikus pszichoterápia.* „Mérei Ferenc" Mentálhigiénés Szolgálat, Budapest.

Masopust K. (2007): *A művészeti nevelés értékközvetítő szerepe. Parlando Plusz.* www.parlando.hu/Plusz1-Masopust.htm (Letöltve: 2015. december 22.)

Pukánszky B.; Németh A. (1996): *Neveléstörténet.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

Stipkovits F. (2012): *A Kodály-koncepció és az Orff-Schulwerk összehasonlítása.* Parlando, 2012/6. www.parlando.hu/2012/2012-6/2012-6-04-Stipkovits4.htm (Letöltve: 2015. december 22.)

Szőnyi Gábor (2000): *A pszichoterápiák közös kérdései.* In: Szőnyi Gábor (szerk.), Füredi János (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve.* Medicina, Budapest, 1–194.

Tickle-Degnen, L.; Coster, W. (1995): *Therapeutic interaction and the management of challenge during the beginning minutes of sensory integration treament.* The Occupational Therapy Journal of Research, 15/2, 122–141.

A diagnosztikus munka szemlélete és egyes elemei a dinamikus szenzoros integrációs terápiában

Arató Domonkos – Donauer Nándor – Szvatkó Anna

| Hogyan gondolkodunk a diagnosztikus munkáról?

A dinamikus szenzoros integrációs terápiát (DSZIT) megelőző diagnosztikus tevékenység önálló, kiemelt fontosságú szakasza a gyermek fejlődése, gyógyulása érdekében megvalósuló terápiás folyamatnak. Egyet kell értenünk azzal a közmegegyezésen alapuló megállapítással, hogy a terápia sikere elsősorban az alapos és pontos diagnosztikán múlik (Alpár 2007).

A diagnosztikus munka önálló, vagyis sajátos, a szorosan vett terápiás szakasztól jól megkülönböztethető célokkal, keretekkel, struktúrával és eszközökkel bír, amelyeket a gyermekért felelős szülővel előre egyeztetünk, nem utolsósorban az együttműködés, a közös gondolkodás erősítése érdekében.

Fontosságát elsődleges céljain túl az is meghatározza, hogy a folyamat kezdő lépéseként itt nyílik először alkalom a családdal, a gyermekkel való kapcsolatteremtésre, a bizalom elnyerésére. A diagnosztikus munka részeként végzett mozgásvizsgálat például mindennapos tapasztalataink szerint is természetes módon válik a terapeuta és a gyermek közötti nonverbális, az egész testet megmozgató összehangolódás próbakövévé.

A diagnosztikus munka tehát számunkra mind szemléletben, mind gyakorlatban jóval többet jelent a „szimpla" vizsgálatnál, de még a diagnózishoz vezető céltudatos adatgyűjtésnél is. Ezt a gazdag jelentéstartalmat szeretnénk írásunkban részletesen bemutatni.

A következőkben az elsődleges és a nonspecifikus célok mellett röviden ismertetjük a diagnosztikus munka menetét, módszereinket és eszközeinket, valamint azt, hogy milyen szemléleti keretbe illesztve használjuk ezeket, amikor a kisebb részletekből kiindulva valamilyen komplex, egészleges képhez szeretnénk eljutni. Kitérünk a diagnosztikus munka egy lehetséges fókuszára – a diagnosztikus kategóriákra – is, s végül egy esetpéldával tesszük megközelíthetőbbé mondanivalónkat.

| A diagnosztikus szakasz célkitűzései és feladatai

Egy terápiás folyamat elején éppúgy szükség van a személyes kapcsolat kialakítására, mint a gyermek problémáinak, diszfunkcióinak mély, alapos megismerésére, ráadásul e két feladat elvégzéséhez a terapeutának ugyanazok a találkozások állnak rendelkezésére. Ezért tekinthetjük – ahogy a bevezetőben is megállapítottuk – a diagnosztikus szakasz egyik nonspecifikus, mégis alapvető fontosságú céljának a család és

a gyermek bizalmának elnyerését, s ezáltal a terápiás munka biztonságos és átlátható személyes terének megalapozását.

Az első interjú, az anamnézisfelvétel, a vizsgálatok és a szülőkkel való további konzultációk jobban vagy kevésbé strukturált menetében a fókusz gyakran a gyermek élettörténeti adatain, aktuális problémáin, a család előtérben lévő nehézségein van. A beszélgetés (vagy még inkább a találkozás) egy másik szintjén azonban megszületnek az első benyomások, érzések, aktiválódnak a korábbi kapcsolódási minták, s ezek a – gyakran tudattalan – folyamatok az egész további közös munka eredményességének meghatározó tényezőivé válhatnak. A terapeuta együttműködése, hitelessége, megbízhatósága, empatikus képessége, pozitív szemlélete – amely vonások a kutatások szerint bármilyen terápiában nonspecifikus hatótényezőkként jelennek meg (Unoka et al. 2012) – már ezeken az első alkalmakon sokat segítenek a szülőknek (és persze a gyermeknek is) abban, hogy bizalommal vágjanak neki az ismeretlenbe vezető útnak.

Mit jelent ez a gyakorlatban? Többek között azt, hogy bár az anamnézis felvétele, vagy a mozgásvizsgálat során szeretnénk természetesen minél több információhoz jutni, ez a törekvésünk sohasem mehet a finoman bontakozó kapcsolat, bizalmi légkör rovására. Ha egy adott kérdés, feladat, vagy akár strukturáltsági szint érzéseink szerint ártalmas volna az adott pillanatban, inkább halasszuk későbbre – nem valószínű, hogy örökre elveszítenénk valamilyen fontos információt.

A diagnosztikus szakasz elsődleges célja ugyanakkor természetesen a gyermek (testi és lelki) állapotának, idegrendszeri érettségének, szenzoros integrációs kapacitásának, esetleges diszfunkcióinak feltárása. A komplex diagnosztikus kép kialakításához ezért éppúgy hozzátartozik a gyermek egyéni élettörténetének, organikus és pszichés fejlődési mintázatának, érzékszervi és mozgásos jellemzőinek megismerése, mint az őt körülvevő kapcsolati háló szálainak feltérképezése, vagy viselkedésének, képességeinek megfigyelése, elemzése a változó mértékben strukturált helyzetek során.

Csak a sokféle forrásból származó információkat egymásmellé rakva, fontosságuk és hitelességük szerint mérlegelve, tapasztalataink és szemléletünk alapján elemezve alakítható ki egy olyan összetett kép, amely segíthet minket a gyermek gyengeségeinek megállapításában, és a sokrétű diagnosztikus kérdések megválaszolásában. Itt fontos megjegyezni, hogy természetesen nem csupán a „gyengeségekre" vagyunk kíváncsiak, a vizsgálatok egyenrangú célja a gyermek erősségeinek megtalálása is, hiszen ezek a „vivő területek" a DSZIT-terápia kínálkozó kiindulópontjai lehetnek.

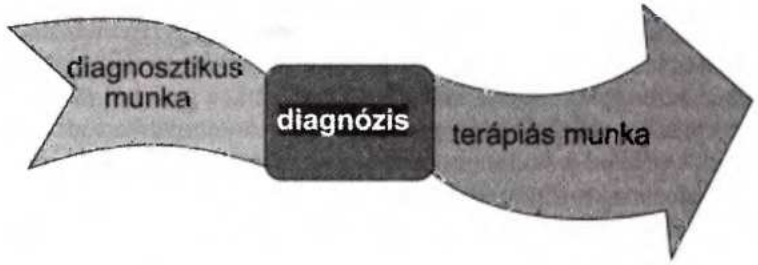
Aki sokat vizsgál, és nyitott szemmel nézi az egy-egy diagnosztikus adatgyűjtés során szerzett eredményeit, gyakran alaposan elbizonytalanodhat. Valóban jól meg tudjuk állapítani, melyek a gyengeségek, illetve az erősségek? Hiszen különféle forrásaink ellentmondhatnak egymásnak, az egy adott érzékszervi vagy mozgásos területet vizsgáló feladatokról nem is beszélve. Ezek a bizonytalanságok – szerencsés esetben – a hiteles diagnosztikus munkához szükséges alázatban erősítenek meg bennünket. Vizsgálóeszközeink révén nem válunk birtokosaivá egyetlen, „kerek" igazságnak. Tendenciákat keresünk, összefüggéseket, egy irányba mutató információkat, amelyek alapján a leghatékonyabb segítségnyújtáshoz szükséges feltételezéseket (hipotéziseket) állítunk fel, nyitottnak maradva arra, hogy a további munka során

felmerülő ismeretek birtokában módosítsuk, vagy akár el is vessük őket. Elsősorban tehát egy konkrét feladat megoldásának nem a sikerességét vagy sikertelenségét vesszük figyelembe, hanem azt a folyamatot, amelynek során a vizsgált gyermek egy-egy helyzetben tájékozódik, rászánja magát a megoldásra, erőfeszítéseket tesz, és ennek kapcsán valamely rendelkezésére álló szenzoros, motoros, emocionális megküzdési utat bejár.

A DSZIT-terápiát megelőző vizsgálatok egyik fontos diagnosztikai kérdése, hogy a tapasztalt mozgásos és érzékszervi tünetek egy általános, de enyhébb idegrendszeri éretlenségből fakadnak-e (s a későbbiekben spontán, vagy kis segítség hatására is eltűnnek majd), vagy inkább specifikus területeket érintő finom neurológiai diszfunkciókról beszélhetünk, amelyek összefüggését a későbbi tanulási zavarokkal számos kutatás igazolta (Finlayson 1990). Ennek a kérdésnek a megválaszolásához a kapott vizsgálati eredmények és a szülőktől szerzett információk átfogó elemzése vezethet el.

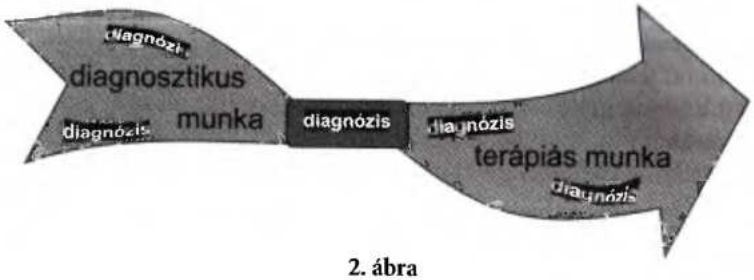
Láttuk, hogy már a diszfunkciók feltérképezése során is milyen sok kérdés vetődik fel, ám még ennél is nehezebb feladattal kerülünk szembe, amikor a diagnosztikus szakasz végén a gyermek problémáit egy konkrét diagnosztikus kategóriába szeretnénk besorolni. Gyakran van azonban erre szükség, hiszen a diagnózis segít strukturálni a gyermekről szerzett információinkat, valamint a problémáiról kialakított elképzeléseinket. Egyfajta „információsűrítésként" támogatja az összetett képből a lényeges vonások kiemelését, valamint új szakemberek bevonása esetén megkönnyíti a szakmai párbeszédet (Nagy 2009). Az adott diagnózis melletti megalapozott döntés a továbbiakban nagy hatással van arra, hogyan válaszoljuk meg a diagnosztikus kérdéseket, vagyis milyen további terápiás utat javaslunk a család számára.

Hogyan képzeljük el a diagnózis megszületését? Vajon a sokrétű, alapos diagnosztikus munka végén megtaláljuk azt a helytálló diagnózist, amely a továbbiakban egész terápiás munkánkat meghatározza, ahogyan azt az 1. ábrán látjuk?



1. ábra

Klinikai gondolkodásmódunkhoz inkább egy olyan modell illik, amelyben az adatok gyűjtését, rendszerezését és értelmezését folyamatos hipotézisalkotás kíséri. Az adatgyűjtés soha nem ér véget (hiszen a terápia során is egyre többet tudunk meg a gyermekről), így hipotéziseink tesztelése és újraalkotása sem érhet véget a terápiás szakasz megkezdésével. Ezt mutatj a 2. ábra. A korábbiakban leírt gondolatainkra tá-



2. ábra

maszkodva azonban nem tagadhatjuk azt, hogy a diagnosztikus szakasz végén megszületô diagnózisnak kiemelt jelentôsége van.

A szakembernek a diagnosztikus szakasz végén, az összegyûjtött, elemzett és integrált információk alapján kialakult kép jellemzôinek függvényében egy fontos, elôremutató kérdést kell megválaszolnia. Nem csak önmagának, hiszen a szülôk is kíváncsian – vagy éppen feszülten – várják, milyen ellátást tartunk a továbbiakban a legmegfelelôbbnek a gyermek számára.

Az elsô szempont, amelyet ilyenkor végig kell gondolnunk, hogy a gyermekrôl, illetve a családról szerzett diagnosztikus tudásunk alapján milyen mértékben beszélhetünk pszichológiai, és milyen arányban gyógypedagógiai problémáról. Ha inkább pszichológiai tendenciákat találtunk a fókuszban, el kell döntenünk, hogy egy pszichológus által vezetett DSZIT-terápiát javaslunk, vagy a pszichoterápia valamilyen más formájára hívjuk fel a szülô figyelmét (pl. egyéni dinamikus gyermekterápia, gyermekpszichodráma stb.). A pontos döntéshez általában további, pszichológus által végzett pszichodiagnosztikára van szükség. Gyógypedagógiai fókusz esetén a kérdés úgy merül fel, hogy a vizsgálatok során tapasztalt éretlenségek, diszfunkciók mértéke, mintázata alapján megítélésünk szerint DSZIT-terápiára van-e szükség, vagy inkább valamilyen célzott mozgásfejlesztésre, mozgástréningre, esetleg egy jó ovis tornára, vagy éppen sportolásra.

Ez az éles szétválasztás persze gyakran a konkrét élethelyzetekhez képest nagyon leegyszerûsítônek bizonyulhat. Mivel a problémák ritkán járnak egyedül, ezért javaslatainkban is komplex módon kell gondolkodnunk, a pszichés és a mozgásos nehézségekre egyaránt reflektálva. A gyakorlatban – amennyiben indokoltnak látjuk – javasolhatjuk például a szülônek, hogy a gyermek járjon egyéni pszichoterápiára egy pszichológushoz, mellette vegyen részt egy csoportos, gyógypedagógusok által vezetett DSZIT-terápián, és ezekkel párhuzamosan sportoljon (például úszzon). Ugyanakkor javaslatainkat mindig a szülôkkel együttgondolkodva érdemes megfogalmaznunk, figyelembe véve érzéseiket, ellenállásaikat, lehetôségeiket, hiszen a terápia sikerének egyik kulcsa lesz, hogy valóban motiváltan, együttmûködôen vesznek-e részt ebben a sokszor hosszú és fáradságos folyamatban.

Ha indokoltnak találtuk a DSZIT-terápiát, még mindig el kell döntenünk, hogy annak egyéni vagy csoportos formáját ajánljuk-e fel. A körültekintô választáshoz figyelembe kell vennünk a gyermek szociális érettségét, problémáinak jellegét, mentális-pszichés állapotát, de a reális lehetôségeket is – mûködik-e, elérhetô-e olyan csoport ott és akkor, amely megfelelô lesz számára, és amelyhez illeszkedni tud.

A komplex vizsgálati szemlélethez az is hozzátartozik, hogy észrevegyük, ha a mi kompetenciakörünkön kívül eső további vizsgálatokra – és esetleg ellátásra – van szükség. Tisztában kell lennünk azokkal a felhívó jelekkel (akár a szülô beszámolójában, akár a vizsgálat során), amelyek indokolttá teszik, hogy a gyermek számára neurológiai, pszichiátriai, ortopédiai, gasztroenterológiai stb. kivizsgálást javasoljunk.

A diagnosztikus szakasz végén, amennyiben úgy ítéltük meg, a gyermeknek DSZIT-terápiára van szüksége, és ezt az ellátást mi tudjuk a számára biztosítani, végig kell beszélnünk a szülôkkel a leendô terápia kereteit, és meg kell velük kötnünk a terápiás szerzôdést. Mit jelentenek ezek a fogalmak? A *keret* „egy összetett szabályrendszer, amely kijelöli a terápia játékterét, vagyis azokat a határokat, amelyeken belül a közös munka megvalósulhat. Konkrétan megfogalmazva a keretnek ugyanúgy része a helyszín, az idôpont, az idôi ritmus, mint az, hogy mit tehet, vagy nem tehet meg a terapeuta, vagy éppen a páciens." A *szerzôdés* pedig „egy együttmûködési megállapodás a páciens és a terapeuta között. A szerzôdés része a keretek megismerése és vállalása, a terápiás kapcsolat egyetértésen alapuló szabályozása."[1] Csak ezeket a részleteket tisztázva, és ezekben megegyezve válik teljesen világossá a szülôk – és a gyermek! – számára, mi az, amit ígérünk, mit várhatnak tôlünk, mik a célok, és ezekért hogyan fogunk együtt dolgozni.

Végül meg kell említenünk azt a lényegi elvárásunkat is, hogy a jól végzett diagnosztikus munka a kezdôdô DSZIT-terápia számára irányokat, célokat, feladatokat, terápiás tervet adjon. Minél sokrétûbb, pontosabb adatokkal rendelkezünk a gyermek már elért szenzoros integrációs szintjével, és a diszfunkciók mibenlétével kapcsolatban, annál nagyobb az esélyünk, hogy hatékony terápiás programot állítsunk össze (Szvatkó 1999). Természetesen egy olyan terápiás forma esetén, ahol a foglalkozások strukturáltságának, elôre tervezhetôségének mértéke számos tényezô függvényében változik, akár egy adott gyermekkel vagy csoporttal végzett munka során is, nem várható el (s nem is lenne elôrevivô) az, ha a vizsgálati eredmények alapján egy aprólékosan kidolgozott, „kôbe vésett" fejlesztési tervet készítenénk. De a gyenge és az erôs területek feltérképezése, az idegrendszeri éretlenség mértékének, a diszfunkciók számának és jellegének, a pszichés, szociális és mozgásos problémák arányának megismerése alapján meg kell határoznunk a terápia téri és idôi kereteit; azt, hogy egyéni, vagy csoportos formát látunk-e hatékonyabbnak; hogy milyen területeket kívánunk leginkább támogatni, és hogy azokon milyen eredményeket várunk. Ennek a tervnek fontos részlete lesz a direktivitás–nondirektivitás választott aránya is. Ez az arány persze a terápia során még sokat változhat – a gyermek fejlôdésének, igényeinek függvényében.[2]

1 Lásd Arató Domonkos és Duzsné Víg Zsuzsanna *Nondirektivitás a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című írásának *Szabad cselekvés – a keret és a szerzôdés fontossága a dinamikus pszichoterápiában* alfejezetét.

2 A nondirektivitásról lásd bôvebben Arató Domonkos és Duzsné Víg Zsuzsanna *Nondirektivitás a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című írását.

A diagnosztikus szakasz céljait és feladatait bemutató fejezetet egy általános megjegyzéssel szeretnénk zárni. Ez a sokféle felsorolt szempont szinte minden vizsgálat során jelen van, hangsúlyuk, fontosságuk egymáshoz viszonyított aránya azonban nagyon eltérő lehet. Ezért mindig tisztáznunk kell a magunk számára, milyen felkérés áll a diagnosztikus munka fókuszában (pl. terápiás kérdés, szűrés jellegű vizsgálat, kontroll, differenciáldiagnosztika stb.), és ez kell, hogy a továbbiakban irányítsa az eszközök, módszerek, a rászánt idő, a bevonandó személyek stb. meghatározását.

A diagnosztikus munka menete és eszközei

A diagnosztikus szakasz adott gyermek esetén előtérbe kerülő célja, fókusza tehát meghatározza a konzultációkra, vizsgálatokra szánt időt, valamint a kiválasztott eszközöket, módszereket. Mégis beszélhetünk egy általános diagnosztikus „menetrendről", amelynek sémája a DSZIT-szemléletű diagnosztikus munka során minden esetben irányítja gyakorlatunkat, természetesen az eset sajátosságaihoz alkalmazkodva.

Első lépésként a szülővel való kapcsolatfelvételre kerül sor, egy az adott szakember kompetenciájának megfelelő tájékozódó beszélgetés (pszichoterápiás első interjú, problémafeltáró konzultáció stb.) keretében. A szülővel vesszük fel a szenzoros szempontokat tartalmazó anamnézist, valamint a szenzoros és motoros szabályozási problémákat feltáró tünetlistát is. Ezután kerül sor a gyermek vizsgálatára. Legfontosabb eszközkészletünknek a strukturált megfigyelést tartjuk, amely az Ayres-féle reflexprofilt, a mozgásszekvenciák vizsgálatát és a rajzvizsgálatokat foglalja magában. Megfelelő feltételek esetén sztenderdizált tesztek segítségével is információkat gyűjtünk. Ha szükség van rá, kiegészítő (intelligencia vagy más funkciókat felmérő) vizsgálatokat végzünk. Végül összefoglaljuk, elemezzük és értelmezzük a kapott eredményeket, hogy meg tudjuk válaszolni a felmerülő diagnosztikus kérdéseket.

A DIAGNOSZTIKUS ESZKÖZÖK HASZNÁLATÁNAK SAJÁTOSSÁGAI ÉLETKORONKÉNT

A *csecsemőkori* vizsgáló eljárásokban – néhány kivételtől eltekintve – nem a diagnosztikai kategóriákba sorolás a cél, hanem preventív módon olyan területek megragadása és feltérképezése, amelyek a vizsgált gyermek esetében előmozdítják az egészségesebb fejlődést. Magát a vizsgálatot a szülővel való kapcsolatkialakítás szempontjából is fontosnak találjuk, hiszen a későbbiekben bármely szükséges intervenció a szakemberekkel való együttműködési tapasztalatokra épül. Manapság már szinte közhelyes, mégis kevéssé gyakorolt elv, hogy a korai vizsgálatok egyik igen fontos feladata a szülők segítése gyermekük jobb megértésében, nemcsak a problémájuk természetét illetően, hanem a gyengeségek mellett meglévő erősségeiket is hangsúlyozva.

A csecsemő- és kisgyermekkori kérdőívek és tesztek az általános fejlődési sorokra alapozva határoznak meg egyes fejlődési mérföldköveket, amelyek a szenzoros integráció szempontjából nehezen értelmezhetők. Be kell látnunk, hogy általánosságban

nem ismerjük a szenzoros integráció egészséges fejlődésének útvonalát, de még abban is könnyen elbizonytalanodhatunk, hogy ilyen alacsony életkorban biztonsággal meg tudjuk-e különböztetni a tipikus és atipikus fejlődési sajátosságokat. Az emocionális stabilitás és a jól szervezett tanulási képesség eléréséhez vezető ideális fejlődés jellemzőit nemigen lehet meghatározni. A szenzoros integrációs kapacitás alakulása olyan mélyen és olyannyira komplex módon egyszerre egyéni képességekre épülő és kapcsolatokba ágyazott, hogy a kóros hatótényezők kiemelése nehezen lehet egyértelmű. Ennek ellenére van néhány, a szenzoros integrációs elméletre alapozott eljárás, amely hozzásegít ahhoz, hogy a csecsemők és kisgyermekek nehézségeit jobban megragadhassuk, időben kísérletet tehessünk arra, hogy alakulásukat jótékonyan befolyásolhassuk, és fejlődésüket pontosabban követhessük.

Óvodáskorra egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy a későbbi tanulási zavarok megelőzése szempontjából a háttérfunkciók integrálása fontosabb, mint a következményes motoros és perceptuális folyamatok kezelése, ezért a szenzoros integrációs diagnosztikának erre az életkorra vonatkozóan is rendelkeznie kell, és rendelkezik is adekvát vizsgálati módszerekkel.

Kisiskoláskorra a vizsgáló eljárások hosszú sorából választhatunk a gyermekek nehézségeinek megismerésének és a megfelelő hangsúlyú terápiás megközelítés meghatározásának céljából. Ekkorra a háttérfunkciók kiugró problémáit már többféle tanulással kapcsolatos pedagógusi értékelés, kortársaktól kapott visszajelzés fedheti el, és a gyermek önképe súlyosan torzulhat. Gyakran tapasztaljuk, hogy ebben az életkorban szinte fellélegeznek a családok, amikor az általuk intelligensnek, tudásra éhesnek ismert, ám iskolai kudarcoktól elgyötört gyermekről a szenzoros diagnosztika során olyan információk kerülnek napvilágra, amelyek magyarázzák a nehézségeket, és megjelölik a tennivalókat.

A *felnőttkori* vizsgálódást már a felnőttek maguk kérik és leginkább maguk végzik (angol nyelven) különböző tünetlisták és kérdőívek segítségével. Felnőttkorban már roppant nyomasztó és érthetetlen számos „terápiarezisztens" tünet megléte, továbbélése, amelyek nehezen élhetővé teszik az életet, néha szinte ellehetetlenítik a felnőtti önszabályozást, és az alkalmazkodás gördülékenységét súlyosan veszélyeztetik. Hazánkban még nem könnyen érhető el a felnőttkori diagnosztika – és sajnos a terápia sem – azonban az érintettek, akik között sokan vannak olyan szülők, akiknek a kisgyermekei szenzoros integrációs problémával küzdenek, egyre határozottabban keresik a megfelelő szakértelmet és konzultációs segítséget.

TÁJÉKOZÓDÓ BESZÉLGETÉS – AZ ELSŐ INTERJÚ

A szülőkkel való első találkozás egyaránt szól a kapcsolat felvételéről, a kölcsönös bizalom kialakításáról, és a szakmai szempontok alapján történő információgyűjtésről. Ezért félig strukturált interjúhelyzetként határozhatjuk meg, ahol a szülők szabadon megoszthatják a terapeutával a gyermekük problémáiból fakadó nehézségeiket, ezekkel kapcsolatos érzéseiket, mindennapos élményeiket és kínzó bizonytalanságukat. A szakember ugyanakkor finoman irányítja a beszélgetést annak érdekében, hogy a

szükséges alapinformációknak birtokába kerüljön, és a beszélgetés végére valamilyen hipotézist alkothasson, amely vezeti őt a további ellátásra vonatkozó javaslataiban.

Fontos, hogy a beszélgetés során kialakulhasson egy összetettebb kép a gyermek jellemzőiről, világossá váljon, melyek a hangsúlyos tünetek, és valamelyest az is, hogy mi áll ezeknek a hátterében. A találkozáson szerzett információk nyomán a terapeuta – a szakmailag indokolt mértékben – megosztja gondolatait, feltételezéseit a szülőkkel, és megállapodnak abban, hogy milyen keretek mellett fognak a továbbiakban együtt dolgozni.

Az első találkozás jellege, „műfaja" természetesen függ a szakember képzettségétől. Ha a DSZIT-terapeuta pszichológus, általában pszichoterápiás első interjúra kerül sor, ennek jellemzői megtalálhatók Hermann Argelander *Az első pszichoterápiás interjú* című könyvében (Argelander 2007). Más szakemberek (pl. gyógypedagógus, pedagógus, gyógytornász, konduktor) esetén talán problémafeltáró, tájékozódó beszélgetésnek, konzultációnak nevezhetjük ezt az alkalmat. Az alapvető cél azonban mindig megegyezik: egy nyitott, empátiás légkörben bizalmi kapcsolatot kialakítani a szülőkkel, feltárni és megérteni a gyermek nehézségeit és azok hátterét, s végül meghatározni a továbblépés, a segítség útját.

Az anamnézis felvétele

Az élettörténeti előzmények ismerete nélkül nem lehet megérteni és helyesen értékelni a gyermekek adott pillanatban nyújtott képét, más szavakkal, a horizontális történetiség nélkül nem érthető az elénk táruló vertikális benyomás. Az érintendő témákat minden esetben az anamnézisfelvétel célja határozza meg, amelyet élénken figyelni kell a beszélgetés közben. Nem az adathalmozás az anamnézis felvételének legfontosabb eredménye, sokkal inkább a gyermekről történő közös gondolkodás menetének kidolgozása a szülőkkel. A felmerülő kérdések, a gyermekre irányuló közös figyelem már ebben a korai diagnosztikus szakaszban is új belátásokhoz, összefüggések felismeréséhez segítheti hozzá a szülőket. Nem véletlen tehát, hogy kellő időt áldozunk erre, hiszen így nemcsak a gyermek megismerését mozdítjuk elő, hanem a későbbi közös gyermek-szülő-terapeuta munkát is megalapozzuk.

A szenzoros integrációs diagnosztikában az anamnézis felvétele során a következő főbb témacsoportokkal egészítjük ki és mélyítjük el a szokásos gyógypedagógiai-pszichológiai anamnézisszempontokat:

A várandósság előzményei, körülményei

A szülők kapcsolatának milyen fázisában érkezett a gyerek, kívánt, tervezett terhesség volt-e? Vannak-e testvérei, hányadik a testvérsorban? Milyen volt az anya várandóssága?

A szülés körülményei

Milyen volt a szülés? A szülés és a kórházi tartózkodás során milyen gyakran láthatta, vehette kézbe az anya gyermekét? Jelen volt-e a szüléskor az édesapa? Hogyan fogadta a család az újszülöttet?

A szoptatás körülményei

Tudott-e szopni a kisbaba? Milyen szopó volt, volt-e valamilyen probléma a szopás, etetés körül az első napokban? Tudott-e mindkét mellből szopni? Volt-e valamilyen különös igénye a szoptatás során? Meddig szopott a csecsemő? Hogyan történt az elválasztás?

Az adaptáció és a szabályozás története

Hogyan alakult ki az alvás-ébrenlét ciklus? Mennyi időt aludt/alszik összesen egy nap? Hogyan alakult a délutáni alvás története? Milyen módszereket kellett alkalmazni ahhoz, hogy a kisbaba álomba szenderüljön? Jelenleg milyen módon alszik el? Milyen testhelyzetben tölti az éjszakát? Hányszor és hogyan ébred fel éjszaka? Mi kell ahhoz, hogy visszaaludjon? Volt-e a gyermeknek külön szobája, kiságya? Meddig aludt a szülőkkel egy szobában? (Esetleg egy ágyban?)

Hogyan lehetett megnyugtatni? Ha kijött a sodrából, hosszú időbe telt-e, hogy megnyugodjon? Mennyire volt ebben külső tényezőkre utalva? Volt-e cumija, szopta-e az ujját, volt-e kedvenc állata, hogyan manipulálta ezeket? Milyen gyakran érezték ingerlékenynek vagy tapadósnak? Voltak-e preferált ingerkvalitások a korai időszakban? Voltak-e olyanok, amelyektől húzódozott? Tapintási, szaglási, látási, hallási ingerlések fogadásának készsége. Szeret-e ütődni, nyomódni, beszorulni? Hogyan viseli a fájdalmat? Milyen jellegzetes étkezési szokásai voltak/vannak? Milyen testhelyzetben szeret enni? Mit szeret, és mit nem szeret megenni? (Szín, állag, hőmérséklet, ehetőség, illat, kisgyermekkorban szélsőségesnek tűnő ízpreferenciák.) Rágás, nyelés. Mióta tud „szépen" enni?

Székelési sajátosságok, technikai feltételek (pelenka csak kakiláshoz, újságpapír, szűk hely stb.) Mikor és hogyan lett szobatiszta? Van-e, volt-e rendszeres hasmenése, szorulása? Hányszor székel egy nap? Életkorának megfelelően tudja-e tartani a vizeletét?

Ki fürdette meg első napokban a kisbabát? Szeretett-e fürödni? Volt-e valamilyen segítsége az anyukának az első otthoni napokban? Mikor kezdett önállóan enni, vetkőzni, öltözni, mosakodni? Van-e valamilyen cirkusz az öltözködés körül? Milyen természetű fennakadások vannak a ruhaviselésben? (Rövid/hosszú ujjú, rövid/hosszú – szárú – ruhák viselésétől való tartózkodás, új ruhák viselésétől való húzódozás, egyes anyagokból készült ruhafélék elutasítása, egyes ruhafajták, mint a sál vagy a kesztyű konzekvens elutasítása.) Inkább a szoros vagy a laza ruházatot kedveli-e?

A mozgásfejlődés története

Mikor kezdett forogni, kúszni, mászni, ülni, állni, járni? Voltak-e ebben csak rá jellemző sajátosságok (pl. korai aszimmetrikus testtartások, hátrafele kúszás, mászás közben fejtámasz)? Melyek voltak a kedvenc mozgásos játékai, szerette-e a játszótéri/vidámparki szórakozásokat? Voltak-e repetitív mozgásai, ha voltak, akkor milyen időszakban és meddig tartott (pl. „kutyázás")? Volt-e olyan időszaka, amikor gyakran állt, járt lábujjhegyen? Szélsőségesebb hangulatainak hogyan adta jelét (pl. ugrált-e, „repdesett-e" örömében)? Könnyen elszédül-e? Hajlamos-e kinetózisra (autózás, metró, mozgólépcső, lift, körfolyosó, kilátó használata közben stb.)? Mikor tanult meg motorozni/hintázni/kerékpározni/úszni? Azokat a mozgásokat élvezi-e inkább, amelyeket ő kezdeményez és kivitelez, vagy azokat, amelyeket passzívan megkap?

Beszédfejlődésének története

Elsősorban a száj körüli működések számbavétele fontos: a szopás-nyelés ügyessége, a rágás, a harapás, a szájjal történő megismerés sajátosságai, a nyelv, az ajkak és az arcizmok működése, az artikulációs mozgások. A cumihasználat, ujjszopás jellegzetességei, és a már tárgyalt étkezési sajátosságokkal való összefüggések megkeresése.

Mikor kezdett el beszélni? Mik voltak az első szavai, mondatai? Milyen helyzetekben tudta magát jobban/kevésbé megértetni?

Játékfejlődésének, közösségbe illeszkedésének története

Melyek voltak az első játékai? Hogyan, és milyen elmélyültséggel tudott játszani? Voltak-e repetitív játékformái, céltalan tevékenységei?

Meddig gondozta az édesanyja, ha nem ő gondozta, ki volt a gyermek gondozója? Mikor kezdett közösségbe járni? Hogy sikerült a beszoktatás, volt-e valamilyen elválási nehézség? Könnyen tudott együttjátszani a többiekkel? Megviselte-e a változás a napirendben? El tudott-e aludni az otthonán kívüli környezetben?

Egészségügyi problémák

Hároméves kora előtt volt-e valamilyen súlyosabb egészségi probléma a gyermekkel, ha igen, mi? Volt-e kórházban? Volt-e balesete? Vannak-e, és ha igen, milyen gyakorisággal fordulnak elő testi sérülések az életében? Voltak-e, vannak-e megmagyarázhatatlan vagy nehezen múló bőrtünetei, allergiás reakciói? Hallását és látását ellenőriztették-e már?

KÉRDŐÍVEK, TÜNETLISTÁK

A diagnózisalkotás következő szakaszához ma már számtalan jól szerkesztett kérdőív és tünetlista áll rendelkezésre. Praktikus kezelhetőségük, gyorsaságuk alkalmassá teszi ezeket szűrésre éppen úgy, mint elmélyült vizsgálatok bevezetésére. A szűrésekkel kapcsolatos igényt, tudniillik, hogy a fejlődési zavar kockázatát jól megragadják, valamint jelezzék, ha további vizsgálatokra és főképpen valamilyen beavatkozásra van szükség, legtöbbjük kielégíti. Nem előzmény nélküli az a tendencia a külföldi szakirodalomban és vizsgálati gyakorlatban, hogy kérdőívek alapján – a leggyakrabban szülői kitöltést igénylő nyomtatványokra kell gondolnunk – diagnosztikus kategóriákba soroljanak gyerekeket. Ezek közül néhány fényes karriert futott be, és bevizsgált, elfogadott diagnosztikus eszközként használják. Más, lényegesen elmélyültebb vizsgálódásra lehetőséget adó kérdőíveket a szülő kikérdezése alapján a szakemberek töltenek ki, ismét másokat pedig a szakemberek a szülővel beszélgetve és a gyermeket megfigyelve állítanak össze. A legkorábbi időszakra vonatkozóktól kezdődően az időskorig találunk ilyen kérdőíveket eltérő koncepciókra épülően, különböző helyzetek adaptív kezelése érdekében. Ezek közül kiemelünk néhányat, de párhuzamosan azt is jelezzük, hogy a hazai gyakorlatban saját fejlesztésű kérdőíveket, tünetlistákat alkalmazunk, lényegesen szűkebb hatókörrel, és soha nem önmagukban.

- *Szenzoros integrációs megfigyelési útmutató* (The Sensory Integration Observation Guide, Jirgal, Bouma 1989; Schaaf, Burke, Anzalone 1995): 0–12 hónapos korig alkalmas a taktilis-kinesztetikus, a vesztibuláris-proprioceptív, az adaptív-mozgásos és a szabályozó működések hiányosságainak feltérképezésére. Kikérdezés és megfigyelés ötvözete, ötfokú skálán értékel, illetve a megfigyelt viselkedés pontos leírását kéri. Értékes sajátossága, hogy bár elemi szinten, de megfigyeli a csecsemő viselkedésére adott szülői reakciókat és a csecsemővel folytatott szülői interakciókat is.
- *Csecsemő- és kisgyermekkori szenzoros profil* (Infant/Toddler Sensory Profile – ITSP, Dunn 2002): 0–36 hónapos korig alkalmazható, felvételi ideje 15 perc, a szenzoros integráció szempontjából veszélyeztetett kisgyermekek vizsgálatára szolgál 598 eset alapján sztenderdizálva.
- *A szenzoros feldolgozás mérőeszköze* (Sensory Processing Measure – SPM, Parham et al. 20072; Parham et al. 2007): (2–)5–12 éves gyermekek szűrésére szolgál különböző élethelyzetekben – otthon, iskolában – a velük együtt élő felnőttek kikérdezésével, amely 5–20 percnél nem vesz több időt igénybe. 1400 gyereken sztenderdizálták, az egyes szenzoros csatornák működési sajátosságai mellett a társas részvételt és a praxist is vizsgálja.
- *Gyermekek szenzoros profilja* (Sensory Profile, Dunn 1999): a hétköznapi élet legáltalánosabb ingerminőségeinek fogadását firtatja a gyermekek esetében 3 és 10 éves kor között. Fontos megemlíteni, hogy létezik ennek a kérdőívnek önkitöltős változata is serdülők és felnőttek (Brown et al. 2001) részére is.
- *Felnőttek szenzomotoros történetének kérdőíve* (Adult Sensorimotor History Questionnaire, DeGangi 2012): a napi tevékenységek és kapcsolatok szenzomotoros komponenseit veszi számba a jól strukturált és a végén tájékoztató értékekkel is ellátott önkitöltő kérdőív. A figyelmi önszabályozás, a szenzoros és motoros sajátosságok, az alapvető kapcsolati képességek és a stresszkezelés lehetőségeit veszi számba, sugallva az összefüggést a szenzoros feldolgozási jellegzetességek és a hétköznapi élet fontos, sőt meghatározó momentumai között.

- *Szenzoros integrációs leltár akadályozott fejlődésű személyek számára* (Sensory Integration Inventory for Individuals with Developmental Disorders, Reisman, Hanschu 1991): célja, hogy a gondosan tervezett foglalkoztatáshoz, a fejlesztési tervek kidolgozásához, a kliens szenzoros szükségleti típusának pontos és gyors meghatározásához adjon differenciált szempontokat. Nem szükséges hozzá együttműködés a vizsgált személy részéről, így jó eszköz autista kliensek esetében, skizofrén, Alzheimer-kóros és más elbutulással járó pszichiátriai betegségben szenvedőknél egyaránt. Nagyon hasznos segédeszköz lehetne fogyatékosokat és időskorúakat ápoló intézményekben, ahol az életminőség emelésének érdekében képesek innovációra. (A magyar változat már elkészült Süvegesné Rudan Margit fordításában.)

Strukturált megfigyelések

Már Anna Jean Ayres is szembesült azzal a nehézséggel, hogy a sztenderizált tesztek csak bizonyos korlátok (életkori sávok, mért képességterületek, nehézségi fokok) esetén alkalmazhatók. Ezért készített egy strukturált klinikai megfigyelési sort, amellyel kiegészíthette, vagy akár helyettesíthette az általa (is) kifejlesztett sztenderdizált teszteket. Az ő szemléletét követő terapeuták azóta többször átalakították, kibővítették az eredeti megfigyelési eszköztárat (Blanche 2002).

A *strukturált megfigyelési sor* az érzékelést és a mozgást vizsgáló feladatok gyűjteménye. Tudatosan választott jellegéből fakadóan nem sztenderdizált mérési eljárás, nem léteznek tehát hozzá komplex normatáblák sem. Kivitelezésének, értelmezésének nincs általánosan előírt, sztenderd formája, nem határozzuk meg a próbák kötelező sorrendjét vagy azt, hogy egy-egy feladatot mennyi ideig kell végezni. A strukturált megfigyelések alkalmazása bármikor megismételhető. Három fő alkotórészét (Ayres-féle reflexprofil, rajzvizsgálatok, mozgásszekvenciák vizsgálata) a következőkben mutatjuk be.

Ayres-féle reflexprofil

A strukturált megfigyelési sor nélkülözhetetlen részét alkotják az Ayres-féle reflexprofil próbái.

Ayres a tanulási zavarok terápiájának tervezéséhez tartotta szükségesnek az ősi reflexek integráltsági szintjének mérését (Ayres 1972a). Ezen reflexek aktivitásának foka a magasabb szintű poszturális mechanizmusok érettségétől és az aktív gátló működések összhatásától függ. Alacsonyabb szervezettség esetén a vizsgálati protokollba vont korai reflexek (a TLR és az ATNR, STNR)[3] fokozottabb jelenléte tapasztalható. Kötetünkben a reflexvizsgálatokról részletesebb elemzés olvasható.[4]

3 TLR (tonic labyrinthine reflex): tónusos labirintus reflex; ATNR (asymmetrical tonic neck reflex): aszimmetrikus tónusos nyaki reflex; STNR (symmetrical tonic neck reflex): szimetrikus tónusos nyaki reflex.

4 Lásd Szvatkó Anna *Egyes poszturális reflexek szerepe a kisiskolások viselkedéses és tanulási sajátosságaiban* című írását.

Rajzvizsgálatok

A rajzvizsgálatok, a rajzelemzés a DSZIT-terápiában igen hangsúlyos része a diagnosztikus folyamatnak, s benne a rajzolás folyamatának megfigyelése, az emocionális komponens értékelése, a fejlődéslélektani, kognitív szempontok figyelembevétele egyaránt megjelenik. A rajzok elemzése során különös hangsúly kerül a térbeli bizonytalanság mutatóira, ennek az érdeklődésnek a szenzoros integrációs elméletben még az 1980-as évekből származó kutatási előzményei vannak. Több szerző kiemeli, hogy a kisagyi-vesztibuláris deficitből (fej-szem mozgás, követő szemmozgás hiányosságai, alulreagáló posztrotátoros nisztagmus) eredő testképtorzulások grafikus megnyilvánulásai figyelmet érdemelnek. Ezek a grafikus sajátosságok jól jelzik, ha javul a rajzoló állapota: különösen a térbeli aspektusok válnak kiegyensúlyozottabbá (Ottenbacher et al. 1984). Ottenbacher és munkatársai azt találták, hogy az emberrajz az egyik jól használható mutatója a vesztibuláris rendellenességeknek: a posztrotátoros nisztagmussal együtt változik, és kapcsolatuk független az intelligenciától.[5]

1. A rajzolási folyamat poszturális praxis hangsúlyú elemzése

Papír-ceruza alkalmazásakor megfigyelési szempontsort használunk az egyébként roppant nehezen megragadható grafomotoros jelenségek rögzítéséhez. Az, hogy egy gyermek milyen módon fogja a ceruzát, gyakran eltereli a vizsgáló figyelmét arról, hogy a rajzolás, írás során is az egész test vesz részt a feladatban. Természetesen a rajzolási mozgásban tükröződnek olyan személyiségjellemzők is, mint a temperamentum, az általánosan jellemző aktivitási szint, vagy éppen ezek átmeneti elnyomása.

Megfigyelési szempontsorunkat Patricia Montgomery és Elieen Richter (Montgomery, Richter 1991) munkája nyomán fejlesztettük ki, amelynek fő területei a törzs stabilitásának, posztúrájának, a fej helyzetének, a papír testközépvonalhoz képesti helyzetének, a szubdomináns kéz szerepének, a fogás erősségének, a testközépvonal átlépésének megfigyelése és rögzítése.

Amennyiben problematikusnak látjuk a rajzolási testhelyzetet, megfigyelésünket kiegészítjük a vágási helyzetben felvett ollóhasználati szempontsorral – megkérjük a gyermeket, hogy vágjon ki egy egyszerű formát ollóval. Ebben a bilaterális, két kézzel végzendő feladatban az eszközhasználat nehézségei – mintegy nagyító alatt – kiugróan jól láthatók.

2. Az elkészült rajz elemzése indikátorok alapján

Tapasztalataink szerint a rajzokon megjelenő térbeli bizonytalanság emocionális zavarokkal együtt jelenik meg, függetlenül attól, hogy a rajzot készítő gyermek mennyi idős, milyen érett, és milyen intelligenciával rendelkezik. Az együttjárás nem feltétlenül jelent egyirányú ok-okozati összefüggést, de a vizsgálódás kezdeti szakaszában értékes támpontokat ad a gyermek élményvilágának megismeréséhez.

5 A testséma és az alakrajzok összefüggéseinek történeti előzményeiről részletesebben lásd e kötetben Campos Jiménez Anna *Szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása a korai lelki fejlődésben* című írását.

Ennek vizsgálatára az egyes európai országokban széles körűen használt Koppitz-féle emocionális mutatókat (Koppitz 1966) találtuk igen alkalmasnak. Elizabeth Koppitz az egyes mutatókat 5–12 éves, nevelési tanácsadóba utalt gyerekek klinikai vizsgálata során alakította ki, és hasonlította össze ugyanolyan korú és nemű problémamentes gyerekek emberrajzainak sajátosságaival. Úgy találta, hogy kettő vagy annál több mutató jelenléte egy rajzon már jól jelzi, ha egy gyermek emocionális problémákkal küzd, az indikátorok ugyanis 6%-nál kevesebbszer jelentek meg az érzelmileg stabil gyermekek rajzain. A mutatók egy része minőségi jellegű, mint például a figura nagysága, dőlése, átlátszósága, más részük speciális sajátosságokat kutató, mint a fogak megjelenése, a testhez ragasztott karok rajzolása. A szempontok harmadik csoportja a hiányokra utal: a száj, a nyak, a láb stb. elmaradását rögzíti.

Ezek mellett kiemelten figyeljük a gyermekek rajzain a javítgatásokat, az újrakezdésre való késztetést, a mértanizálási tendenciákat, a szimmetriára való utalásokat, és a kezek kidolgozottságának sajátosságait.

3. A rajzok projektív szemléletű elemzése

Az ebben képzett szakemberek végzik, döntően a Paula Elkisch által kidolgozott diagnosztikai összefüggések alapján (Sehringer, Vass 2005). Az aktuálgenézisnek, vagyis a rajz keletkezési folyamatának megfigyelése számos, a megértéshez elengedhetetlen szemponttal gazdagítja a vizsgálót: szóbeli megjegyzések, gesztus, mimika, a rajzolás idői mintázódása, a részletek rajzolási sorrendje – mind árnyalják a diagnóziskialakítást. Nem elhatárolt grafikus jellemzők meglétét vagy hiányát azonosítják, hanem finom megfigyelésekkel komplex egységként kezelve a rajzolást, a személyiség működésének jellemzőit igyekeznek azonosítani.

Mozgásszekvenciák vizsgálata

A strukturált megfigyelések legnagyobb, legheterogénebb csoportját a mozgásszekvenciák vizsgálata alkotja. Az általunk erre a célra használt feladatsort Anna Jean Ayres (Ayres 1972a; Ayres 1979), Erna Blanche (Blanche 2002), Rega Schaefgen (Schaefgen 2006) és Ulla Kiesling (Kiesling 2014), valamint közvetlen kollégáink (Szvatkó Anna, Donauer Nándor, Sebestyén Szilvia) vizsgálatai alapján Arató Domonkos és Ódorné Mátyássy Ágnes állította össze.

A mozgásszekvenciák vizsgálata olyan érzékeléses, mozgásos feladatokat, próbákat tartalmaz, amelyek segítségével a következő területeken mutatkozó éretlenségekről, diszfunkciókról nyerhetünk információkat (minden területhez két feladatot is megemlítünk példaként):

Szomatoszenzoros percepció:
- Kinesztézia, propriocepció: testhelyzetutánzás (testfélmásolás); céltáblák érintése behunyt szemmel
- Taktilis diszkrimináció: formaészlelés (sztereognózis); kézfejre rajzolás (grafesztézia)

Szomatopraxis, motoros tervezés:
- Poszturális kontroll: mozgatás a labdán; védekező karletámasztás

- Ujj- és kézmozgás: szokatlan mozdulatok utánzása; ujj-hüvelykujj feladat
- Dinamikus sorrendi praxis: ököl-tenyér-él próba; egyre hosszabb sorok utánzása
- Orális praxis: nyelvkörzés; széles mosoly
- Okulomotoros praxis: szemmozgás vizsgálata (a fej fixálódik, és a szem mozog, vagy éppen fordítva)

Bilaterális integráció:
- Reciprok koordináció: ököl-tenyér; feleselő kezek
- Diadokokinézis: kismalom, nagymalom mozgás

Tartási és egyensúlyi reakciók:
- Egy lábon ugrálás; kötéltáncos járás

Izomerő, izomtónus, antagonisztikus izmok kokontrakciója:
- Szoborteszt; „Ne engedd szétfeszíteni két tenyered, két térded!"

Ha ezeknek a funkcióknak a működésében nehézségeket tapasztalunk, az alapvető fontosságú jelzésnek tekinthető a szenzoros integráció gyengébb működése, valamint a későbbiekben megjelenő tanulási zavarok vonatkozásában (Ayres 1972a).

Bár az egyes mozgáspróbákat, játékos feladatokat vizsgálati eljárásunkban besoroltuk egy-egy területhez a fent említettek közül, megfigyelésünk során természetesen komplex figyelemmel követjük a gyermek mozgását, reakcióit, teljesítményét. Hiszen egy adott feladat – mint például a két karral végzett malomkörzés – során nyújtott teljesítmény egyszerre szólhat például a motoros tervezés és a poszturális kontroll, a bilaterális integráció, az izomtónus, az egyensúlyozás és a testkép minőségéről, érettségéről. A próbák felvétele során – ahogy korábban is említettük – nem ragaszkodunk egy adott készlethez vagy sorrendhez, az alkalmazott feladatokat a diagnosztikus munka céljának, a vizsgált gyermek adottságainak, illetve hipotéziseinknek megfelelően választjuk ki. A feladatok a sztenderdizált tesztek kiegészítői, de indokolt esetben helyettesítői is lehetnek.

Tesztvizsgálatok

A következőkben a szenzoros integrációhoz kapcsolódó funkciók minőségét vizsgáló legfontosabb sztenderdizált teszteket emeljük ki, életkori alkalmazhatóság szerint sorrendbe állítva őket. Fontosnak tartottuk, hogy olyan teszteket is megemlítsünk, amelyeket hazánkban még nem vezettek be.

Kisgyermekkori szenzoros funkciók tesztje – TSFI[6]

A tesztet Georgia DeGangi és Stanley Greenspan alakította ki (DeGangi, Greenspan 1989) a szenzoros integrációs zavar korai azonosítására 4–18 hónapos gyerekek részére. A fejlődési tesztekkel szemben nem a korosztályhoz képest határozza meg a csecsemő állapotát, hanem az egyéni sajátosságokat ragadja meg. Fejlődési elmaradás, adaptációs és szabályozási nehézségek, biológiai rizikótényezők jelenléte esetén

6 TFSI – Test of Sensory Functions in Infants.

érdemes használni. Különösen a taktilis és vesztibuláris ingerelhetőség egyéni minőségeire érzékeny, ezeknek prognosztikus értéket tulajdonít.

A vizsgálatokat mindig a szülő jelenlétében, sok esetben a szülő aktív részvételével végzik. A korai életkor sajátosságával összhangban magasabb pontértékek nyerhetők a család otthonában.

A következő területeket vizsgálja:

- *Taktilis mélynyomásra adott reakció:* talp, karok, has, száj ingerlése dörzsöléssel – megfigyelendő a csecsemő viselkedéses reakciója: esetleg sír, ellenáll, visszahúzódik vagy nevet.
- *Adaptív motoros funkciók és a vizuális-taktilis integráció:* bizonyos teszteszközöket a csecsemő különböző testtájaira helyezünk, és figyeljük, hogy megkíséreli-e, és milyen módon azok eltávolítását, illetve hogy milyen sikeres a motoros válasz, és megfelel-e a csecsemő aktivitási szintje a helyzetnek.
- *Okulomotoros kontroll:* a perifériás látás és a vizuális követés képességének vizsgálatára kerül a hangsúly.
- *Reakció vesztibuláris ingerlésre:* a kisgyermeket emeljük, forgatjuk, más és más testhelyzetbe billentjük, miközben a nisztagmus jelenlétét, illetve viselkedéses változásokat kell megfigyelnünk.

Magyarországon jó néhány éve megkezdődött ennek az eljárásnak a kipróbálása, meghonosítása és a klinikai tapasztalatok rendezése. Ennek során megerősítődött, hogy a TSFI értékes információkat szolgáltat az idegrendszer érettségi szintjéről és az anya-gyermek kapcsolat egyes aspektusairól, amelyek a tesztfelvétel közben elkerülhetetlenül megnyilvánulnak (Gereben et al. 2009). Az eljárás megismertetése érdekében oktatófilm is készült (Mlinkó, Szaffner 2000).

Szenzoros integrációs teszt – TSI[7]

Ronald Berk és Georgia DeGangi által szenzoros integrációs nehézségek óvodáskori azonosítására kialakított eljárás (Berk, DeGangi 1983), 3–5 éves gyerekek részére. A teszt igen hasznos a szenzoros integrációs működések klinikai értelmezésére az adott életkorban. Bár felvétele meglehetősen nagy teret enged a szubjektivitásnak, különösen a reflexvizsgálatok területén, mégis értékelhető eredmények születnek, ha egyéb klinikai megfigyelésekkel összevetve alkalmazzuk.

A vizsgált területek elsősorban életkori sajátosságokhoz illeszkedő vesztibuláris működésekkel vannak kapcsolatban, mint a poszturális kontroll (talicskázás, repülőgép), a bilaterális integráció (dobolás, ugrás-forgás) és a reflexintegráció (ATNR, STNR).

A DeGangi–Berk-óvodásteszttel kapcsolatban vannak már szórványos hazai tapasztalatok (Jászberényi 2007), oktatófilm is készült a bevezetés megkönnyítése érdekében (Jászberényi, Szaffner 2001). A DSZIT-alkalmazók körében az eljárás legnagyobb értékének az egyfajta profilelemzésre való felhasználhatóságát tartjuk, amely a

7 TSI – Test of Sensory Integration.

beavatkozás helyének meghatározását segíti. A funkcionálás szintjét három kategóriába sorolja: *normális, veszélyeztetett* és *akadályozott,* amely kategóriák csak az anamnézis, illetve az élettörténet ismeretében, valamint a gyermek egyéb funkcionálási és kapcsolati készségeivel együtt értelmezhetők. Szűrési céllal nem tartjuk könnyen alkalmazhatónak, tekintettel arra, hogy meglehetősen hosszadalmas (13 próbából áll), és csak a szenzoros integráció elméletében képzett és gyakorlatot szerzett klinikai szakemberek által használható.

Dél-kaliforniai szenzoros integrációs tesztek – SCSIT[8]

A sztenderdizált tesztek közül diagnosztikai munkánk során elsősorban az Ayres és munkatársai által kifejlesztett dél-kaliforniai szenzoros integrációs tesztek (Ayres 1972b) egyes tételeit használjuk. A teszt 1972-ben jelent meg először, azóta javított változata is napvilágot látott (Ayres 1985). Kidolgozását több évtizedes klinikai alkalmazás és kutatás előzte meg, főleg 6–9 éves, tanulási nehézségeket mutató gyerekek körében. Hazánkban jelenleg ez a legismertebb szenzoros integrációs érettséget vizsgáló tesztkészlet. Adaptálását és sztenderdizálását az Oktatáskutató Intézetben végezték el 1987-ben, Bálint Mária vezetésével. 4–9 éves gyermekek körében használható. Tizenhét altesztből áll, amelyek négy területhez sorolhatók: vizuális percepció; szomatoszenzoros percepció; motoros teljesítmény; egyéb feladatok.

Értékes tulajdonságának tekinthetjük, hogy igényes pszichometriai alapra épül, és jól kiválasztott, részfunkciókra érzékeny, intelligenciától független, nyelvi megértést nem igénylő próbákat tartalmaz, lehetőséget adva arra, hogy a gyermek a feladatokat teljesen megérthesse, és gyakorolhassa. A részképességek színvonalának meghatározásához fokozatosan nehezedő helyzeteket teremt, és külön-külön, illetve összesített eredményeket is ad a két testfélre.

A már említett oktatáskutató intézetbeli adaptáció mellett hazánkban egyéb vizsgálatok is folytak az SCSIT felhasználási lehetőségeit illetően. Ezek közül ki kell emelni a szenzoros integráció és a különböző személyiségmutatók összefüggéseit kutató vizsgálatot eltérő kóreredetű enyhe értelmi fogyatékos tanulóknál (Simon, Nagy 1986) és hiperaktív, tanulási zavarral küzdő gyerekek körében (Bálint 1987).

Szenzoros integrációs és praxisteszt – SIPT[9]

Az 1989-ben megjelent teszt (Ayres 1991) elnevezéséből is látszik, hogy nagy hangsúlyt helyez a praxis funkciójára. Az SCSIT-ből néhány szubtesztet – amelyek nem voltak elég megbízhatók, vagy túl nehézkes volt a felvételük – kihagytak. Az addig külön tesztként használatos dél-kaliforniai posztrotátoros nisztagmus teszt, az SCPNT[10] (Ayres 1979) szintén részévé vált az új tesztkészletnek, annak egyik szubtesztjeként. Négy új, a praxist vizsgáló tételt dolgoztak ki, főként a felnőttkori apraxiák kutatásá-

8 SCSIT – Southern California Sensory Integrational Tests.

9 SIPT – Sensory Integration and Praxis Test.

10 SCPNT – Southern California Postrotatory Nystagmus Test.

nak eredményei alapján. Ezek: építési praxis, verbális parancs praxis, sorrendiségpraxis és orális praxis.

A tesztek legnagyobb részét, a verbális parancs praxis kivételével, úgy dolgozták ki, hogy csak csekély mértékben igényeljenek nyelvi készségeket, hogy a beszédben elmaradott gyerekeket ne érje komoly hátrány. Ayres a SIPT kézikönyvében ismét aláhúzza, hogy a teszteredmények csak egyfajta adatforrást jelentenek, amelyeket egyéb adatokkal és klinikai megfigyeléssel kell kiegészíteni a diagnózis kialakítása, és a kezeléssel kapcsolatos szempontok mérlegelése előtt. Csupán a SIPT-eredmények alapján nem határozható meg, hogy a szenzoros diszfunkciós vagy diszpraxiás gyermek számára milyen hozama lehet a terápiának, ehhez a teszt alkalmazójának szakmai ítélete elengedhetetlen.

Hazánkban a SIPT nem került használatba, sem a tesztjog nincs a birtokunkban, sem a sztenderdizálását nem végezték el. Néhány intézmény azonban tancéllal megvásárolta és szempontjait a gyermekek megismerésében felhasználja.

Más tesztek felhasználása

Több olyan tesztvizsgálat, illetve vizsgálati eljárás létezik, amely ugyan nem közvetlen módon, célzottan vizsgálja a szenzoros integrációs képességeket, eredményeinek mégis értelmezési kerete lehet a szenzoros integráció elmélete. A Magyarországon használt eljárások közül a KTK[11] testkoordinációs teszt gyermekeknek (Kiphard, Schilling 1974) és a Lincoln–Oseretzky-skála használata kapcsán merülnek fel a leginkább egyértelműen ezek a szempontok, de megjelennek ennél mindennapibb helyzetekben is, például a Bender-teszt felvétele kapcsán. Megjegyezzük, hogy Judith Giencke Kimball (Kimball 1977) kutatása alapján a Bender-tesztben elért alacsonyabb pontszámok jó előrejelzői lehetnek a szenzoros integrációs sérülékenységnek, de ki kell egészíteni a szűrést a kétkezes integráció és a poszturális viselkedés területeivel.

A különböző fejlődési skálákban, mint például a SEED-skálában (Herst et al. 1976), a Bayley II. és III. (Bayley 1993; Bayley 2006) skálákban számtalan olyan helyzet és szempont található, amely szenzoros integrációs keretben is jól értelmezhető, és bizonyos kiegészítésekkel jó alapanyagot szolgáltathat a korai diagnosztikai munkához.

Kiegészítő tesztvizsgálatok

A hozott és a menet közben felmerülő problémáknak megfelelően vizsgálatunk során egyéb pszichológiai vagy gyógypedagógiai mérőeszközöket is felhasználunk, természetesen a vizsgáló kompetenciái és az adott gyermeknél való használhatóság függvényében. A leggyakoribb vizsgálóeszközök: az intelligenciát mérő tesztek (pl. WISC–IV, Raven), a neuropszichológiai tesztek (pl. Benton, Bender A és B), a figyelmet és a kognitív funkciókat vizsgáló eljárások (pl. Piéron-teszt, Brickenkamp-féle d2 teszt, Rey-tesztek, Frostig-teszt), a pszichodiagnosztikai projektív tesztek (pl. rajztesztek, CAT, Rorschach, Világjáték), és a sort hosszan lehetne folytatni.

11 KTK – Körperkoordinationstest für Kinder.

KIEGÉSZÍTŐ INFORMÁCIÓK

Informatív lehet egy gyermek megfigyelése közösségben is, hiszen a bölcsődei, óvodai csoportban, iskolai osztályban olyan környezeti körülmények adódhatnak, amelyek a gyermekek viselkedését teljesen átalakítják. Léteznek ezért olyan megfigyelési szempontsorok, amelyek a gyermek viselkedésének jellegzetességeit a környezet fizikai és társas sajátosságaival interakcióban térképezik fel. Leglátványosabb megjelenési formája ennek a problematikának az, amikor egy kisgyermek elveszti saját viselkedésének irányítását pusztán attól a ténytől, hogy egy adott nagyságú teremben hirtelen túl sok ember veszi körül, s így nagyon megnövekszik a számára veszélyes, integrálhatatlan ingerek (zaj, közelség, szag, jövés-menés) mennyisége.

A KAPOTT EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA, ÉRTELMEZÉSE

Egy komplex, alapos diagnosztikus munka eredményeképpen nagyon nagy mennyiségű információhoz juthatunk. Ha ezeket nem strukturáljuk valamilyen módon, pusztán egymás mellé téve felsoroljuk őket, az mind bennünk, mind a szülőkben inkább bizonytalanságot, zavart fog kelteni, s nem a problémák mélyebb megértését.

A strukturálás legegyszerűbb módja, ha az egyes feladatokban, próbákban, tesztekben nyert eredményeket *funkciónként csoportosítjuk*, majd kiválasztjuk azokat a területeket, ahol inkább gyengébben teljesített a gyermek, és azokat, ahol ügyesebb, érettebb volt (ezek az erősségek vagy „vivő" területek). Ennek a csoportosításnak nehézsége lehet – ahogy korábban is említettük – hogy egy-egy feladatban tapasztalt teljesítmény több funkció minőségének eredőjeként jön létre, valamint az, hogy egy-egy területen belül gyakran ellentmondásos eredményeket tapasztalhatunk. Ezért nem szabad ezt a strukturálást mechanikusan, leegyszerűsítő módon elvégezni, hiszen az összetett képet szem elől veszítve könnyen egy hamis bizonyosságérzethez juthatunk el (Ayres 1972a). Az ellenkező véglettől is óvakodnunk kell azonban, hiszen valamifajta rendszerezés (konstruálás) nélkülözhetetlen a további út kiválasztásához és – ha szükséges – a terápia megkezdéséhez.

A következő strukturálási lehetőség – amelyre már többször is hivatkoztunk írásunkban – a *hipotézisalkotás*. A klinikai, terápiás gondolkodásmód alapvető jellemzőjének tekintjük, hogy a diagnosztikus munka során az összegyűjtött adatokat, információkat rendszerezzük, értelmezzük, majd ennek nyomán hipotéziseket állítunk fel. Hipotéziseinket kritikusan teszteljük, s a kapott eredmények alapján finomítjuk, vagy éppen elvetjük őket (Popper 1997). Egy vizsgálat során már a szülőktől szerzett első információk elhangzásakor elindul a szakember fejében ez a folyamat. Mi állhat az ismertetett tünetek hátterében? Inkább pszichés, kapcsolati, vagy organikus, idegrendszeri tényezők játszanak hangsúlyosabb szerepet a nehézségek kialakulásában? Jelen lehet-e esetleg valamilyen „nagy" kórkép (ADHD,[12] autizmus spektrumzavar stb.)? Vajon valóban súlyos problémákról van szó, vagy csak a szülők érzékenységéről, szorongásáról, tapasztalatlanságáról? Enyhébb idegrendszeri éretlenségről, vagy súlyosabb szenzoros integrációs diszfunkcióról beszélhetünk? Milyen területeket érint

12 ADHD – attention deficit hyperactivity disorder (figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar).

ez leginkább, és milyen mintázatban? Ezekről a kérdésekről jó, ha gondolunk valamit már egy-két találkozás után is, hiszen szakmai tapasztalatainkra és tudásunkra épülő feltételezéseink irányítanak minket a további vizsgálati utak, eszközök, módszerek megválasztásában. Nem szabad azonban elzárkóznunk az újabb információk befogadásától, az a dolgunk, hogy a diagnosztika, sőt a terápia alatt is egyre komplexebb, a valósághoz közelibb képet alakítsunk ki a gyermek problémáinak hátteréről.

A diagnosztikus gondolkodás, hipotézisalkotás egyik sarokköve a feltételezett diagnosztikus kategória elválasztása más lehetséges – hasonló tünetekkel járó – kórképektől, szindrómáktól, betegségektől. Ezt a folyamatot *differenciáldiagnosztikának* nevezzük. A differenciáldiagnosztikai szemlélet a diagnosztikus munka minden lépésében megjelenik, az anamnesztikus és vizsgálati adatok gyűjtésében éppenúgy, mint azok elemzésében, értelmezésében. Ennek szemléltetésére álljon itt két egészen konkrét példa.

Differenciáldiagnosztikai szempontból informatív lehet például, ha megbizonyosodunk arról, vajon észleli-e a gyermek az elvárt és az aktuális teljesítménye közötti különbséget. Ha észleli, és másodszor – újabb bemutatás nélkül is – nagyságrenddel jobban, pontosabban hajtja végre a feladatot, a háttérben motivációs problémákat (a családban pedig laza elvárásrendszert, nevelési bizonytalanságot) feltételezhetünk. Ha súlyos hibák esetén sem észleli a különbséget, a gyermek monitorozó funkciói valószínűleg bizonytalanul, vagy alig működnek, nem tudja összehangolni őket a kivitelező funkciókkal, továbbá a mozgáselemek produkciójának memóriája is gyenge lehet.

Feljegyezzük azt is, ha a gyermek egy összetettebb mozgásminta esetén kevesebb elemet produkál, vagy a sorrendet hibázza el. Ez utalhat ugyanis a figyelem, a memória, a ritmus, illetve a szerialitás problémájára. Ha plusz elemeket rak bele a reprodukált mintába, vagy nem tudja leállítani mozgását, az a fékrendszer bizonytalan működését jelezheti.

Szintén a pontosabb diagnosztikus kép kialakításához vihet minket közelebb, ha az egy-egy területen nyújtott jobb vagy gyengébb teljesítményen túl a tapasztalt *hibákat is elemezzük*, azaz hogy hogyan oldotta meg a gyermek a feladatokat, s eközben melyek voltak a tipikus kompenzációs technikái, illetve rontásai. Feljegyezzük például, ha a gyerek a feladatok végzése során gyakran leáll (kérdezget, sóhajtozik), majd újrakezdi a mozdulatot, ha mozgása látványosan lelassul, vagy éppen felgyorsul, esetleg akadozik. A tempó felgyorsítása nagyon gyakori kompenzációs technika, éppenúgy, mint egy más testterület vagy érzékszerv bevonása a feladat megoldásába, továbbá az intellektuális „kombinálás", illetve a kimagyarázó, figyelemelterelő beszéd. Jellegzetes és komolyabb mozgásos éretlenséget jelezhetnek a gyakori kényszertartások, együttmozgások. Fontos pozitív diagnosztikai jel, ha a gyermek elakadása után önmagától újrakezdi a feladatot, vagy ha kitartóan próbálkozik és akár többszöri ismétlés után sem adja fel.

A diagnosztikus munka során kapott eredmények strukturálása, értelmezése nemcsak önmagáért, valamiféle elvont elméleti szempontból szükséges, hanem ez teszi lehetővé, hogy választ adjunk azokra a konkrét, gyakorlati *diagnosztikus kérdésekre*, amelyek a további teendőinket meghatározzák. Legfontosabb kérdés, hogy van-e,

és ha igen, milyen segítségre van szüksége a gyermeknek. Elegendő-e, ha azt javasoljuk, hogy válasszon valamilyen sportot számára a család, esetleg járjanak óvodás tornára, vagy mindenképpen terápiás ellátás kell? Ha a terápiát látjuk indokoltnak, milyen hangsúlyú (pszichés vagy mozgásos), és milyen jellegű (direktebb, strukturáltabb, „tréningszerűbb" vagy nondirektívebb, komplexebb) az az ellátás, amelyet leginkább hatékonynak gondolunk a konkrét esetben? Az adott vizsgáló szakember kompetenciája-e a terápia végzése, vagy tovább kell küldenie a családot? Felmerül-e, hogy újabb szakembereket (neurológust, logopédust, pszichiátert stb.) vonjunk be a vizsgálatokba? Ha úgy döntünk, DSZIT-terápiára van szükség, és vállaljuk a végzését, akkor melyek a tervezett terápiás irányok, célok? Ezekre a kérdésekre csak komplex szemlélettel, alapos mérlegelés után, a szülővel való közös gondolkodás során, lehetőség szerint nagyobb tapasztalatú, vagy más képzettségű szakemberekkel való konzultáció után adhatunk választ.

| Diszfunkciók, diagnosztikus kategóriák

Ayres legkorábbi munkái óta igyekezett megragadni a szenzoros integrációs zavarok eltérő mintázatait. Faktoranalitikus vizsgálatok alapján alakította ki azokat a kategóriákat, amelyeket azután az elmúlt évek alatt ő maga, később pedig követői módosítottak, finomítottak újabb vizsgálatokra, illetve frissebb releváns kutatási eredményekre támaszkodva. Viszonylag hosszabb ideig, a nyolcvanas évektől az ezredfordulóig tartotta magát a következő kategorizálás:

- *Fejlődéses diszpraxia / szomatodiszpraxia:* a saját test lokalizációjának bizonytalansága, mely gyenge poszturális szerveződéssel jár, és amelyet a két kéz koordinációjának alacsony színvonala, különösen a kéz ujjain tapasztalható taktilis lokalizálási nehézség és éretlen egyensúlyozás kísér.
- *A poszturális-okuláris-bilaterális integráció zavara / féloldali elhanyagolás:* szegényes egyensúlyozás, patológiás izomtónus-eloszlás, a test középvonalának keresztezésére való képesség alacsony szintje jellemzi.
- *Taktilis védekezés:* a taktilis tesztekben nyújtott gyenge teljesítmény mellett a tapintásos helyzetek különböző mértékű elutasítása figyelhető meg, ami főleg olyankor válik feltűnővé, ha az ingerek összeadódnak, akár időbeliségük, akár intenzitásuk vagy fenyegető jellegzetességeik miatt.
- *Auditív-nyelvi problémák:* szenzoros integrációs kísérőjelenségként a SCSIT-ben a jobb kéz esetén nehezített a testközépvonal keresztezése, a bal kéznél pedig a motoros pontosságban merülnek fel hiányosságok.
- *Forma-térpercepció zavara:* A SCSIT-ben lévő vizuális próbák alacsony színvonala mellett problematikus a kinesztéziás érzékelés, a manuális formapercepció és a grafesztézia.

Az ezredfordulóra a figyelem fokozatosan a *modulációs zavarok* irányába fordult. Ayres már korai munkáiban is nagy jelentőséget tulajdonított annak az agytörzsi szinten

szervezett folyamatnak, amely az izgalmi és a gátlási tendenciákat kiegyensúlyozva képessé teszi az agyat saját ingerbefogadási aktivitásának megszervezésére. A hibás szervezés a taktilis hárításban (másként fogalmazva: tapintásos túlérzékenységben) ölthet testet, amikor a tapintás élvezetét, illetve megismerő működését egy teljesen ártalmatlan inger esetében felülírja a látszólag indokolatlan veszélyérzet. Ayres jelezte, hogy más érzékleti csatornákon is előfordulhat ez a jelenség, a gravitációs túlérzékenységet emelte még ki, azonban a szisztematikus kutatások csak később indultak be. A felgyűlő tapasztalatok által is megerősített koncepcionális hangsúlyáttolódás következtében 2002-ben a szenzoros integrációs zavarokat már két jelenségcsoporttal írták le: a szegényes ingerbeáramlási szabályozással és a hiányosan szervezett praxissal.

A jelenleg leginkább elfogadott kategorizálás (Miller et al. 2007) szerint nem szenzoros integrációs deficitekről beszélünk, hanem a *szenzoros feldolgozás* különböző rendellenességeiről.

A *szenzoros feldolgozási zavarok (SPD)*[13] alcsoportjai a következők:

- A szenzoros szabályozás zavarai: túlérzékenység, tompaság, szenzoros élménykeresés
- Szenzoros alapú mozgás-rendellenességek: poszturális zavarok, diszpraxia
- Szenzoros diszkriminációs zavarok

A SZENZOROS SZABÁLYOZÁS ZAVARAI (SMD)[14]

Az emberek nagymértékben különbözhetnek egymástól abban, hogy hogyan reagálnak a különféle szenzoros ingerekre, azok intenzitására, érzelmi hatásaira, továbbá a válaszadás időtartamában is jelentős eltérések lehetnek. Mindez befolyásolja mindennapi életüket is. A gyermekek, ha egyes ingerminőségeket kizárnak életükből, vagy ha túlzottan vágynak rájuk, és ezért függnek tőlük, a világ egy részének megismerésében magukra maradhatnak, és sem szüleikkel, sem kortársaikkal nem tudják szokatlan élményeiket megosztani.

Szenzoros túlérzékenység (SOR)[15]

A kategória képviselői kortársaiktól eltérő módon reagálnak egyes ingerekre: gyorsabban, hosszabban és nagyobb intenzitással. Átlagos ingereket is fogadhatnak fájdalmasként, bántóként, zavaróként, olyanként, amelyhez nem lehet hozzászokni, és amelynek jelenlétében nem képesek normálisan működni. Félelem, védekezés, túlzott éberség, agresszió jelenhet meg a viselkedésben, különösen akkor, ha az inger forrását a gyermek nem képes kontrollálni. Ez a működésmód beleszólhat a napi életbe, tanulási nehézségeket okozhat, és a társas kapcsolatokra is hatással lehet. Gyakran iskolába lépéskor derül fény a probléma jelenlétére, hiszen az ottani társas és fizikai

13 SPD – sensory processing disorder.
14 SMD – sensory modulation disorder.
15 SOR – sensory over-responsivity.

környezet lényegesen ingerlőbb, mint az otthoni. Előfordulhat, hogy szorongás és depresszió jelenik meg következményként. A leggyakoribb a taktilis és az auditoros csatornákon való túlérzékenység.

A túlérzékenység kategóriája a személyiség- és temperamentumkutatások irodalmában jelenik meg a kilencvenes évek végétől, és jelentős átfedést mutat a szenzoros integrációs szakirodalomban tárgyalt képpel. Fiziológiai szinten a kutatók sajátos mutatókat tudtak megragadni, mint például a magasabb bőrelektromos aktivitás, a lassabb hozzászokás, és a paraszimpatikus válaszadási eltérések (Ben-Sasson, Carter, Briggs-Gowan 2009). A gyakorisági mutatók szerint a 4–6 éves gyermekek között 5–15% ($n = 710$, Ahn et al. 2004) körüli az arányuk. Feltételezik, hogy a növekedéssel párhuzamosan csökken a túlérzékenység intenzitása (Baranek et al. 2007), mert a gyerekek egyre inkább képesek önszabályozó stratégiákat alkalmazni, és egyre fontosabbá válnak számukra az új ingerek. Meg kell jegyezni, hogy nincs arról empirikus adat, normál fejlődésben hogyan alakul a szenzoros érzékenység története. Annyit azonban tudhatunk, hogy klinikai csoportokban a túlérzékenység lényegesen gyakoribb: autizmus spektrumzavar esetén 56% (Ben-Sasson et al. 2007), ADHD-ban 69% (Parush et al. 2007).

Winnie Dunn (Dunn 1997) két viselkedési típust ír le a túlérzékeny gyermekek körében: az *elkerülőt*, aki aktívan igyekszik kézben tartani az ingerekkel való elárasztottságot, és a *szenzitívet*, aki passzív módon, a kellemetlen ingereknek kitéve szétzilálódik.

Az bizonyosnak tűnik, hogy a szenzoros túlérzékenység fennállása esetén növekszik a rizikója az emocionális-társas problémáknak, az alkalmazkodó viselkedés hiányosságainak és a figyelmi működések éretlenségének.

Szenzoros érzéketlenség vagy tompaság (SUR)[16]

Míg a szakirodalom gazdagon tárgyalja az externalizáló tünetekben gazdag túlérzékenységet, a csökkent érzékenységgel kapcsolatban jóval kevesebb kutatási eredmény lát napvilágot. Összességében elmondható, hogy ez a kép nehezebben ismerhető fel, és a terápiás kilátások is kevésbé jók. Viselkedésesen ezek a gyermekek visszahúzódók, szinte apatikusak, mintha nem jutna el hozzájuk a környezet. „Jó gyerekeknek" látszanak, motivációhiányuk, figyelmetlenségük kevésbé szúr szemet, mint a túlérzékenységük miatt szinte állandó segítséget igénylő társaik tünetei. Sokszor a szülők a balesetezés gyakorisága miatt keresnek segítséget, ekkor szokott feltűnni hiányosságuk a fájdalomérzékelésben. A kép gyakran jár együtt diszpraxiával és diszkriminációs zavarokkal.

Szenzoros élménykeresés (SC)[17]

Állandó és kielégíthetetlen vágy jellemzi ezeket a gyerekeket egyes ingertípusok fogadására, amely annyiban lép túl a „normális" gyermekkori ingeréhségen, hogy ezeknek a gyermekeknek a viselkedését a vágyott és elért ingerek dezorganizálják. Minél

16 SUR – sensory under-responsivity.
17 SC – sensory craving.

több ingert érnek el, annál szétesettebben fogadják a következőket, ezért szinte állandó mozgásban és túlzottan magas éberségi szinten vannak. A szociális interakciókban sem képesek izgatottságukat szabályozni, ezért esetükben szinte állandó konfliktusforrás a testhatár-átlépés. Szeretik nézni a forgó tárgyakat, a villogó fényeket, élvezik a hangos közeget, erős vagy túl édes ételeket ennének állandóan, de szívesen rágcsálnak étkezésre alkalmatlan tárgyakat, harapnak, szagolgatnak, csikorgatják a fogukat, mindennek nekimennek, ütődnek, szorosra fűzik a cipőjüket, és megállás nélkül, szédületes iramban rohannak, forognak, ugrálnak. A sok rosszul strukturált inger túlfuttatja az amúgy is magas éberségi szintet, ezért még kevésbé lesz szervezett a viselkedésük.

Egyes túlérzékeny gyerekek ingerkereséssel igyekeznek úrrá lenni az önszabályozás nehézségein, esetükben gyakran sztereotípiák jelennek meg: untalan ismételnek egy-egy erős ingerrel járó állapotot annak érdekében, hogy megtanulják kezelni. Egy-egy vicces helyzetre sokadik ismétléskor is ugyanúgy reagálnak, mintha először találkoznának vele: újra és újra „leesik a tantusz", és nem unják meg a helyzet élvezetét. Mint látható, az ADHD-s kórképekkel nem teljesen tisztázott a határ, felmerülhet, hogy az elsődlegesen szenzoros feldolgozási zavarokkal küzdő gyerekek az ingerekhez való hozzászokás (habituáció) területén sokkal sérülékenyebbek ADHD-s társaiknál.

Szenzoros alapú mozgásrendellenességek (SBMD)[18]

Ebben a kategóriában az ingerek beáramlásának szabályozása többé-kevésbé jól sikerül, a szenzoros feldolgozás zavaraiból adódó szenzomotoros nehézségek válnak azonban központi problematikává. Két fő formája van megjelenésüknek: a poszturális zavarok és a diszpraxia.

Poszturális zavarok (PD)[19]

Döntően taktilis és proprioceptív érintettség miatt a poszturális nehézségekkel küzdő gyerekeknél egyfajta erőtlenséget, a terhelhetőség feltűnő csökkenését láthatjuk. Mozgás közben zavart a test stabilitása, szegényes az egyensúlyozás, az izomtónus és a mozgáskontroll nem alkalmazkodik az alátámasztó felület téri és mozgásbeli sajátosságaihoz. Ezek a gyerekek lassúak, túlzottan óvatosak, és egyáltalán nincs kedvük mozogni: szívük szerint ülő életmódot folytatnának. Ha mégis mozgásba lendülnek, minden lehetőséget kihasználnak az alátámasztási felület növelésére, ennek ellenére bizonytalannak érzik magukat, és hamar elfáradnak. Nem tudják automatikusan ellensúlyozni a környezet mozgásában bekövetkező szokatlanabb változásokat, azokat, amelyeket más gyerekek észre sem vesznek (például amikor a villamos fékez, leeshetnek az ülésről). Mindennek következtében önbizalmuk igen alacsony, és csekélyebb társas részvételre hajlanak. Nehézségeik lehetnek a téri tájékozódásban és a szekvenciálásban. Előfordul, hogy hirtelen, leküzdeni akarván nehézségeiket, aktívvá válnak, ekkor azonban mozgásuk körültekintés nélküli, sőt veszélyes, hiszen nincsenek megfelelő gyakorlatuk.

18 SBMD – sensory-based motor disorder.

19 PD – postural disorder.

Diszpraxia

A mozgásfantázia, a sorrendiség megtervezése és a mozgás kivitelezésének problémája. Hétköznapi szóval ügyetlennek szoktuk nevezni az ilyen gyermekeket, akiknek sok bizonytalanságuk van a saját testük lokalizálásában, és tagadhatatlan erőbevetésük ellenére próbálkozásuk egy-egy új mozgásforma megtanulásával nem vezet eredményre. Tapintási és egyensúlyszervi működéseik nehezítettek. Gyakran sikertelenek mások testhelyzetének utánzásában, nem tudják keresztezni testük középvonalát, sokszor pontatlanul érzékelik saját ujjaikat, és súlyos problémáik vannak a mozgások lefuttatásának időzítésével. Finommotoros tevékenységük és száj körüli aktivitásuk, beleértve a beszéddel kapcsolatos mozgást is, alacsony szintű. Ezek viselkedéses velejáróinak tekinthetjük az új iránti csökkent érdeklődést, az öltözködés, eszközhasználat elkerülését, az alacsony frusztrációs toleranciát, a környezet kontrolláló, manipulatív kezelését. Cserében virágzó fantáziaéletet élnek, rengeteget beszélnek, és lehetőleg keveset cselekednek.

Szenzoros diszkriminációs zavarok (SDD)[20]

Bármelyik érzékelési csatornán előfordulhat, hogy nehezített a finom részletek megkülönböztetése, azonosítása, a kevéssé fontos részletek elhanyagolása. A látási, hallási, íz- és szagérzékelési, tapintási, vesztibuláris-proprioceptív és az interoceptív érzékelési csatornákon érkező ingerekkel nem tud az idegrendszer kellő hatékonysággal bánni, annak ellenére, hogy maguk az ingerfelvevő rendszerek jól működnek.

A legritkább esetben fordul elő, hogy egy gyermek nehézségei csak egy altípusba illeszkednek, és különösen igaz ez a diszkriminációs zavarok eseteiben. Ezek bármelyike együttjárhat csökkent érzékenységgel, és a következményesen zavart testkép miatt diszpraxiával. Általában elmondható, hogy a diszkriminációs zavarokkal küzdő gyermekek inkább lassúak, mozgásuk koordinációja hiányos. Önértékelésük alacsony és hajlamosak dühkitörésekre.

Diagnosztikus szemléletünk

Ha diagnosztikus szemléletünket, munkánkat még alaposabban be akarjuk mutatni, feltétlenül beszélnünk kell néhány meghatározó „stílusjegyéről", és a mögöttük meghúzódó szakmai szempontokról. A következőkben vizsgálati metódusunknak ezeket a jellemzőit gyűjtöttük csokorba.

Óvatosan és körültekintően kezeljük azokat az eredményeket, amelyeket az általunk végzett vizsgálatokból nyerünk. Összevetjük őket a szülőktől, valamint más, a gyermeket jól ismerő személyektől nyert információkkal. Soha nem egy-egy adatról beszélünk, hanem egy irányba mutató tendenciákról, a feladatok eredményeit egy területen belül és az egyes területek között is egymással összevetve, mélyebben elemezve. Szükség van erre, hiszen minden gyermek (még a szenzoros feldolgozási

20 SDD – sensory discrimination disorder.

zavarral, SPD-vel küzdő gyermek is) különféle típusú és mélységű problémákat hoz magával, vagyis nincs két teljesen egyforma profil, mint ahogy olyan sincs, hogy valaki az SPD minden tipikus tünetét mutatja. Akinél pedig általában jelen van valamilyen tünet, annál sem mutatkozik meg az minden esetben. Ráadásul ugyanannál a gyermeknél egy adott érzékszerv vonatkozásában egyszerre túl alacsony és túl magas küszöbre utaló problémák is előfordulhatnak. Tovább nehezíti a dolgunkat, hogy az SPD-hez sok más (például érzelmi) diszfunkció is társulhat, ilyenkor mindig alapos megfontolást igényel (ha egyáltalán eldönthető), hogy melyik tünet fakad inkább az idegrendszer diszfunkcionális működéséből, és melyiknek állnak a hátterében pszichés tényezők. S végül hozzátartozik a teljes képhez az a tudásunk is, hogy valamilyen szintű szenzoros működési zavar mindenkinél előfordulhat, bizonyos mértékű, mennyiségű tünet még bőven belefér az egészséges kategóriába (Kranowitz 2006).

Rugalmasan vizsgálunk, mindig mérlegelve, hogy mit bír el az adott gyermek és a konkrét szituáció, hiszen – ahogy korábban is írtuk – nem célunk a feladatok mindenáron való elvégzése. Elsődlegesnek a kapcsolat, a bizalom megszületését tekintjük, ezért nem tartjuk szükségesnek, hogy a vizsgálat egy szigorúan előrestrukturált helyzet legyen. Erre a rugalmasságra indít minket az a már bemutatott klinikai munkamód is, amelynek értelmében a vizsgálat során a feladatok kiválasztásában (vagy éppen elhagyásában) a szerzett információk alapján kialakított hipotéziseink mentén haladunk, a kapott eredmények függvényében indokolt esetben akár a vizsgálat fókuszát is megváltoztatva.

Mindig egyszerre *több szinten igyekszünk megfigyelni* a gyermek viselkedését. Már a vizsgálati szituáció elején kíváncsiak vagyunk arra, hogyan jön be a gyermek a szobába – mit hoz a kezében, gátolt-e, vagy éppen vakmerő, az anya vagy az apa milyen mértékben, formában támogatja, illetve kontrollálja őt. A feladatok végzése közben megjegyezzük, milyen a kapcsolatkészsége, feladattudata, figyelme, menynyire tudja tartani a határokat, minek örül, és mi az, ami zavarja. Olyan helyzeteket teremtünk, ahol láthatjuk, mennyire képes hasznosítani a segítséget, illetve hogy hogyan tanulja meg azt a mozgást, amelyet addig nem tudott végrehajtani. Megbizonyosodhatunk arról is, vajon észleli-e a kapott minta, és a saját teljesítménye közötti különbséget.

Egy-egy próba tapasztalata sosem csak egyféle információt rejt magában, minden összetettebb mozgás elárul valamit a mozgástervezésről, az izomtónusról, a posturális kontrollról, de gyakran a két testfél együttműködéséről is. Sosem állíthatjuk hát rá figyelmünket egyetlen ösvényre, csak a többszintű észlelés vezethet egy komplex, hiteles kép kialakításához.

Kreatívan igyekszünk minden lehetséges vizsgálati szituációban megkeresni a bizalom, az együttműködés, a motiváció felkeltésének lehetőségét. Ezt szolgálhatja adott esetben a játékosabb, érdekesebb vagy kevésbé frusztráló feladatok előtérbe hozása, a gyermek egyéni érdeklődésének figyelembe vétele (pl. rajzolás, labdázás), a vizsgálat kedves, vidám, közvetlen jellege.

Mindig *szem előtt tartjuk a mozgásvizsgálati helyzet intim („testközeli") jellegét*, érzékenyen figyelünk a gyermek ezzel kapcsolatos jelzéseire, ha kell, emiatt megvál-

toztatva a feladatok sorrendjét, listáját, felvételi módját. Folyamatosan igyekszünk észlelni, hogy ez a nonverbális, az egész testet megmozgató összehangolódás milyen érzéseket vált ki a gyermekből, és milyeneket belőlünk. Ezek az érzések a vizsgálat menetének finomhangolásán túl természetesen diagnosztikus értékkel is bírnak. Fontos még, hogy a vizsgáló nyitott legyen a vegetatív izgalmi állapotokat jelző tünetek megragadására, valamint szem előtt tartsa azt, hogy egyes ingerléses helyzetek hatásai egymásra rakódnak, összegződnek és szinte váratlanul csapnak át viselkedéses megnyilvánulásokba.

A szülőket differenciált mértékben és formában igyekszünk bevonni a vizsgálatokba. Kisebb – 2-3 éves – gyermek esetén a sikeres megfigyelés, feladatvégzés a szülők jelenléte nélkül szinte elképzelhetetlen. Nagyobb gyerekeknél is sok előnye lehet annak, ha a szülő jelen van, és saját szemével látja gyermeke teljesítményét. Megkönnyíti például a visszajelzést is, ha egy közös tapasztalatra tudunk utalni diagnosztikus véleményünk ismertetésekor. Egyes esetekben azonban a szülő részvétele a vizsgálatban fokozhatja a gyermek elvárásokkal kapcsolatos feszültségét, és ez akár nehezítheti is, hogy a kompetenciákról és a diszfunkciókról reális információkat szerezzünk. A diagnosztikus képet is gazdagítja, ha látjuk, hogyan tudja elengedni a gyermek a szülőt (és persze viszont), azaz mennyire képes az önállóságra, az optimális mértékű szeparációra.

| Esetpélda

Befejezésképpen Bálint, egy hatéves kisfiú vizsgálatának rövid összefoglalásával mutatjuk be a diagnosztikus munka menetét, tesszük érthetőbbé, miről szólnak az egyes diagnosztikus lépések. Az eset bemutatása természetesen csak vázlatos összefoglalónak tekinthető, nem tudja teljes gazdagságában megmutatni, milyen sok részletből áll össze egy gyermek problémájáról, a szükséges segítségről kialakuló véleményünk. Diagnosztikus gyakorlatunkat, gondolkodásunk logikáját azonban jól szemlélteti.

Az első interjú lényeges pontjai

Bálintot elkeseredve hozták a vizsgálatra szülei, tehetetlennek érzik magukat vele kapcsolatban. Nagyon sok köztük a konfliktus, semmilyen nevelési módszerük nem válik be nála, ráadásul a kudarcaik miatt a nagyszülőktől is csak kritikát kapnak. A hatéves, óvodás kisfiú egész pici kora óta furcsa viselkedésű, erős akaratú, mindent teljes beleéléssel csinál. Ezért aztán nem nagyon viseli el a szabályokat, a korlátokat vagy éppen a kudarcokat, a legtöbb helyzetben nehezen szabályozza önmagát, az óvodában nem tud együtt játszani más gyerekekkel, mindig irányítani akar, így nem tudott beilleszkedni csoportjába. Kisebb testvérére féltékeny, gyakran durva vele. Régebben előfordultak a viselkedésében furcsa szokások, „rituálék". Mozgásában ügyetlen, főleg az összetettebb mozgáskoordinációt, egyensúlyozást igénylő feladatokban, például a biciklizés, a hintahajtás nagyon nehezen megy neki.

Az anamnézisből kiemelhető

A terhesség alatt az anya a munkahelyén erős stresszt élt meg, a 4-5. hónap táján el is kezdett vérezni, de ez egy-két hét pihenés után elmúlt. Időre, komplikációk nélkül született meg. A születés után a csecsemőnek 2-3 naposan véres volt a széklete, kiderült, hogy egy bélfertőzést kapott el az anyától, de komolyabb kezelésre nem volt szükség. Egy picit ügyetlenül szopott, de a két oldalról egyformán. Mozgásfejlődésének üteme az első másfél évben átlagosnak mondható, a kúszás azonban kimaradt. Amikor mászni kezdett, a szülők nem tudtak neki határt szabni, úgy tapasztalták, egyáltalán nincs veszélyérzete. Hároméves volt, amikor megszületett a kisöccse, azóta dadog, tikkel. Éjszakánként még bepisil (ebből a szempontból még sosem volt szobatiszta).

A tünetlistán az anya által jellemzőnek talált tételek:

- Nem érzi a határokat, túl közel megy az emberekhez, úgy beszél velük.
- Nem tud fogat mosni.
- Nem tud cipőt kötni, kenyeret kenni.
- Nem szereti, ha koszos lesz, ha a fű szurkálja.
- Nehezen viseli a zsírt, a majonézt, a padlizsánkrémet – rosszul van tőlük.
- Sokszor beveri magát, csetlik, botlik, tele van kék-zöld foltokkal.
- Gyakran lever, kiönt dolgokat.

A vizsgálatok során Bálint barátságos, együttműködő, lelkesen végzi a feladatokat.

Strukturált megfigyelések

- *Ayres-féle reflexprofil:*

Az ősi reflexek (aszimmetrikus tónusos nyaki reflex, szimmetrikus tónusos nyaki reflex, Schilder reflex) számottevően nincsenek jelen.

- *Rajzvizsgálatok:*

Rajzolásnál a papírt balra tolja, s a testközépvonalban rajzol. A ceruzát szorosan, görcsösen fogja, nagy nyomatékkal húzza a vonalakat. Emberfigurája jobbra dől, a határolóvonalak görcsösek, helyenként szakadozottak. A figura arányait, részleteit tekintve megfelel az életkori átlagnak. Ez a dőlés a többi rajzán is jellemző módon megjelenik, a ház, a fa, az emberek mind dülöngélnek, többnyire jobb felé.

- *A mozgásszekvenciák vizsgálata:*

Ujjaival, kézfejével végzett finomabb mozdulatokat (szokatlan testhelyzetek utánzása, ujj-orr próba, ujj-hüvelykujj feladat) nagy odafigyeléssel, kicsit lassan, de pontosan kivitelez.

Az oralis praxist igénylő feladatokban (nyelvmozgatás, -körzés, fújás, széles mosoly, csücsörítés) a kért mozgást jól elvégezné, de az arc görcsös megfeszülése, a fej önkéntelen elmozdulása időnként akadályozza ebben. Az okulomotoros praxis

(differenciált szemmozgás) során hasonló tapasztalható: a szem, s vele párhuzamosan a száj görcsös remegése figyelhető meg.

A két testfél összehangolása minden területen akadályozott. A két kézfej ellentétes mozgatása (reciprok koordináció) kivitelezésben, összehangolásban egyaránt nagyon gyengén sikerül. Két lábon nehezen ugrál, labda elkapásnál a két kéz nem tud együttműködni. A diadokokinézis (kismalom) szintén nem megy, a kulcsolás is nehéz, az ujjak összeakadnak.

Az egyensúlyozás is minden formában gyenge. Egy lábon állni mindkét lábán, nyitott és csukott szemmel is csak pár másodpercig tud. Nehezen ugrál egy lábon, a kezek nem tudnak segíteni, görcsösen a levegőbe merednek. Lábujjon és sarkon járáskor különböző technikákkal kompenzál egyensúlya megőrzése érdekében.

Az izomtónus normális, az antagonisztikus izmok kokontrakciója, a kezek szorításának ereje hullámzó, többnyire elfogadható.

A testrészek ismerete megfelelő, az ujjak megnevezése még kicsit bizonytalan.

A kézdominancia még labilis (labdát jobb kézzel dob, de a bal segít, rajzolásnál előbb a jobb kéz fogja a ceruzát, majd átteszi a balba). Labdát jobb lábbal rúg, távcsőbe bal szemmel néz.

Tesztvizsgálatok

Az SCSIT próbái közül gyengén sikerül az *ujjazonosítás* és a *grafesztézia* próba – taktilis észlelése pontatlan, a kezét ért ingerek zavarják, próbálja „lesimítani" őket. Szintén alacsonyabb értékeket ér el a *testközépvonal-keresztezés* és a *bilaterális motoros koordináció* feladatokban. Jobban sikerül a *poszturautánzás*, a bemutatott testhelyzeteket viszonylag gyorsan, pontosan reprodukálni tudja. A *jobb-bal diszkrimináció* kis gondolkodás után megbízhatóan megy.

Kiegészítő vizsgálatok

A pszichológiai tesztek (családrajz, négy fa rajz, ember az esőben, CAT, világjáték) nagy belső, feldolgozatlan indulatokról, görcsös feszültségről, az önértékelés sérülékenységéről, erős belső bizonytalanságról, kényszeres megfelelési vágyról, nehéz kommunikációs képességekről, érzelmi, személyiségbeli éretlenségről tanúskodnak.

A kapott eredmények összefoglalása, értelmezése

Bálint mozgásvizsgálata során *gyengeségként* jelentek meg a következő funkciók: taktilis észlelés és diszkrimináció, egyensúlyi reakciók, bilaterális integráció, testközépvonal-keresztezés. Az idegrendszer éretlenségére utal az együttmozgások és a kényszertartások jelenléte, valamint a lateralizáció és dominancia bizonytalansága. A tünetlista alapján ez kiegészíthető az érzékszervi küszöbproblémák jelenlétével és a mindennapokban igényelt mozgáskoordináció hiányosságaival.

Erősségei: nagy odafigyeléssel elfogadható szinten teljesített a szomatopraxist, motoros tervezést igénylő kisebb mozgásos feladatok többségében. Izomtónusa,

izomereje a karok és a lábak esetén normálisnak mondható. A korai reflexek számottevő mértékben nem válthatók ki. Saját testén jól tájékozódik, a jobb-bal irány kiválasztása sikeres.

A vizsgálat során többféle *hipotézis* is felmerült. A szenzoros feldolgozási zavart (SPD), az autizmus spektrumzavar valamilyen enyhébb formáját, a pszichés, emocionális fejlődési zavart egyaránt lehetőségként kellett mérlegelni. Az autizmus hipotézise a sztereotip viselkedések felbukkanása, és az érzelmi reciprocitás előforduló nehézségei ellenére is a vizsgálatok során egyre inkább háttérbe szorult. Az ismertetett szenzoros és motoros diszfunkciók, valamint idegrendszeri éretlenségek alátámasztották a szenzoros integráció problémájának jelenlétét, amelyet a szülővel közösen kezdeményezett neurológiai vizsgálat is megerősített. Ha ennél finomabb diagnosztikai kategorizálásra vállalkozunk, talán azt mondhatjuk, hogy Bálint esetén elsődlegesen a szenzoros szabályozás zavaráról (túlérzékenység) és a szenzoros diszkrimináció zavaráról érdemes beszélnünk, és ezen a háttéren alakulnak ki nála a szenzoros alapú mozgásrendellenességek (a poszturális zavar és a diszpraxia) egyes jellemzői. Határozottan kijelenthetjük még, hogy Bálint pszichés, érzelmi-kapcsolati nehézségekkel is küzd. Ennek kialakulásában a szenzoros feldolgozás zavarának a fejlődésére, személyiségére gyakorolt hatása mellett a normál fejlődési krízisekkel (pl. a testvér születésével) való megküzdés akadályozottsága, valamint a szűkebb és tágabb család működési anomáliái is szerepet játszhatnak.

Milyen segítséget javasolhatunk Bálintnak? A szenzoros feldolgozási zavar jelenléte, valamint az ezzel kölcsönhatásban kibontakozó önértékelési, érzelmi, kapcsolati problémák miatt a kisfiú számára pszichológus által vezetett dinamikus szenzoros integrációs terápiát javasoltunk. Ennek keretei között gazdag ingerkörnyezetben támogatható Bálint szenzoros szervezési folyamatainak fejlődése, az izgalmas játékok során motiválttá tehető a hatékonyabb önszabályozás kialakítására, és a terapeuta kísérésével megélt intenzív élmények, valamint ezek feldolgozása a szociális alkalmazkodásban, beilleszkedésben is segítheti őt.

Irodalom

Ahn, R. R.; Miller, L. J.; Milberger, S.; McIntosh, D. N. (2004): *Prevalence of parent's perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children.* American Journal of Occupational Therapy, 58/3, 287–293.

Alpár, Zs. (2007): *Diagnosztika a gyermekpszichoterápiában.* In: Vikár A. (szerk.); Vikár Gy. (szerk.); Székács E. (szerk.): *Dinamikus gyermekpszichiátria.* Medicina, Budapest, 333–354.

Argelander, H. (2007): *Az első pszichoterápiás interjú.* SpringMed, Budapest

Ayres, A. J. (1972a): *Sensory integration and learning disorders.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Ayres, A. J. (1972b): *Southern California Sensory Integration Tests.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Ayres, A. J. (1979): *Southern California Postrotary Nystagmus Test: Manual.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Ayres, A. J. (1985): *Southern California Sensory Integration Tests: Manual.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Ayres, J. A. (1991): *Sensory Integration and Praxis Tests (SIPT): Manual.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Bálint M. (1987): *Hiperaktivitás és iskolai teljesítménykudarcok: Kutatási beszámoló.* Oktatáskutató Intézet, Budapest.

Baranek, G. T.; Boyd, B. A.; Poe, M. D.; David, F. J.; Watson, L. R. (2007): *Hyperresponsive sensory patterns in young children with autism, developmental delay, and typical development.* American Journal of Mental Retardation, 112/4, 233–245.

Bayley, N. (1993): *Bayley Scales of Infant Development: Second Edition.* The Psychological Corporation, New York.

Bayley, N. (2006): *Bayley Scales of Infant and Toddler Development: Third Edition.* The Psychological Corporation, San Antonio.

Ben-Sasson, A.; Cermak, S. A.; Orsmond, G. I.; Tager-Flusberg, H.; Carter, A. S.; Kadlec, M. B.; Dunn, W. (2007): *Extreme sensory modulation behaviors in toddlers with autism spectrum disorder.* American Journal of Occupational Therapy, 61/5, 584–592.

Ben-Sasson, A.; Carter, A. S.; Briggs-Gowan, M. J. (2009): *Sensory over-responsivity in elementary school: Prevalence and social-emotional correlates.* Journal of Abnormal Child Psychology, 37/5, 705–716.

Berk, R. A.; DeGangi, G. A. (1983): *DeGangi–Berk Test of Sensory Integration.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Blanche, E. I. (2002): *Observations based on sensory integration theory.* Pediatric Therapy Network, Western Psychological Services, Los Angeles.

Brown, C.; Tollefson, N.; Dunn, W.; Cromwell, R.; Filion, D. (2001): *The Adult Sensory Profile: Measuring patterns of sensory processing.* American Journal of Occupational Therapy, 55/1, 75–82.

DeGangi, G. A. (2012): *The dysregulated adult: Integrated treatment approaches.* Academic Press, London–Waltham.

DeGangi, G. A.; Greenspan, S. I. (1989): *Test of sensory functions in infants.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Dunn, W. (1997): *The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: A conceptual modell.* Infants & Young Children, 9/4, 23–35.

Dunn, W. (1999): *Sensory Profile.* The Psychological Corporation, San Antonio.

Dunn, W. (2002): *The Infant/toddler Sensory Profile.* The Psychological Corporation, San Antonio.

Finlayson, S. B. (1990): *A validity study of the Quick Neurological Screening Test-Revised for learning-disabled students.* Dissertation, The University of Arizona.

Gereben Fné; Marton I.; Mészáros A.; Mlinkó, R. (2009): *A gyógypedagógiai pszichológia tágúló horizontja – képességzavarok neuropszichológiai megközelítése.*

In: Marton, K. (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája.* ELTE Eötvös Kiadó – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 203–229.

Herst, J.; Wolfe, S.; Jorgensen, G.; Pallan, S. (1976): *SEED developmental profiles: Sewall Early Educational Development Program (Revised).* Sewell Rehabilitation Center, Denver.

Jászberényi M.; Szaffner Gy. (2001): *A tanulási zavarok korai szűrésének lehetősége A DeGangi–Berk-teszt alkalmazása.* Oktatófilm.

Jászberényi M. (2007): *Tájékoztató füzet az óvodás korú (3-6 éves) gyermekek szenzomotoros integrációjának vizsgálatához.* Szakszolgálati Füzetek, III, Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány, Budapest. http://fszk.hu/wp-content/uploads/tajekoztato_fuzet.pdf (Letöltve: 2015. november 23.)

Jirgal, D.; Bouma, K. (1989): *A sensory integration observation guide for children from birth to three years of age.* Sensory Integration Special Interest Section Newsletter, 12/2.

Kiesling, U. (2014): *Szenzoros integrációs terápia mint dialógus: Megértés, tanulás és fejlesztés a harmonikus fejlődés érdekében.* Medicina, Budapest.

Kimball, J. G. (1977): *The Southern California Sensory Integration Tests (Ayres) and the Bender Gestalt: A correlative study.* American Journal of Occupational Therapy, 31/5, 294–299.

Kiphard, E. J.; Schilling, F. (1974): *Körperkoordinationstest für Kinder: KTK.* Beltz, Weinheim.

Koppitz, E. M. (1966): *Emotional indicators on human figure drawings of children: A validation study.* Journal of Clinical Psychology, 22/3, 313–315.

Kranowitz, C. S. (2006): *The out-of-sync child: Recognizing and coping with sensory integration dysfunction.* Perigee Books, New York.

Miller, L. J.; Anzalone, M. E.; Lane, S. J.; Cermak, S. A., Osten, E. T. (2007): *Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis.* American Journal of Occupational Therapy, 61/2, 135–140.

Mlinkó R.; Szaffner Gy. (2000): Útmutató a TFSI alkalmazásához. Oktatófilm.

Montgomery, P.; Richter, E. (1991): *Sensorimotor integration for developmentally disabled children: A handbook.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Nagy L. (2009): *Pszichopatológia.* Egyetemi vázlat. PTE BTK, Felnőtt és gyermek klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképzés, Pécs.

Ottenbacher, K.; Abbott, C.; Haley, D.; Watson, P. J. (1984): *Human figure drawing ability and vestibular processing dysfunction in learning-disabled children.* Journal of Clinical Psychology, 40/4, 1084–1089.

Parham L. D.; Ecker, Ch.; Kuhaneck H. M.; Henry D. A.; Glennon, T. J. (2007): *Sensory Processing Measure (SPM): Manual.* Western Psychological Services, Torrance.

Parush, S.; Sohmer, H.; Steinberg, A.; Kaitz, M. (2007): *Somatosensory function in boys with ADHD and tactile defensiveness.* Physiology & Behavior, 90/4, 553–558.

Popper, K. R. (1997): *A tudományos kutatás logikája.* Európa, Budapest.

Reisman, J. E.; Hanschu, B. (1991): *Sensory Integration Inventory for Individuals with Developmental Disorders.* PDP Press, Hugo.

Schaaf, J.; Burke, M.; Anzalone, M. (1995): *The Sensory Integration Observation Guide.* http://www.spdfoundation.net/files/9714/2430/1312/prof-siobsguide.pdf (Letöltve: 2015. december 10.)

Schaefgen, R. (2006): *Gezielte Beobachtungen Zur sensorischen Integration.* Pro Praxis, Bergen–Dumme.

Sehringer, W. (szerk.); Vass, Z. (szerk.) (2005): *Lelki folyamatok dinamikája: A* képi világ diagnosztikájában és terápiájában. Flaccus, Budapest.

Simon M.; Nagy J. (1986): *Szenzoros integráció és különböző személyiségmutatók összefüggései eltérő kóreredetű enyhe értelmi fogyatékos tanulóknál.* Gyógypedagógiai Szemle, 16/2, 123–124.

Szvatkó A. (1999): *Kiegészítő szempontok a szenzoros integráció diagnosztikájához.* In: Szvatkó A. (szerk.); Varga I. (szerk.): *Szenzoros integrációs terápiák.* Tanfolyami segédanyag, kézirat, Budapest, 67–70.

Unoka Zs.; Purebl Gy., Túry F., Bitter I. (2012): *A pszichoterápia alapjai.* Semmelweis, Budapest.

Egyes poszturális reflexek szerepe a kisiskolások viselkedéses és tanulási sajátosságaiban

Szvatkó Anna

A tanulási zavart mutató gyerekek vizsgálatában Anna Jean Ayres (Ayres 1972) az úgynevezett primitív poszturális reflexek vizsgálatát elengedhetetlennek tartja. A vizsgált reflexek kiválthatóságának mértéke a magasabb szintű poszturális mechanizmusok érettségétől és integráltságától függ, azoktól, amelyek a gyereket képessé teszik testének optimális, automatikus egyensúlyban tartására a térben. Ayres a primitív reflexek, de különösen az aszimmetrikus tónusos nyaki reakció és a tónusos labirintus reflex jelenlétét a szenzoros integráció alacsony színvonalával találta összefüggőnek. Jelezte, hogy ezek a reflexek a fejlődő gyerekeknél, majd később a felnőtteknél is enyhe fokban mindig megtalálhatók, és nagy körültekintést igényel ezek megítélése, de nem határozta meg normálisnak tekinthető kiválthatóságuk mértékét.

Az Ayres által javasolt reflexprofil a következő elemekből áll: aszimmetrikus tónusos nyaki reakció (ATNR),[1] szimmetrikus tónusos nyaki reakció (STNR),[2] tónusos labirintus reflex (TLR),[3] kiegészítve a Schilder-féle karnyújtástesszttel (AET)[4] és az antagonista izmok kokontrakciójának vizsgálatával, valamint a vesztibuláris rendszer épségének jelzőjeként a dél-kaliforniai posztrotátoros nisztagmus teszt (SCPNT)[5] felvételével. Ez utóbbival jelen írás keretén belül nincs módunkban foglalkozni.

A primitív reflexek fejlődése

A korai poszturális szerveződés a primitív reflexekkel szoros kölcsönhatásban alakul. Ezek agytörzsi eredetű komplex, automatikus mozgásminták, amelyek már a megszületéskor jelen vannak, és az idegrendszer érésével párhuzamosan egyre kevésbé válnak kiválthatókká, tekintettel az akaratlagos mozgások fokozódó túlsúlyára. Sokáig egyértelműen azt gondolták, hogy szemben a poszturális felegyenesedési reakciókkal, amelyek fejlődése a születés után kezdődik, ezek prenatális eredetűek. Carl Delacato (Delacato 1963) például a trauma nélküli megszületéshez tartja alapvető fontosságúnak az ATNR méhen belüli megfelelő működését. Meg kell azonban jegyezni, hogy a méhen belüli ultrahangvizsgálatok során a magzati mozgások között nem találtak primitív reflexeket (De Vries et al. 1982, idézi Jouen, Lepecq 1990), kivé-

1 ATNR – asymmetrical tonic neck reflex.
2 STNR – symmetrical tonic neck reflex.
3 TLR – tonic labyrinthine reflex.
4 AET – Arm Extension Test.
5 SCPNT – Southern California Postrotatory Nystagmus Test.

ve egyfajtát, amely a Moro-reflexhez volt hasonló. A megkapaszkodás mozgásmintája tehát már magzati korban működik.

Katona Ferenc felhívja a figyelmet arra, hogy a szakirodalom keveri a reflex és reakció elnevezést, kifejezve ezzel azt a konceptuális bizonytalanságot, amely e korai mozgásmintázatokkal kapcsolatos. Az ő véleménye szerint már az újszülötteknél is bonyolult reakciókról van szó, és nem egyszerű reflexekről. Testtartási reakcióknak nevezi őket, és fontos szerepet tulajdonít nekik az izomcsoportok aktiválásában, az izomtónus változtatásának, alkalmazkodóképességének kibontakozásában. Ezek a reakciók proproceptív reflexsorozatokból állnak, legfelsőbb szabályozásuk a vesztibuláris rendszerben zajlik (Katona 1979). Kiemeli, hogy tekintettel a primitív reflexek ingerhelyzetenkénti egyszeri kiválthatóságára, és arra, hogy nincs visszacsatolásuk, adaptív tanuláshoz nem alkalmazhatók a rehabilitációban (Katona 1986). Ezzel az állítással elhatárolódik olyan mozgásterápiás programoktól, amelyekben a primitív reflexek aktiválásán keresztül kívánnak eredményeket elérni, mint a Bobath-, a Vojta- és a Doman–Delacato-féle programokban.

François Jouen és Jean-Claude Lepecq (Jouen, Lepecq 1990) a korai perceptuo-motoros fejlődést elemezve hangsúlyozzák, hogy a kutatók hajlamosak reflexnek nevezni a csecsemők bármely funkcionális válaszát, anélkül, hogy világosan ismernék annak természetét. A gyermeki poszturális viselkedésre igen nagy intra- és interindividuális különbségek jellemzőek, szemben a felnőtt patológiás reakciók nagyfokú sztereotípiájával. A gyermekek poszturális viselkedésének variabilitása és komplexitása igen jelentős idegrendszeri involváltságra utal, még akkor is, ha a mozgásmintázatokban látható eredmény meglehetősen egyszerűnek tűnik. Nem tartható tovább az a nézet, amely szerint a gyermeki agy különálló struktúrák gyűjteménye lenne, amelyek egymásnak alá- és fölérendeltjei, és csak fokozatosan kerülnek kapcsolatba egymással a fejlődés lépcsőfokainak megfelelő sorrendben. A gyermeki idegrendszer kezdettől fogva egészlegesen működik, és a poszturális kontrollt ellátó rendszerek is igen korai időktől kezdve működnek.

A poszturális reakciók fejlődését neurológiai okokon kívüli testi tényezők is befolyásolják. Egészen az utóbbi időkig a biomechanikai faktorok jelentőségét a kutatók jelentős része figyelmen kívül hagyta, pedig bizonyára nem elhanyagolhatók a test méretbeli változásai, proporcionáltságának, összetételének (izom/zsír hányados) drámai gyorsaságú átalakulásai pontosan az első életév során.

Itt kell megemlítenünk, hogy Patricia Pothier és munkatársai (Pothier et al. 1983) kutatásaik alapján a primitív reflexek gyerekkori kiválthatóságának és az ezzel együtt tapasztalt egyensúlyozási elmaradásnak nagy jelentőséget tulajdonítottak. Különösen a neurológiailag sérült és emocionálisan kiegyensúlyozatlan gyerekek körében észlelték ezt a tendenciát. Ezért az egyensúlyi reakciók és a primitív reflexek vizsgálatára objektív mérési eljárást[6] dolgoztak ki, amely alkalmasnak látszott a fejlődésneurológiai elmaradás mértékének meghatározására, az egészséges, az organikusan sérült és az emocionálisan kiegyensúlyozatlan gyermeki fejlődés korai azonosítására.

6 Primitive reflex and postural adjustment assessment procedure (primitív reflex és poszturális szabályozás felmérési eljárása).

A TÓNUSOS LABIRINTUS REFLEX

A TLR közeli kapcsolatban van a tónusos nyaki reflexekkel, és szintén a végtagokon fejti ki hatását. A középső és oldalsó vesztibulospinális pályák, valamint a retikulospinális pálya közvetíti. A primitív reflexprofilon belül ez a reflex az, amelyről viszonylag keveset lehet tudni: megjelenéséről, erejéről, eltűnéséről kis számú megfigyelés tudósít.

A TLR ingere a gravitáció, amely a neuromuszkuláris rendszerre olyan módon hat, hogy ha a fej pronációban van, akkor a hajlítóizmok tónusa nő, ha a fej szupinációban helyezkedik el, a feszítőizmok tónusa növekszik. Eredményeként akadályozott a gravitációval ellentétes irányú fej-, váll-, és lábemelés, tehát prograviticiós válaszról van szó: a föld gravitációs ereje irányába húzza a testrészeket. Az érés során rövidesen az antigravitációs reakciók kerülnek előtérbe, és éppen a TLR-rel való szembeszállás lehet a fokmérője a gyermek idegrendszeri fejlettségének, integráltságának (Ayres 1972). A 3-4 hónapos egészséges csecsemő éber idejének nagy részét így tölti hason fekvésben: fejét, vállát, végtagjait a gravitáció ellenében emeli magasra.

A csecsemőkor első néhány hónapjában e reflex jelenléte általános. Arnold Capute (Capute et al. 1982, idézi Jouen, Lepecq 1990) vizsgálata alapján elmondható, hogy a csecsemőknél kéthetes koruktól 18 hónapos korukig 80%-os gyakorisággal váltható ki. Kétéves korra ez a gyakoriság 30%-osra csökken.

Mozgássérült gyerekeknél a TLR-nek jelentős hatása van az izomtónus szabályozására.

A TLR gátlásának vizsgálatához Ayres (Ayres 1983) a hasi extenziós testhelyzetet javasolja. A tanulási zavart és vesztibuláris ingerfeldolgozási deficitet mutató gyerekek diagnosztikus megközelítésében fontos elemként kezeli az állásegyensúly, valamint a posztrotátoros nisztagmus vizsgálatával együtt. Elgondolkodtató, hogy Kenneth Ottenbacher (Ottenbacher 1978) szignifikáns korrelációt talált a hasi extenziós testhelyzet minőségi eredményei és a posztrotátoros nisztagmus időtartama és amplitúdója között.

A hasi extenziós testhelyzet optimális felvétele esetén a gyerek egyidejűleg emeli a fejét, a vállát, a mellkasát, a karját és a lábát. Ilyen módon a földdel csak a hasa érintkezik, a nyakában, törzsében, csípőjében pedig maximális az extenzió. A posztúra kivitelezésének objektív értékelésére Nancy Harris pontozóskálát dolgozott ki. 85 különböző korú (4–8 évesig) gyereket vizsgált meg e skála segítségével, és azt találta, hogy a hasi extenziós pozíció 4 éves korban nem alkalmas arra, hogy különbséget tegyen normál és tanulási zavar szempontjából rizikós gyerekek között, de hatéves kortól már jól jelzi az elégtelen vesztibuláris feldolgozást (Harris 1981).

Jól integrált TLR szükséges a guruláshoz, felüléshez, mászáshoz.

A SZIMMETRIKUS TÓNUSOS NYAKI REAKCIÓ

Az STNR Capute és munkatársai (Capute et al. 1982) leírása szerint a következőképpen változtatja a végtagok tónusát: a fej középvonalbeli hátrahajlításakor a karok nyújtásba, a lábak hajlításba kerülnek. A fej előrehajlításakor a reakció pont ellentétes: a karok hajlítanak, a lábak nyújtanak. A reakció labirintuseredetű, bejövő in-

formációt a nyaki feszítő izmoktól kap. Komoly viták folynak az STNR jelenlétéről a normál fejlődésben, illetve kiválthatóságának jelentőségéről.

Katona háton fekvő csecsemő fejének előre, majd pedig hasonfekvő csecsemő fejének hátra hajlításával vizsgálja ezt a reakciót (Katona 1979).

Ayres óvodás- és kisiskolás korú gyerekeknél négykéztérd helyzetben a fej testtengelyirányú előre és hátra hajlításakor elemzi a karban lezajló hajlítást, illetve feszítést (Ayres 1972).

Capute újszülöttkortól 2 éves korig ülő helyzetben – a mama ölében ülve – és pronációban vizsgálja a reakciót a kisgyerekeknél (Capute et al. 1982).

Ez utóbbi nyomonkövető vizsgálatból az derül ki, hogy az egészségesen fejlődő gyerekek kevesebb mint 30%-nál váltható ki ez a reakció. Legnagyobb gyakorisága 4 és 6 hónapos kor közé esik. Úgy tűnik, hogy e reflexnek a normális neurológiai fejlődésben limitált szerep jut. Azt is elképzelhetőnek tartják, hogy az STNR nem is önálló entitás, hanem csupán a csökkenő TLR és a gyerekkori kefalokaudális tónusváltozás együtthatásából alakul ki.

Általában elmondható, hogy STNR-túlsúlyt kizárólag mozgássérült gyereknél találtak. Kóros fokozódása súlyos kényszertartást idézhet elő, és kifliszerű fekvésre kényszeríti a csecsemőt. Kevéssel enyhébb esetekben a fej minden hátrabillenésekor az alsó végtagot lökésszerűen nyújtja, amely megakadályozza a csecsemő karra ültetését, etetését, és később a felülés akadályává válik.

Elieen Richter és Patricia Montgomery (Richter, Montgomery 1988) neuromotoros fejlődésükben enyhébben sérült gyerekeknél azt találták, hogy az STNR jelenléte homológ mászási mintával jár együtt, a mozgásokat általában a fejhelyzet irányítja, rosszul szervezett az ülő testhelyzet, a latens szimmetrikus minta az egykezes aktivitások színvonalát rontja. Ezenkívül megfigyeltek egy olyan tendenciát, hogy az STNR kiválthatóságával jellemezhető gyerekek minden alkalmat megragadnak arra, hogy fejüket megtámasszák, legfeltűnőbben: rajzolás és írás közben lehajtják a fejüket az asztalra. Ilyen esetekben jól észrevehető, hogy az STNR gyenge integrációja tanulás során a szimbolikus tevékenységet a testhelyzet alkalmatlanságával, a kérgi kontroll igényével jelentős mértékben nehezíti.

Tadashi Fukuda feltételezi, hogy a reakciónak szerepe lehet bizonyos szokatlan mozgások kivitelezésében. Példaképpen a kézállást említi, amely során, ha a kezén álló a padlóra néz, tehát hátrahúzza a fejét, könnyebbé válik a kar feszülése, biztosabban áll az illető a kezén (Fukuda 1961).

AZ ASZIMMETRIKUS TÓNUSOS NYAKI REAKCIÓ

A korai reflexek közül az ATNR-t tarják a legszélesebb körűen kutatottnak (Gallahue, Ozmun 1998). Jouen és Lepecq (Jouen, Lepecq 1990) leírása szerint a gyerek fejének elforgatásával jellegzetes minta váltódik ki a végtagokon, éspedig a tarkó felőli oldalon flexióba kerül a kar, az arc felőli oldalon extenzióba – ezt a mozgásviselkedést nevezzük legáltalánosabban ATNR-nek. Több szerző megemlíti az alsó végtagokban bekövetkező tónusváltozás tendenciáját is, de ez sokkal kevésbé észlelhető, mint a karokon. A reakció idegi szabályozásában a vesztibuláris rendszer és a nyaki receptorok játszanak szerepet. Relatívan ritka koraszülötteknél és újszülötteknél, legnagyobb gyakoriságú születés után hat-nyolc héttel. Agykárosodott gyerekeknél a negyedik hónap után is megmaradhat, és megakadályozhatja a forgást, és ezzel a fejlettebb poszturális reakciók kibontakozását.

1924-ben Rudolf Magnus azonosította az ATNR-t még két statikai reakcióval együtt decerebrált állatokon. Már Magnus is úgy találta, hogy a reflex felnőtt extrapiramidális pályaléziótól szenvedő betegeken és nemritkán kérgi idegrendszeri patológiával küzdő gyerekeken figyelhető meg.

Arnold Gesell 1938-ban írta le az ATNR-t mint gyerekeknél majdnem általánosnak mondható reakciót, amely a fejlődés során eltűnik. Meglepőek voltak tehát azok a tanulmányok, amelyekben a reflex jelenlétét igazolták egészséges felnőttek esetében. Így például Tokizane Toshihiko és munkatársai az ATNR hatását normál személyek elektromiográfiás (EMG) potenciálján vizsgálták. A kísérleti elrendezés szerint a vizsgálati személy ült, és arra kérték, hogy forgassa a fejét. Az EMG azokban az izmokban mért nagyobb elektromos aktivitást, amelyek az ATNR-ben involváltak. (Tokizane et al. 1951, idézi Parmenter 1983)

A már említett Fukuda 1961-ben sportolók mozgásmintáit vizsgálva azt találta, hogy a legsikeresebb versenyzők, de különösen a vívóbajnokok, baseballjátékosok többet használják ezt a mintát, mint kevésbé sikeres társaik. Feltételezte, hogy ezek a tónusos nyaki reflexekkel megegyező minták beépülnek az akaratlagos mozgásokba, és bizonyos helyzetekben, például stressz hatására ismételten kiváltódhatnak, illetve a mozgásprogramba épített reflexminta elemi komponensként növeli az alfamotoneuron-aktivitást, így fokozva a teljesítményt.

Enyhe fokban veszélyeztetett koraszülöttek és érett újszülöttek összehasonlító vizsgálatában Annette Majnemer és munkatársai az ATNR kiválthatóságának jellegzetességeit is figyelembe vették. A 40. fogamzási héten a koraszülöttek szignifikánsan ($p = 0{,}001$) kitartóbban és erősebben produkálták az ATNR-reflex-mintázatot, mint az érett újszülöttek. Az ATNR kiválthatóságának ténye tehát ebben a helyzetben az érettség mutatója volt, és a kutatókat abban a feltételezésükben erősítette meg, hogy az adott fogamzási időre a koraszülöttek képesek voltak adaptív módon reagálni a környezeti hatásokra, szemben a még „tapasztalatlan", időre született újszülöttekkel (Majnemer et al. 1992).

Csecsemőkorban a mozgások többnyire szimmetrikusak, ezért az újszülöttkori aszimmetriák kutatása a neuropszichológia kedvelt kutatási terepe. Mégis kevés olyan tanulmányt találtunk, amelyben az aszimmetriák és az ATNR kapcsolatára utalnának. Jacqueline Liederman és Jane Coryell csecsemővizsgálatai azonban ilyenek: megállapították, hogy azok a hathetes csecsemők, akiknek szülés körüli komplikációik voltak, nem rendelkeztek lateralizált fejtartási preferenciával, és a normál gyerekekhez képest tovább maradtak az ATNR kiváltódásakor felvett testhelyzetben. A perinatális komplikációkkal jellemezhető csoportban maga a reflex kisebb aszimmetriát mutatott (Liederman, Coryell 1982, idézi Spreen et al. 1984).

Hétköznapi megfigyelés, hogy a hátán fekvő csecsemő többnyire valamelyik oldalra, leginkább a jobb oldalra fordítva tartja a fejét, míg a ellenoldalon karja flexióban van. A fej ilyenfajta orientációjának okát kutatva H. H. Baker és Heinz Prechtl

(Baker, Prechtl 1979, idézi Jouen, Lepecq 1990) megfigyelte, hogy az aszimmetrikus posztúra fenntartása szabályosan lélegző, csukott szemű csecsemőnél passzívan, a gravitáció állandó hatásán és az ezzel kapcsolatos tónusos nyaki izomaktivitáson alapulva történhet. Éber állapotban és olyankor, amikor a csecsemő szeme csukva van, de szabálytalanul lélegzik, a fej aktívan fordul az aszimmetrikus helyzetbe, amit a fejbiccentő izomból elvezetett EMG-aktivitás aszimmetrikus mivolta alátámaszt. Liederman felhívja a figyelmet a központi idegrendszer általános aszimmetriájára a féltekei specializációt illetően, és a két félteke eltérő idejű érésére (Liederman 1983, idézi Jouen, Lepecq 1990). Ezek a posztúrák feltehetően a különböző idegrendszeri szintek (kéreg, bazális ganglion, kisagy) neuromotoros aktivációjának aszimmetrikusan lateralizált tónusának következményei.

A jobb oldalra fordított fejtartásnak két következménye adódik: jobb oldali aszimmetriára való képesség, és a jobb oldalról érkező ingerekre való nagyobb érzékenység. Giovanni Cioni és Graziella Pellegrinetti megfigyelték a gyerekek spontán viselkedését, és azt a viselkedést, amely egy rövid idejű középvonalba kényszerített fejtartást követett. Azt találták, hogy már 15 perces középvonalbeli fejtartást követően a gyerekek konzisztensen jobb oldali fejfordítást végeztek. Ez a preferencia rendkívül gyors fejlődést mutat: a 12 óránál fiatalabb újszülöttek egyforma gyakorisággal fordultak jobbra és balra, míg a 12 óránál idősebbek szignifikánsan inkább jobbra fordultak. Az egészséges újszülött tehát gyorsan kifejleszti valamelyik oldal preferálását, és ez leggyakrabban a jobb oldal. Ez a tendencia igaz volt tapintási ingerlés alkalmazásakor is: sokkal gyakrabban reagáltak a jobb oldali arcfél ingerlésre fejfordítással, mint a baloldalira (Cioni, Pellegrinetti 1982, idézi Spreen et al. 1984). Ennek a jelenségnek nincsen egyértelmű magyarázata jelenleg. Egyes elgondolások szerint a növekvő magzat méhen belüli korlátozott fejtartása hozzájárulhat a születés utáni lateralizált viselkedéshez. Mások inkább a motoros viselkedés kérgi kontrolljának programozott aszimmetriáját tartják felelősnek a lateralizált ingerérzékenységért.

Megfontolandó a szoptatási posztúra jelentősége e korai lateralizáció tekintetében. Azáltal, hogy az anyák mindkét mellükből szoptatják gyermekeiket, mintegy lehetőséget adnak a jobb- és baloldali fejfordítás kipróbálására, rendszeres gyakorlására.

Burton White és munkatársai (White 1964, idézi Fagard 1994) mára klasszikussá vált tanulmányukban szupinációban fekvő csecsemők vizuálisan vezérelt tárgyelérő viselkedését vizsgálták. Azt tapasztalták, hogy a kezdeti, 2-3 hónapos kori unilaterális kézemelési tendenciát az ATNR csökkenő hatása következtében felváltja a 3 hónapos kor után fokozatosan kialakuló bimanualitás, amelynek kitüntetett helye a testközépvonal. Amikor azonban az utánnyúlásban nagyobb gyakorlatra tesznek szert – 4,5 hónap körül – ismét egyoldalisággal jellemezhetők a mozdulatok. A bimanualitás U alakú korai fejlődési vonala jellemző a csak taktilisan érzékelt tárgyak szájba vevésének mintázatára is (Rochat 1992, idézi Fagard 1994). Az egy- és kétkezesség ilyen fluktuációját tovább árnyalja a test változó posztúrájának hatása is. Például: háton fekve a 6 hónapos csecsemő kétkezes utánnyúlást, ülésben egykezes utánnyúlást produkál, míg a 8 hónapos már mindkét testhelyzetben egykezest (Rochat, Stacy 1989, idézi Fagard 1994). A poszturális és bilaterális mintázatok kölcsönös kapcsolata tehát

a legkorábbi időktől kezdve meghatározó e funkciók fejlődésében. Ebben a szélesebb összefüggéssorban talán nem lesz meglepő az a sok ellentmondásosnak tűnő megfigyelés, amelyet az ATNR kísérletes vizsgálatának során találtak.

Az 1970-es évekig tartotta magát a klinikumban az a nézet, hogy az ATNR fennmaradása hat hónapos kor után kórosságot implikál. Carolyn Parmenter (Parmenter 1975) és Ruth Zemke (Zemke 1985) egészséges gyerekek körében végzett vizsgálatai azonban kétségtelenné tették, hogy nem a reflex jelenléte, vagy teljes hiánya a kérdés, hanem kiválthatóságának mértéke.

Parmenter azokat az elsős és harmadikos gyerekeket, akik 30 fokos könyökhajlítással reagálnak a fejfordításra, átlagosnak tartotta. Az e fölötti hajlítás jelzése lehet a reflex csökkent gátlásának. További kutatások a reflex kiváltásának körülményeit variálták: Carol Parr és munkatársai négykéztérd helyzetben, csukott szemmel passzív fejfordítást vizsgáltak kétféle instrukció mellett: „Feszítse meg a karját/lazítsonl" Szignifikáns hatással volt a könyökhajlításra az életkor és az instrukció, amennyiben relaxált helyzetben lényegesen erősebb ellenoldali flexiót mutattak a gyerekek (Parr et al. 1974). Az azonos oldali csekélyebb mértékű flexió szignifikáns jelenléte nem várt eredménye volt vizsgálatuknak, hiszen addig a reflexet úgy írták le, hogy az azonos oldalon feszítés tapasztalható. Például Frances Hellebrandt (Hellebrandt, Schade, Carns 1962, idézi Parmenter 1983) felnőtt pácienseknél kifejezett feszítést talált, noha a vizsgálati helyzet azonos volt. Megfontolandó következménye a Parr-féle vizsgálatnak, hogy az ellenoldali hajlítást nem abszolút értékben érdemes értékelni, hanem a középvonali és az azonos oldali eredményekhez viszonyítva.

Zemke és Dianne Draper (Zemke, Draper 1984) vizsgálatukban a testhelyzetet: négykéztérd/szupináció, a feszítést/lazítást és a nyitott/csukott szemmel történő reflexkiváltást variálták egymással. A kitűzött 90 fokos forgatási szélső értékig nem forgatták el a gyerek fejét, ha ellenállást tapasztaltak. A tanulságok:

- a mutató négykéztérd helyzetben érzékenyebb,
- a hozzáadott tenzióval kombinált próbálkozásokkor a fiúknál az átlagflexió 6-ról 10 fokra emelkedett szupinációban. (Emlékezzünk, hogy négykéztérd helyzetben ez a változó lazításkor fokozta a flexiót.)
- csukott szemmel történő reflexkiváltáskor a hároméves fiúk növekvő flexiót, a lányok csökkenőt mutattak. Az ötéveseknél ez a tendencia megfordult.

A következőkben Daniel Arnheim és William Sinclair (Arnheim, Sinclair 1979) összefoglalója alapján soroljuk fel azokat a klinikai tüneteket, amelyek az ATNR hiányos integrációjának, tehát nem kellő mértékű központi gátlásának hatására megjelennek. A kéz és a láb reciprok mozgásainak összerendezettsége csökken, a különböző testi szegmentumok egymástól független mozgása akadályozott, a két testfél közötti megkülönböztetési képesség érése késik. Ezt Arnheim az „ügyetlen gyermek"-szindróma egyik faktorának tartja.

Richter és Montgomery (Richter, Montgomery 1988) ezt azzal egészítik ki, hogy az ATNR kritikus mértékének jelenléte homolaterális kúszási, mászási mintát okoz, valamint a szegényes szem-kéz koordinációhoz járul hozzá, amely étkezésben éppen

úgy megnyilvánul, mint rajzolásban, írásban. Általában elmondható, hogy a bilaterális mozgásokat akadályozza.

Kitekintés: a szimmetria és aszimmetria néhány személyiséglélektani implikációja

A korai reflexek világától látszólagosan messze esik az élmények világa. Azonban talán nem minden haszon nélkül való, ha megpróbáljuk elhelyezni a gyermek pszichés fejlődésének mahleri keretébe az előbbiekben ismertetett tényeket.

Margaret Mahler (Mahler 1987) a szimbiotikus fázist a 2. hónaptól kezdődő és körülbelül a 4-5. hónapig tartó időszakra tette. Jellemzője az anya-gyerek kettős egység elkülönületlensége. A csecsemő már homályosan érzékeli, hogy a szükséglet-kielégülés valahonnan „kívülről" származik, de még nem képes különbséget tenni a saját aktivitása által előidézett feszültségcsökkenés, és az anyai gondozás hatására létrejövő között. Az anyát szükségletkielégítő résztárgyként érzékeli.

A szakasz kezdetére esik tehát a neuropszichológiai szempontból az előbbiekben elemzett unilateralitás. Egy oldal, egy kéz, egyféle mozdulat. Heinz Hartmann (Hartmann 1939, idézi Kulcsár 1996) primer autonómiának nevezi a normál autizmus szakaszának ezt a globális, diffúz, szinkretikus szerveződési módját, amelyet a szimbiózisban az anya tartó viselkedésének hatására meg kell haladni. Ha ez „elég jól" működik, akkor kezd kialakulni az anyai reprezentáció a közös határ téves képzetével, amelyet a csecsemő hallucinatórikus fúzióval tart fenn (Kulcsár 1992). Ehhez azonban nyersanyag szükséges, amely a most már tágabb – minkét oldalon megragadható – külvilágból bőven meríthető. A két kézből származó gazdag szenzomotoros tapasztalat, az egybekapcsolódás, különválás, távolodás, közeledés, szájhoz emelés élményei a csecsemők számára köztudottan örömforrások. A bilateralitás modalitástól függetlenül, de még az anyával egybeolvadva, aktivitást, passzivitást sem különválasztva éli virágzását.

A szakasz végére elsősorban a testfelszínt érő kellemes és kellemetlen élmények hatására elkülönül a testi én. Ebben az elkülönülésben fontos szerepet vélünk tulajdonítani a fokozatosan fellépő és ettől kezdve állandó unilateralitásnak, amely ekkor már más élményháttéren valósul meg. A differenciáció szakaszában az egyoldaliság, még ha váltakozik is az iránya időnként (igazán stabil oldaliság csak 8 éves kor körül alakul ki), a szükséges téri vonatkoztatási keretet adja, amelyben a dolgok vizsgálata, egybevetése lehetséges és biztonságos. Az egyoldaliság másik következménye az, hogy megszűnik a szimultaneitás, és a saját test akciói időben is egyre határozottabb sorrendiség fele haladnak.

A megkapaszkodási ösztön (Hermann 1984) kétkezes és – még csökevényesebben – kétlábas szimmetrikus mozgásmintát jelent. A megkapaszkodás-elszakadás élményköre sok ilyen típusú mozdulatban érhető tetten az egész életen át, de a lényegéhez tartozik, hogy mindkét kézben-karban szimultán, szimmetrikus mozgást produkál. Megfigyeléseim szerint a frusztrált megkapaszkodást jelző mozdulatok azonban egykezesek: a síró csecsemő kapálózása, a kisgyerekek körömrágása, hajtekergetése, az ütésre emelt egyik kéz.

Lehetséges, hogy a testi oldalpreferenciák változása modellül szolgálhat gondolkodási folyamatok korai alakulásához? Ignacio Matte Blanco (Matte Blanco 1975, idézi Kulcsár 1992) a valóságos viszonyokat jól kezelő, tehát a téri és idői meghatározottságot figyelembe vevő gondolkodás logikai szerkezetét aszimmetrikusnak írja le. Az aszimmetrikus viszony megfordíthatatlan állításokat tartalmaz: az „A megelőzi B-t", megfordítva téves volna: „B megelőzi A-t". A szimmetrikus logikában a megfordítás is valós állításhoz vezet: az „A közel van B-hez" éppen úgy igaz, mint az, hogy „B közel van A-hoz". Matte Blanco rámutat arra, hogy az aszimmetrikus logika funkciója tulajdonképpen megfeleltethető a szekunder folyamat gondolkodási módjának: szekvenciális, egyenes okúsággal jellemezhető, térben és időben meghatározott. A szimmetrikus gondolkodással, amely kiiktatja a tér és idő fogalmát, megszünteti az ellenkező diszkriminálását, a végtelen megéléséhez, általánosabban az emocionális élmények megélésének képességéhez jutunk. Kulcsár Zsuzsanna a szimmetrikus logika érvényességi területének példáiként idézi Abraham Maslow „csúcsélmény"-, és Hermann Imre „lélekfolytonosság"-koncepcióját: „A személy átéli személyisége egységét, [...] azt, hogy minden megnyilvánulásában benne van az »egész«. Integráltsága ugyanakkor lehetővé teszi, hogy azonosuljon egy külső tárggyal, akár feladattal, akár kapcsolata tárgyával, mintha az egységélmény az énhatárok kitágításához vezetne." (Kulcsár 1996, 99.)

Úgy tűnik, hogy ha a korai fejlődés mahleri normál szimbiotikus szakaszát akár pszichés eredetű, akár organikus trauma megzavarja, az a lelki történések alakulásában, a gondolkodási folyamatok jellegzetes mintázódásában éppen úgy nyomot hagyhat, mint a test lateralitásának kialakulásában. Ez a klinikai gyakorlatban az úgynevezett „bizonytalan kezesség", illetve „keresztezett dominancia" nehezen befolyásolható tünetében ölthet testet. Gyakori és nehezen értelmezhető kísérő tünete ez a gyerekkori kognitív és viselkedéses kórképek részben egymást fedő formáinak, mint például a tanulási zavarnak, hiperaktivitásnak, figyelmi rendellenességeknek, de megjelenik a súlyosabb formákban, az autisztikus fejlődés esetén is.

A reflexek vizsgálatának módja

A szakirodalomban és a napi gyakorlatban számtalan vizsgálati módszert használnak a szakemberek attól függően, hogy milyen céllal és milyen hagyományok által meghatározottan folytatják a vizsgálatukat. Hazánkban jelentős ismertségre tett szert a Sally Godard Blythe nevével fémjelzett – kissé leegyszerűsített, mert összefüggéseiből kiragadott – koncepció a korai reflexek jelentőségéről, és könyveiben bőséges anyagot találhatunk ezen reflexek kiváltásának módszereiről (Blythe 2006; Blythe 2009). Az alábbiakban a dinamikus szenzoros integrációs terápiához (DSZIT) csatlakozó diagnosztikus folyamatban használt reflexvizsgálatokat mutatjuk be.

Az ATNR vizsgálata

Hazai gyakorlatunkban – figyelembe véve a szakirodalom eredményeit, különösen Kay W. Sieg és J. J. Shuster (Sieg, Shuster 1979), valamint Zemke (Zemke 1985) ta-

pasztalatait – az ATNR-t négykéztérd tartásban, lassú, finom, passzív mozgatással végezzük. A gyerekek válla és csípője 90 fokos flexióban legyen, tenyerük pontosan a váll alatt extendált ujjtartással hordozza a test súlyát, együtt a pontosan a csípő alatt támasztó térddel. Könyökük lazán extendált állapotban, fejük középállásban legyen a kiinduló helyzetben. A fejforgatást 90 fokig, bizonyos esetekben csak addig végezzük, amíg nincs ellenállás. Legalább 5 mp-ig kell megtartani a fejet laterális pronációban, hogy legyen ideje a reflexnek megjelenni. Először nyitott, majd csukott szemmel is elvégeztük mindkét oldal irányában a próbát.

Az eredmények rögzítését precíziós műszerek hiányában, mint például az elektrogoniométer, pontozóskála használatával oldottuk meg. Ez a megoldás nem előzmények nélkül való: Parmenter és később Zemke is skálán rögzítette az eredményeket (Parmenter 1983; Zemke 1985). A klinikumban egyébként is az egyszerűbb, eszközigénnyel nem rendelkező eljárásokat preferálják. Mint később majd részletesen látható lesz, az ilyen módon elért eredmények tendenciájukban pontosan követik a precíz kutatási feltételek között létrejött mérések irányát.

Az előbbiekben említett szerzők, különösen Zemke munkáira támaszkodva alakítottuk ki saját pontozóskálánkat (Szvatkó 1996), amelyet évek óta jó hatásfokkal tudunk használni egyszerűsége, gyorsasága miatt.

AZ STNR VIZSGÁLATA

Az ATNR vizsgálatánál már leírt alaphelyzetben végezzük a fej passzív mozgatását, szintén 5 mp-nyi latenciaidőt hagyva. Ellenálláskor nem erőltetjük a kivitelezés folytatását a lehetséges szélső pontig. Nyitott és csukott szemmel egyaránt elvégeztük a fej előre-, illetve hátrahajlítását.

Az adott korosztályra alkalmazható pontozási skálát nem lehetett találni a szakirodalomban. Capute és munkatársai (Capute et al. 1982) a rendellenességek korai szűrésének érdekében végzett nyomonkövető vizsgálatuk során csupán kétéves korig mérték a reflex kiválthatóságának mértékét skálán. Klinikai tapasztalatra építve saját szempontrendszert alakítottunk ki.

A TLR VIZSGÁLATA

A TLR kiváltásához Ayres (Ayres 1983) a következő testhelyzetet javasolja: a gyereket megkérjük, hogy hasonfekvésben hajlítsa be a karját a testétől körülbelül 10 cm-re eltartott könyökében. A fejét, vállát emelje, a lábát egyenesen tartsa, csípője hiperextendálva legyen. Ilyenkor a fejet és a végtagokat az extenzoroknak kell tartaniuk a TLR hatására növekvő flexortónus ellenében. Helyezzük a gyereket passzív módon e hasi extenzor pózba kellő ideig ahhoz, hogy pontosan értse, mit várunk tőle. Csak ezután kérjük meg, hogy tartsa ki ezt a testhelyzetet körülbelül 30 mp-ig, miközben megfigyeljük a kivitelezés minőségét. Rendkívül fontos, hogy megteremtsük a szükséges motivációt a feladat elvégzéséhez, és valamilyen kissé könnyedebb légkört, amelyben nem a görcsös kivitelezés a lényeges.

A megfigyelést itt is pontozóskála segítségével végeztük. Kialakításában Anita Bundy és Anne Fisher (Bundy, Fisher 1981), valamint Harris (1981) szempontjait vettük figyelembe, akik hasonló korú (7–11 éves) gyerekek vizsgálatakor alkalmazták.

EGYÉB REFLEXVIZSGÁLATOK

Ayres a poszturális és okuláris mechanizmusokkal kapcsolatos idegrendszeri rendellenességek egyik legjobb indikátorának tartja a Paul Schilder (Schilder 1964, idézi Ayres 1972) által leírt *karnyújtástesztet* (AET). Kivitelezésében involváltak a tónusos nyaki reakciók és a nyaki felegyenesedési reflex is.

A vizsgált gyerek szorosan egymás mellé tett lábakkal áll, szeme csukva, karjai a talajjal párhuzamosan kinyújtva. Fontos, hogy a karok ne érintsék egymást, és az ujjak abdukcióban legyenek. A gyereket figyelmeztetjük, hogy a fejét forgatni fogjuk, és lassan egyik oldalról a másikra fordítva meg is tesszük ezt. Mivel a vizsgáló a gyerek háta mögött áll, célszerű tükröt használni, hogy a fejforgatás hatásait a test egészén észlelhessük. Az értékeléshez szempontsort hoztunk létre, amely irányítja a megfigyelést, és képes azt egységesíteni is. Fontos szempont, hogy tapasztalható-e a fejfordítással szemben ellenállás a nyaki izmokban, megfigyelhető-e a kartartás bármilyen változása, különösen a két kar közötti különbség tekintetében. Azt figyeltük meg, hogy sok esetben csupán a negatív emocionális válasz előfordulása jelzi a helyzet kritikus mivoltát a vizsgálat során. Zavarok esetén tónuskülönbségek keletkeznek a karokban: távolodnak vagy közelednek egymáshoz, emelkedhetnek és süllyedhetnek is. Előfordul, hogy mindkét kar süllyed a megfelelő tónus hiánya, vagy az automatikus tartóreflexek zavarai miatt. A gyermek néha egész testével fordul a fejfordítás irányába, hogy kivédje a nyaki rotációt. Ritkábban, de előfordul, hogy a tónusos nyaki reakciók lábra gyakorolt hatása miatt a gyerekek kizökkenek az egyensúlyukból, és erősen tiltakoznak a feladat elvégzése ellen.

Ayres úgy találta, hogy azoknál a tanulási zavart mutató gyerekeknél, akiknél a poszturális mechanizmusok nem kellően érettek, nehézségek tapasztalhatók az *antagonista izomcsoportok szimultán kontrakciójában,* amelynek az a feladata, hogy egy vagy több ízületet átmenetileg mozdulatlanul tartson. Ez pedig igen fontos eleme a mozgások szervezésének. A test bizonyos részeit hosszas tónusos izomkontrakcióban kell tartani ahhoz, hogy más részek fázisos mozgásainak hátteréül szolgáljanak. A kokontrakció többféle Ayres által javasolt metódusa közül a következőt használjuk: A gyerekkel szemben állunk, és megkérjük, hogy mindkét kezével fogja meg a vizsgálatvezető hüvelykujját, enyhén hajlított könyökkel. Ezután elmondjuk, hogy próbáljon ebben a testhelyzetben maradni még akkor is, ha mi húzni-vonni fogjuk. „Ne engedd, hogy elhúzzalak vagy eltoljalak, légy olyan merev, mint egy szobor!"

Előfordul, hogy a gyerekek 7-8 éves koruk után sem tudják bizonyos ellenállással szemben stabilizálni a karjukat. Ilyenkor felváltva kinyújtják, behajlítják a karjukat, esetleg a vállöv vagy a törzs adja meg magát, és átveszi a vizsgálatvezető mozdulatának irányát; ha tolja, akkor hátraköl, ha húzza, akkor előre. Itt is ötfokú pontozóskálát alkalmaztunk a megfigyelések objektívvá tételéhez.

A szenzoros integrációs koncepciót alkalmazó szakmai csoportok eltérően ítélik meg a *posztrotációs nisztagmus* jelentőségét a diagnózis kialakításában. A forgatás után megjelenő, a szemek sajátos tekerező mozgásában megnyilvánuló reflex igen eltérő lehet az egyes gyermekek esetében a problémájuktól, életkoruktól függően. Kérdéses, hogy pontosan milyen feltételekkel vizsgálható a jelenség: milyen gyorsaságú és hosszúságú forgás szükséges hozzá; amikor hirtelen megállítják a forgást, fixáltassuk-e a gyermeket vagy sem; sötétben vagy világosban vizsgáljuk, és főleg milyen precíziós műszerrel mérjük a nisztagmus sajátosságait. Tekintve, hogy ebben a kérdésben nincs egyetértés, sőt abban sincs, hogy hogyan értelmezhetők a kapott eredmények, úgy gondoltuk, hogy a jelenség objektív megragadása helyett játékban figyeljük meg a gyermekek forgásra adott reakcióit, és lemondunk a számszerűsíthető eredményekről, így a bevezetőben említett posztrotátoros nisztagmus teszt (SCPNT) felvételével nem foglalkozunk. Úgy találjuk, hogy ezen a játékba illesztett, nem erőltetett úton is fontos megfigyeléseket lehet tenni, különösen a gyerekek terápiában történő előrehaladását kísérik néha drámai változások a nisztagmus megjelenésének történetében. A forgatásra adott reakciók az egyes gyerekeknél igen kritikusak lehetnek, valódi rosszullétet válthatnak ki, míg másoknál a legvadabb forgás esetén sem jelennek meg a nisztagmus megszokott és normális jelenségei, a szem ritmikusan csillapodó, lassan úszó és hirtelen visszaugró mozgásai. Itt jelzem, hogy abban azonban egységes a szakirodalom, hogy a szenzoros integrációs terápiából főként azok a gyermekek tudnak meríteni, akiknek a nisztagmusuk hiányzik vagy igen rövid ideig tartó. A DSZIT-terápiás tapasztalatok ennek ellentmondanak: megfigyeléseink szerint mindkét klinikai csoport jól használhatja a vesztibuláris-proprioceptív ingerlésekre lehetőséget adó kereteket, ha szabadon választhatók a játékok.

Korai reflexek vizsgálata kisiskolás csoportban

Az 1990-es években, nyilván a magyar társadalomban történő változásokkal párhuzamosan, a gyógypedagógiai, pszichológiai és a klinikai pszichodiagnosztikai munkában felmerült a vizsgálatok módszereinek fejlesztése iránti határozott kívánalom, főként a korai azonosítás és prevenció érdekében. Ebben a vonatkozásban az első lépések az Oktatáskutató Intézetben a 80-as évek közepén már megtörténtek (Bálint 1987) a dél-kaliforniai szenzoros integrációs tesztek (SCSIT)[7] területén, de a vizsgálódások sajnálatosan megszakadtak. 1996-ban az Ayres által nyomatékosan kiemelt diagnosztikus résznek, a sztenderdizált tesztektől eltérő módszerű strukturált megfigyeléseknek pontosabb megismerését szerettem volna elérni, ezért olyan vizsgálatot terveztem és bonyolítottam le, amely e főképpen reflexmutatókból összetevődő diagnosztikus egység megnyilvánulásait képes feltérképezni, és megmutatja kapcsolatait más vizsgálati lehetőségekkel (Szvatkó 1996).

Célom volt, hogy a reflexmutatók eltérő mintázatai alapján közelebb lehessen jutni annak a kérdésnek a megoldásához, miszerint egy átlagostól eltérő diagnosztikus jegy valóban a diszfunkció jelzése-e, alkalmas-e az egészséges és a zavart fejlődés megkülönböztetésére, vagy csupán egy eddig nem kellően ismert életkori hatás következménye.

7 SCSIT – Southern California Sensory Integrational Tests.

Kísérletet tettem arra is, hogy – a lehetőségek adta igen szerény körülmények között – elemezzem bizonyos viselkedési és emocionális jegyek, valamint iskolai teljesítmények és reflexmutatók együttjárását általános iskolai alsó tagozatos gyerekeknél.

A vizsgálat terepéül egy budapesti lakótelepi iskolát választottam, a zuglói Móra Ferenc Általános Iskolát. A vizsgálat elsősorban módszerfejlesztő célkitűzéssel készült, ám a megfelelő intézményi, pénzügyi feltételek hiányában a reprezentativitásról le kellett mondanom. A minta elemszáma 128 fő volt. A lányok létszáma 70, a fiúké 58. A gyerekek második, harmadik és negyedik osztályba jártak, mindnyájan általános tantervű osztályokba. A pedagógusok véleménye szerint ezekbe az osztályokba tanulási zavar szempontjából érintett gyermekek nem jártak, hiszen számukra az iskolában a fenti csoportokkal párhuzamosan működő logopédiai fejlesztő osztályok kínáltak lehetőséget a tanulásra, habilitációra, rehabilitációra. A logopédiai osztályokat a vizsgálatból metodológiai okokból kihagytam, kizárólag a „normál" csoportok szerepeltek benne.

A reflexvizsgálatok eredményeinek bemutatása

Az ATNR kiválthatóságának mértéke mindkét irányban és mindkét felvételi módban (csukott és nyitott szemmel) az életkor előrehaladásával csökkenő tendenciát mutat lányoknál és fiúknál egyaránt. Ez egybevág a szakirodalom adataival (Parr et al. 1974; Zemke, Draper 1984; Parmenter 1975, Parmenter 1983). Önálló kor főhatást legnyilvánvalóbban az ATNR nyitott szemmel, balra forduláskor kaptunk. A jobbra forduló ATNR tehát nem mutat ilyen egyértelmű korral előrehaladó fejlődést, feltehetően azért, mert más típusú kérgi programok hatása is befolyásolja kiválthatóságának mértékét. Nem szignifikáns, ám jól látható tendencia a fiúk eredményeinek enyhén emelkedett átlaga, amely a reflex kifejezettebb jelenlétének mutatója. Felvetődik a kérdés, hogy vajon a fiúk lassúbb idegrendszeri érésével, vagy sebezhetőbb funkcionálásával hozható-e összefüggésbe ez a jelenség.

Zemke és Draper (Zemke, Draper 1984) ugyan kisebb mintán (40 fő), ám keskenyebb életkori sávot vizsgálva (3–5 éveseket), tendenciaszerűen szintén megkapta a fiúk eredményeinek emelkedettebb átlagát.

Mintánkban rajzoláskor 13 gyerek a bal kezét használta, a többi 114 a jobbat. Ez ugyan nem tekinthető a kezesség egyértelmű bizonyítékának, mégis jól használható szempontot tükröz. (Jól jellemzi ennek az adatnak az esetlegességét az a tény, hogy a bal kézzel rajzoló gyerekek közül hatan vágáskor, tehát kétkezes szimultán integrációt igénylő feladathelyzetben a jobb kezükben tartották az ollót. Egy gyerek rajzolás és vágás közben cserélgette a domináns funkciót ellátó kezét, hol jobbal, hol ballal dolgozott.) Ezért megvizsgáltuk azt is, hogy a kezesség hatással van-e az ATNR iránytól függő kiválthatóságának mértékére, azonban nem találtunk ilyen összefüggést.

Ezzel szemben, ha a kérdést úgy tesszük fel, hogy van-e különbség a jobb, illetve a bal oldalra való fejfordításra fellépő reflexválaszok között, akkor azt találjuk, hogy a

kezességtől függetlenül jobbra forduláskor erősebb reflexválaszokat kapunk ($T = 1,82$; $p < 0,1$). Ez az egész mintára nézve csak tendenciaszintű, a lányoknál viszont eléri a szignifikáns különbséget csukott ($T = 2,41$; $p < 0,05$) és nyitott szemmel ($T = 2,48$; $p < 0,05$) egyaránt. Figyelembe véve az előzőeket, tudniillik, hogy a lányoknál kisebb mértékben váltható ki az ATNR, további megfontolásokat igényel ez az eredmény. Esetükben érettebb idegrendszeri működést feltételeztünk az ATNR alapján, amelyet a nagyobb féltekei specializációra utaló oldaliságbeli különbség tovább erősít.

Az STNR vizsgálatának mindkét felvételi módjában olyan adatokat kaptunk, amelyek jellemzője egy alacsony átlag körüli ingadozás, és ebben sem korral összefüggő, sem nemi eltéréseket nem figyelhetünk meg. A minta egészére nézve elmondható tehát, hogy ez a reflex ebben az életkori sávban már nem érzékeny mutatója az idegrendszer fejlődésének, feltehetően azért, mert egészséges esetben ilyenkorra már elérte integrációjának szükséges szintjét.

A TLR minőségi mutatója korfüggést nem jelzett, azonban a lányok szignifikánsan jobb teljesítményeire hívja fel a figyelmet ($T = 15,02$; $p < 0,01$). A korfüggés hiánya egybeesik a szakirodalmi adatokkal (Harris 1981, Capute et al. 1982), a nemi különbségről annyi tudható, hogy fiatalabb gyerekeknél (4–8 éves) nem találták.

Az ATNR négy mutatóját (nyitott szemmel jobbra, balra; csukott szemmel jobbra, balra), a TLR két mutatóját (idői és minőségi) és az STNR csukott, illetve nyitott szemmel történő felvételének mutatóit *faktoranalízisnek* vetettük alá. Az eredmények három faktorba rendeződnek az eltérő reflexvizsgálatoknak megfelelően. Azonban az ATNR balra forduló felvételei, bár kis faktorsúllyal, de más tendenciát mutatnak: a TLR mutatóival kerülnek közös faktorba. Itt ismételten arra a következtetésre juthatunk, hogy az ATNR nem egyöntetű reflexmintázat, balra forduláskor más idegrendszeri mechanizmusok hatásait viselheti magán, mint jobbra forduláskor.

Az AET-mutatók véletlenszerű ingadozásai közül a kartartás változása az, amely tendenciaszerű életkori csökkenést jelez ($T = 2,24$; $p < 0,1$). A többi szempont alapján egészséges, általános iskolába járó gyerekeknél nem kapunk lényeges, és értelmezhető eltéréseket.

Az antagonista izmok együttműködési szintjét jelző mutató nem ad szignifikáns eredményeket, viszont érdekes szempontra hívja fel a figyelmet, nevezetesen a lányok 9 éves kortól kezdődő gyengébb színvonalára. Ez talán egybecseng a hétköznapi tapasztalatokkal is, a lányoknak nemi szerepükből adódóan kevésbé szükséges ilyen jellegű mozgásviselkedést produkálniuk.

Amikor a *tanulmányi eredményesség* szempontját is bevontuk a vizsgálódás körébe, megállapíthattuk, hogy a reflexintegráció szempontjából sérülékenységet mutató gyerekek a legritkább esetben kerülhetnek a jól tanuló csoportba, viszont a kifogástalan reflexprofil sem predesztinál a kiváló tanulmányokra. Tény azonban, hogy a jó reflexprofillal rendelkező gyerekek inkább a közepes és jól tanuló csoport tagjai, míg az integráció éretlenségével jellemezhetők kisebb mértékben kerülnek ide. Ez az összevetés, bár kis elemszám alapján történt, mégis érv a reflexvizsgálatok használata mellett, amikor tanulási nehézségekkel küszködő gyerekek azonosítása a cél.

A továbbiakban az *Achenbach-féle gyermekviselkedési kérdőív*[8] magyar változatának (tanári és szülői értékelőforrás) eredményeivel vetettük össze a reflexvizsgálati adatokat. A *szülői értékelések* közül a figyelmi problémák, a deviancia és az agresszió skálája mutatott szignifikáns korrelációt a reflexvizsgálatok eredményeivel. Ezeket a skálákat a bennük megfogalmazódó tételek alapján a dezinhibíció kórjelzőinek is tekinthetjük. Különösen érdekes a balra forduló ATNR szignifikáns ($p < 0,01$) kapcsolata a devianciaskála adataival és a figyelmi problémák skálájával ($p < 0,05$). Felvetődik a kérdés, hogy értelmezhetjük-e úgy ezeket az együttjárásokat, mint újabb bizonyítékát a szakirodalomból (Kulcsár 1992/1993) már ismert jobbféltekei funkciódeficiteknek?

A *tanári értékelésekben* a viselkedés reflexmutatókkal való kapcsolata nem érhető tetten, kivéve a TLR minőségi mutatójának és a figyelmi problémáknak az együttjárását, amelynek szignifikanciája $p < 0,05$. A TLR ilyen jellegű kapcsolódását az externalizációs viselkedési jelzésekhez már a szülői véleményekben is láthattuk. Úgy tűnik azonban, hogy a tanári jellemzésekben a gyerekek neuropszichológiailag leírható nehézségei nem éreztetik a hatásukat, az iskola miliőjében más jegyek szervezik a tanárok percepcióját. Ez természetesen a szülői jellemzésekkel való összehasonlításban nyeri el értelmét.

Amikor a vizsgálatban részt vevő gyerekek *emberrajzait* értékeltük a Koppitz-mutató[9] (Koppitz 1966) segítségével, megállapíthatóvá vált, hogy a reflexmutatók optimális értékétől való szélsőségesen magas eltéréssel jellemezhető gyerekek emberrajzain átlagosan kettőnél több (2,41) emocionális instabilitást jelző patológiás jegy található. Az optimális értékekkel jellemezhető csoportban az emberrajzok alig mutattak patológiás jegyeket, átlaguk nem érte el az 1-et. Mintánkban a legtöbbször előforduló Koppitz-mutató a végtag-aszimmetria, ezt követi a dőlés és a testrészek gyenge integrációja, illetve az árnyékolt test vagy végtagok.

Fentiek alapján joggal állapíthatjuk meg, hogy a poszturális reflexmutatók eredményeiben megtestesülő térbeli bizonytalanság emocionális zavarokkal együtt jelenik meg. Ezeknek hordozója, amely a rajzokban megnyilatkozik, minden bizonnyal a bizonytalan vagy patológiás testkép.

A REFLEXVIZSGÁLATOK EREDMÉNYEINEK RÖVID ÖSSZEFOGLALÁSA

Vizsgálatunkban az Ayres-féle reflexprofilon belül az ATNR kitüntetett szerepét találtuk, különösen a fej balra fordulásakor kirajzolódó tendenciák variálnak együtt a gyerekek figyelmi működésének deficitjével és a deviancia jelzőivel. Felmerült, hogy

8 CBCL – Child Behaviour Checklist.

9 Lásd ebben a kötetben részletesebben Araló Domonkos, Donauer Nándor és Szvatkó Anna *A diagnosztikus munka szemlélete és egyes elemei a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című írását.

ez az együttjárás esetlegesen újabb bizonyítéka lehet az olyan típusú jobbféltekei funkciózavarnak, amelyet a dezinhibíció viselkedésben is megnyilvánuló tünetei kísérnek.

Az ATNR kiválthatóságának elemzéséből az is kiderül, hogy a fej balra fordulására a könyökben létrejövő flexió az életkor előrehaladásával csökkenő mértékben váltódik ki, tehát erősebb megnyilvánulása egyes gyerekeknél minden bizonnyal a diszfunkció jelzése lehet. Mint ilyen, feltételezhetően alkalmas arra, hogy az egészséges és a zavart fejlődés neuropszichológiailag megragadható jegye legyen. A jobbra fordulás más mintázatot ad, enyhén emelkedettebb értékekkel és kisebb életkori csökkenéssel jellemezhető.

A lányok csekélyebb sérülékenységét sejteti, hogy reflexmintázatuk az ATNR-ben és a TLR-ben egyaránt jobb teljesítményt, az ATNR-ben kifejezettebb lateralitást mutatott. A tanári értékelések szerint a lányok szignifikánsan jobb eredményeket érnek el az iskolai tanulásban. Feltételezhető, hogy az adott életkori sávban a pedagógusok az intelligenciafunkciókon kívül vagy attól részben függetlenül, olyan képességstruktúrát várnak el a gyerekektől, amelynek a lányok inkább birtokában vannak, mint a fiúk.

Lényeges eredménynek tartjuk, hogy a gyerekek neuropszichológiai diszfunkcióját jelző reflexmutatókkal csak a szülői jellemzések mutatnak érdemi együttjárást. Ez felhívja a figyelmet a viselkedéses kérdőívek eredményeinek relativitására és más mutatókkal való kiegészítésének szükségességére. Ennek fényében különös méltánylást érdemel az a vizsgálati tény, miszerint a gyenge tanulókról készített szülői és tanári jellemzések sokkal inkább egybevágóak, mint a jól tanuló gyerekek esetében. Ez a kompenzációs lehetőségek pszichoszociális meghatározottságát tanúsítja.

Végezetül azt kell még kiemelni, hogy a vizsgálat és a szakirodalmi tájékozódás alapján körvonalazódni látszik egy olyan diagnosztikai eljárás, amely az Ayres-féle reflexprofil mutatóit felhasználva, skálaértékekben viszonylag objektíven kifejezve, a gyerek egyéb megnyilvánulásait, főleg emberrajzát is elemezve alkalmas a nehezített neuropszichológiai fejlődés, az emocionális instabilitás azonosítására. Előnye a SCSIT-tel szemben, hogy sokkal gyorsabban és egyszerűbben lehet ezekhez az adatokhoz hozzáférni, tehát szűrésre inkább alkalmas, és terápiás hozama sem lebecsülendő. Az Ayres-féle korai poszturális reflexek vizsgálata tehát érvényes és megbízható szűrőmódszer, azonban az eredmények tágabb kontextusba helyezése nélkül nem ad hosszú távú és hitelt érdemlő adatokat a gyermekek (és felnőttek) adaptív lehetőségeiről.

Irodalom

Arnheim, D. D.; Sinclair, A. W. (1979): *The clumsy child: A program of motor therapy.* C. V. Mosby, Saint Louis.

Ayres, A. J. (1983): *Sensory integration and learning disorders.* Western Psychological Services, Los Angeles, California.

Baker, H. H.; Prechtl, H. F. R. (1979): *EMG activity in neck muscles related to head and body position in the human newborn.* In: Trojan, S. (ed.): *Ontogenesis of brain.* Carolina University, Praga.

Bálint M. (1987): *Hiperaktivitás és iskolai teljesítménykudarcok. Kutatási beszámoló.* Oktatáskutató Intézet, Budapest.

Blythe, S. G. (2006): *Reflexek, tanulás és viselkedés: Betekintés a gyermeki elmébe: A tanulási és magatartási problémák nem-invazív megoldása.* Medicina, Budapest.

Blythe, S. G. (2009): *A kiegyensúlyozott gyermek.* Medicina, Budapest.

Bundy, A. C.; Fisher, A. G. (1981): *The relationship of prone extension to other vestibular functions.* American Journal of Occupational Therapy, 35/12, 782–787.

Capute, A. J.; Wachtel, R. C.; Palmer, F. B.; Shapiro, B. K.; Accardo P. J. (1982): *A prospective study of three postural reactions.* Developmental Medicine & Child Neurology, 24, 314–320.

Cioni, G.; Pellegrinetti, G. (1982): *Lateraliztation of sensory and motor functions in human neonates.* Perceptual and Motor Skills, 54/3, 1151–1158.

Delacato, C. H. (1963): *The diagnosis and treatment of speech and reading problems.* Charles Thomas, Springfield.

De Vries, J. I. P.; Visser, G. H. A.; Prechtl, H. F. R. (1982): *The emergence of fetal behaviour: I. Qualitative aspects.* Early Human Development, 7/4, 301–322.

Fagard, J. (1994): *Manual strategies and interlimb coordination during reaching, grasping, and manipulating throughout the first year.* In: Swinnen, S. P. (ed.); Massion, J. (ed.); Heuer, H. (ed.); Casaer, P. (ed.): *Interlimb Coordination: Neural, Dynamical, and Cognitive Constraints.* Academic Press, San Diego, 439–460.

Fukuda, T. (1961): *Studies on human dynamic postures from the viewpoint of postural reflexes.* Acta Oto-Laryngologica, 161, 1–52.

Gallahue, D. L.; Ozmun, J. C. (1998): *Understanding motor development: Infants, children, adolescents, adults.* McGraw-Hill, Boston.

Harris, N. P. (1981): *Duration and quality of the prone extension position in four-, six-, and eight-year-old normal children.* American Journal of Occupational Therapy, 35/1, 26–30.

Hartmann, H. (1939): *Ego psyhcology and the problem of adaptation.* International Univerisities Press, New York.

Hellebrandt, F. A.; Schade, M., Carns, M. L. (1962): *Methods of evoking the tonic neck reflexes in normal human subjects.* American Journal of Physical Medicine, 41/3, 90–139.

Hermann, I. (1984): *Az ember ősi ösztönei.* Magvető, Budapest.

Jouen, F.; Lepecq, J. (1990): *Early perceptuo-motor development: Posture and locomotion.* Advances in Psychology, 64, 61–83.

Katona F. (1979): *Az öntudat ébredése.* Gondolat, Budapest.

Katona F. (1986): *Fejlődésneurológia, neurohabilitáció.* Medicina, Budapest.
Koppitz, E. M. (1966): *Emotional indicators on human figure drawings of children: a validation study.* Journal of Clinical Psychology, 22, 313–315.
Kulcsár Zs. (1996): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók.* Akadémiai, Budapest
Kulcsár Zs. (1992/1993): *Gyermekkori hiperaktivitás. II. Lateralitás, nemi vonatkozások és vesztibuláris kompenzáció.* Magyar Pszichológiai Szemle, 3–4, 292–321.
Liederman, J.; Coryell, J. (1982): *The origin of left hand preference: Pathological and non-pathological influences.* Neuropsychologia, 20/6, 721–725.
Liederman, J. (1983): *Mechanisms underlying instability in the development of hand preference.* In: Young, G. (ed.); Corter, C. (ed.); Segalowitz, S. (ed.); Trehub, S. (ed.): *Manual specialization and the developing brain.* Academic, New York, 71–92.
Mahler, M. (1987): *A korai lelki fejlődés egészséges útja.* MTA Pszichoterápiás Szekciója, kézirat.
Majnemer, A.; Browstein, A.; Kadanoff, R., Shevell, M. (1992): *A comparison of neurobehavioral performance of healthy term and low-risk preterm infants at term.* Developmental Medicine & Child Neurology, 34, 417–424.
Matte Blanco, I. (1975): *The unconscious as infinite sets.* Duckworth, London.
Ottenbacher, K. (1978): *Identifying vestibular processing dysfunctions in learning disabled children.* American Journal of Occupational Therapy, 32, 217–221.
Parmenter, C. L. (1975): *The asymmetrical tonic neck reflex in normal first and third grade children.* American Journal of Occupational Therapy, 29/8, 463–468.
Parmenter, C. L. (1983): *An asymmetrical tonic neck reflex rating scale.* American Journal of Occupational Therapy, 37, 462–465.
Parr, C.; Routh, D. K.; Byrd, M. C.; McMillan, J. (1974): *A developmental study of the asymmetrical tonic neck reflex.* Developmental Medicine & Child Neurology, 16, 329–335.
Pothier, P. C.; Friedlander, S.; Morrison, D. C.; Herman, L. (1983): *Procedure for assessment of neurodevelopmental delay in young children: preliminary report.* Child Care Health and Development, 9/2, 73–83.
Richter, E. W.; Montgomery, P. (1988): *The Sensorimotor Performance Analysis.* PDP Press, Hugo.
Rochat, P. (1992): *Self-sitting and reaching in 5-8 month old infants: The impact of posture and its development on early eye-hand coordination.* Journal of Motor Behavior, 24, 210–220.
Rochat, P.; Stacy, M. (1989): *Reaching in various postures by 6- and 8-month old infants: The development of mono-manual grasp.* Poster presented at the Beinnial Meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas, MO.
Sieg, K. W.; Shuster, J. J. (1979): *Comparison of three positions for evaluating the asymmetrical tonic neck reflex.* American Journal of Occupational Therapy, 33/5, 311–316.
Schilder, P. (1964): *Contributions to developmental neuropsychiatry.* International Universities Press, New York.
Spreen, O.; Tupper, D.; Risser, A.; Tuokko, H.; Edgell, D. (1984): *Human developmental neuropsychology.* Oxford University Press, New York.
Szvatkó A. (1996): *Néhány korai poszturális reflexminta a szenzoros integráclós terápia tükrében.* Bölcsészdoktori disszertáció, ELTE BTK, Budapest.
Tokizane T.; Murao M.; Ogata T.; Kondo T. (1951): *Electromyographic studies on tonic neck, lumbar and labyrinthine reflex in normal persons.* Japanese Journal of Physiology, 2/2, 131–146.
White, B. L.; Castle, P.; Held, Richard (1964): *Observations on the development of visually-directed reaching.* Child Development, 35/2, 349–364.
Zemke, R.; Draper, D. C. (1984): *Notes on measurement of the magnitude of the asymmetrical tonic neck reflex response in normal preschool children.* Journal of Motor Behavior, 16, 336–343.
Zemke, R. (1985): *Application of an ATNR rating scale to normal preschool children.* American Journal of Occupational Therapy, 39, 178–180.

Gurgula – Dinamikus szenzoros integrációs terápiás foglalkozások fogyatékossággal élő fiatal felnőttekkel

Kunos Vera

Ez a tanulmány az 1998-ban végzett, egy éven át tartó munkánk összefoglalása, amelyet a fogyatékossággal élő fiatal felnőtteknek tartott dinamikus szenzoros integrációs terápiás (DSZIT) csoport tapasztalataiból állítottunk össze. Ebben az időben még nem használtuk a DSZIT elnevezést a terápiás eljárásunkra, de a szemléletmódunk egyértelműen ennek megfelelő volt, mivel az eredeti Anna Jean Ayres-féle szenzoros integrációs terápiát, egyéb testorientált terápiaformákat, valamint kreatív játékon és mozgáson alapuló megközelítéseket alkalmaztunk.

A következőkben először ismertetem az elméleti hátteret a DSZIT-terápiának az organikusan sérült fiatal felnőttekkel való munka speciális helyzetében való alkalmazásához. Írásom második felében, a csoport résztvevőinek bemutatása után, egyes konkrét terápiás történéseket ismertetek annak érdekében, hogy jól látható legyen terápiánk alkalmazhatósága még ennyire szélsőséges élethelyzetben is.

A cél tehát egy lehetséges terápiás intervenciós mód bemutatása, amely a központi idegrendszer veleszületett és/vagy perinatális károsodása miatt megzavart fejlődésű és krónikusan beteg, sokszor halmozott fogyatékossággal élő emberek életminőségének javításáért történt.

Keretek

A foglalkozások a csömöri Összefogás Ipari Szövetkezet családotthonában zajlottak, a Lámpás '92 utógondozással és rehabilitációval foglalkozó alapítvány támogatásával. A szövetkezet már nincs meg, de a Lámpás '92 Alapítvány ma is működő hálózatot tart fenn.[1] Itt biztosítani tudják a sérült emberek számára a család melegét, ugyanakkor képességeiknek megfelelő munkával is ellátják őket. De kevés a segítő és nincs kapacitás arra, hogy a sérültségből fakadó érzelmi problémákat is kezelni tudják. A csoportot Varga Izabella pszichológus szakmai vezetése segítségével indítottuk el és tartottuk Kiss Tibor Cece kollégámmal. Az intézmény részéről Koleszár György gyógymasszőr volt még a segítségünkre. A foglalkozásokon tizenkét fő, a legkülönbözőbb szinten sérült fiatal vett részt, közülük arról a nyolc (csoportonként négy-négy) személyről írok később részletesen, akik rendszeresen

1 http://lampas92.hu/

látogatták a foglalkozásainkat. A csoportot a résztvevők javaslata alapján neveztük el Gurgula csoportnak. Ez a név utalhat a hangunkkal való gyakori játékra, a gurgulázásra, illetve a gurulásra mint mozgásformára, amely szintén hangsúlyosan jelen volt alkalmainkon.

Két csoportra osztottuk a jelentkezőket. Az egyikbe a halmozottan sérültek – értelmi és mozgássérültek – jártak, akik csak nagyon nehezen tudnak önállóan helyet változtatni, ketten közülük nem is beszéltek. A másik csoportot enyhébben sérültek alkották, akiknek ugyan nehezített a mozgásuk, de verbális kifejezőkészségük és értelmi szintjük más jellegű foglalkozást kívánt.

Az első csoport (Gurgula *A*) foglalkozásait heti kétszer 1,5 órában tartottuk. A csoportban huszonéves fiatalok vettek részt, akik pre-, illetve perinatális agykárosodás következtében, halmozott sérüléssel éltek. A másik csoportot (Gurgula *B*) heti kétszer 2 órában látogatták 20-30 év körüli tagjai, akiknél különböző súlyosságú cerebrális parézis állt fenn, egy esetben pszichiátriai zavar is. Előfordult emellett enyhe értelmi fogyatékosság, és volt egy Down-szindrómás tagunk is.

A foglalkozásokat egy körülbelül 25 négyzetméteres, padlószőnyeggel borított helyiségben tartottuk, benne matracokkal és a szenzoros integrációs terápia eszközeivel. Sajnos felfüggesztési lehetőség nem volt, ezért például hintákat és hálókat nem használtunk. Használtuk viszont a különböző formájú nagy terápiás labdákat, body roll hengereket, billenődeszkákat, puha takarókat és puha plüssjátékokat.

A foglalkozások után minden alkalommal jegyzőkönyvet készítettünk, hipotéziseinket ezekre alapozva fogalmaztuk meg.

Csoportunk vezetésének jellege nondirektív volt. Kapcsolatteremtő képességeikben korlátozott emberekkel úgy kommunikáltunk, hogy a kommunikáció velük azonos szinten zajlott. Együtt feküdtünk a földön, együtt adtunk hangokat, együtt gurultunk velük. Együtt mozogva, a teret kihasználva, az ő kezdeményezéseikhez csatlakozva hagytuk kibontakozni a történéseket. Az általuk kezdeményezett kifejezések, mozdulatok, hangok visszhangra találtak bennünk, és ebből alakult ki a kölcsönös kommunikáció. Célunk nem a teljesítmény fokozása volt, bátorítottuk az autentikus megnyilvánulásokat, amelyekben élményeik teljesebben kifejeződhettek. A támogató légkörben egyre több lehetőség nyílt számukra a biztonságos mozgáslehetőségek megtalálására, így ezek repertoárja szélesedett. A környezettel való kapcsolat az egyoldalúan elfogadóból kölcsönössé válhatott, segítő és segített viszonya – az utóbbi aktivitása révén – az egyenrangúság irányába fejlődhetett.

Minden esetben egyedi módon, a fejlődési rendellenességek miatt más-más szinten és mégis csoportban kerestük a kapcsolatteremtés lehetőségeit. Ehhez az szükséges – és számunkra ez az ideális körülmény adott volt –, hogy a résztvevők számával egyenlő számú segítő legyen jelen a foglalkozásokon. Ez biztosítja azt a fajta ellazultságot, valamint a figyelem kellő minőségét és mennyiségét, amellyel a fent leírtak megvalósulhatnak. Az intézmény segítőinek folyamatos túlzott leterheltsége általában ezt nem engedte meg.

A legkorábbi kapcsolatok jellemzői, a korai perceptuális és kommunikációs fejlődés néhány aspektusa

A szenzoros integráció módszerével és az ő kommunikációs módjukhoz való alkalmazkodással olyan *potenciális teret* hozunk létre (Winnicott 1999, 41.), amelyben az élet korai időszakára jellemző tapasztalatszerzési mód és kapcsolati jelleg dominál, és amelyben megteremtődhet az a „mintha" világ, ahol a sérültség és a környezettel való konfliktusok kifejezhetővé, feldolgozhatóvá válnak, valamint a képességek is teljesebben bontakozhatnak ki. A szenzoros integrációs terápiás eszközök és szemléletmód által lehetővé tett kapcsolódásaink olyan taktilis, vesztibuláris és kinesztéziás ingereket adhatnak, amelyek a magzati és a legkorábbi gyerekkorban domináns módon érik az idegrendszert. A preverbális korban történt traumák testorientált, nonverbális hangsúlyú módszerekkel közelíthetők meg, mint például a szenzoros integrációs terápia. A szavak jelentésének ekkor még kevés fontossága van. Az ilyen terápiás megközelítések inkább érzésekre, észleletekre, hangulatokra és a testi emlékezetre építik gyógyító kapacitásukat. A preverbális korban sérült emberekkel az összehangolódás hatékonyabban is valósítható meg e módszerek segítségével.

A szenzoros integrációs terápia elméleti feltevéseire építünk, dolgozunk a tér és az ember kapcsolatával is. Egyensúly és gravitáció, kinesztézia, propriocepció, taktilis ingerek vannak jelen ebben a kapcsolatban. Módszerünk ezek által is közelebb vihet a rugalmas állapotokhoz, amelyekben a játék, a kreativitás világába léphetünk.

Mivel olyan felnőttekkel dolgozunk, akiknek a legkorábbi éveikből származóan enyhébben vagy súlyosan károsodott az idegrendszere, náluk az idegrendszer plasztikitásának csökkent volta a gyors változásokat már nem teszi lehetővé. Azonban a világukban megélhető események száma a mozgás, a mozgáslehetőségek bővülése, a játék öröme és a megtapasztalt emberi kapcsolatok sokfélesége által növekszik.

Donald Winnicott terápiás elméletének egyik központi gondolata, hogy: „*A pszichoterápia két játéktér egymást átfedő mezsgyéjén zajlik, a páciensén és a terapeutáén. A pszichoterápia két ember összjátéka. Ebből következik, hogy ha lehetetlen a játszás, akkor a terapeuta munkája arra irányul, hogy a pácienst átvigye a játékra képtelenség állapotából a játékra képes állapotba.*" (Winnicott 1999, 38.) A mi munkánkra a fenti idézet gyakran fizikai értelemben is igaz.

Szemléletünkben a szenzoros integrációs terápia alapelvei mellett nagyban támaszkodunk a Wilfried Gürtler által Magyarországon is meghonosított *integrált kifejezés- és táncterápia* alapvetéseire is. Eszerint a test mindig mozog, olyankor is, ha ez a mozgás kívülről nem látható. A test mindig beszél, kifejezi önmagát. A sérülésben és annak autentikus kifejeződésében rejlik a gyógyulás lehetősége. Minden tünet egy élettörténetileg hasznos és megérthető megküzdési stratégia része. Minden ember potenciális életművész, és a benne rejlő lehetőségeket fejleszteni lehet. (Gürtler 1999, 134.)

A szellemi működés „mintha" módját igyekszünk visszaadni, amelynek megalapozása sokszor nem jöhetett létre, valószínűsíthetően azért, mert sem a sérült gyermek érzelemkifejezése, sem az arra adott gondozói reakció nem volt adekvát az átélt trauma és a lassú fejlődés miatt. Ha meg tudjuk teremteni a szimbolikus kifejezés lehetőségét, az élmények könnyebben integrálhatók lesznek a személyiségbe.

Fontos elméleti támaszunk még Daniel Stern elmélete a *veleszületett amodális percepcióról* (Stern 1985, idézi Kulcsár 1996). Eszerint a csecsemőnek veleszületett kapacitása van arra, hogy az egyik modalitásban szerzett információt átvigye a másik érzékleti modalitásba. Ha az agysérülés miatt a magasabb idegrendszeri szerveződés bizonyos modalitásokban nem veszi át a funkcióit, illetve nem épül rá az alacsonyabban szervezettre, attól még az utóbbi működhet, és rajta keresztül kommunikáció valósulhat meg egyénen belül és egyének között is. Olyan emberekkel folytatott kreatív terápiában, akiknek a kérgi funkciói nem működnek elégségesen, számíthatunk arra, hogy *az amodális percepció segítségével kommunikáció valósulhat meg.* Az amodális alapélményeket, amelyek különböző érzékleti modalitásokat közös nevezőre hoznak, sokszor dinamikus, kinetikus terminusokban tudjuk kifejezni. A csecsemőkor alapélményei ilyen érzésformák. Ezeket Stern *vitalitásaffektusoknak* nevezi. A csecsemő ezeket a vitalitásaffektusokat egyrészt belsőleg éli meg, másrészt mások viselkedésén keresztül tapasztalja, amennyiben ezek a vele való interakció alapvető elemét képezik. A csecsemő csitítására használt gyakorlatok közös eleme, legyenek ezek akár verbálisak, akár taktilisak, hogy a hangsúly az inger első elemén van, majd lecseng. A csillapító hatás Stern szerint az ingerminta fiziológiai szintű átvételéből adódik. A csecsemő tehát intenzitást, vitalitásaffektusokat, hedonikus tónust érzékel, és ez a globális szubjektív világ, a humán szubjektivitás alapvető eleme, amely alapját képezi az emocionális értékelésnek, és innen erednek kreatív tapasztalataink (Stern 1985, idézi Kulcsár 1996).

Ha valaki ebből sérültsége miatt hiányt szenved, akkor a mozgásra, archaikus tudásra, hangadásra, ritmikusságra épülő terápiaformák visszaadhatnak valamit ezekből az élményekből. Többféle modalitást használva, és a páciens megnyilvánulásaira támaszkodva a terapeuta bekapcsolódik az egyén szubjektív világába. Átveszi például a páciens mozgásának ritmusát és/vagy formáját, hogy ebből kiindulva, ezt visszatükrözve megmutathasson olyan dolgokat, amelyek lehetővé teszik a globális élményből alakuló kreativitást.

Gondolhatunk még résztvevőink magzati tapasztalataira is, hiszen azokra, mint újrahívható bevésődésekre érzelmi válaszokkal kapcsolatban számíthatunk. Amennyiben ezek pozitív tapasztalatok, és az elsődleges együttlét (az anya és a magzat együttléte) magában foglalja egy intim egység tapasztalati minőségét, ehhez az élet egy későbbi szakaszában visszatérhetünk akkor is, ha aztán az együttlét zavart szenvedett. Peter Fedor-Freybergh és Vanessa Vogel a prenatális tanulási folyamatokról azt írják, hogy a percepció építőkövei. A biokémiai és pszichológiai folyamatok kölcsönhatásban fejlődnek, tehát a magzati tapasztalatok a magzat tanulási folyamatait szolgálják, az új körülményekhez való adaptációt. A magzat biokémiai ösvényeken keresztül dolgozza fel az információkat, amelyek azután a memóriába transzformálódnak. A magzat a szenzoros tapasztalatokra biokémiai „nyelven" válaszol, ami a későbbiekben mindig potenciális tanulási forrás marad (Fedor-Freybergh, Vogel 1988).

Ferenczi Sándor úgy gondolta, hogy a magzat az anyaméhben a *feltétlen mindenhatóság időszakát éli,* minden inger eljut hozzá, amelyre szüksége van, és neki ezért semmit sem kell tennie. (Ma már tudjuk, hogy ez nincs mindig így, a magzat ezért sok mindent megtesz, például mozgásával kommunikál.) Ferenczi feltételezi, hogy

a gyermek első vágya, hogy *„ebbe az állapotba – melyből kizavarták – visszajusson"* (Ferenczi 1982, 131.). Ez a vágy, a születést követő kielégítő gondozás eredményeképpen meg is valósul. Ez az időszak, az úgynevezett *mágikus hallucinatórikus mindenhatóság* időszaka. A valóságérzék fejlődésének ez a szakasza témánk szempontjából azért fontos, mert Ferenczi szerint ez a képzeleti tevékenység alapja, mivel csupán a „képzeti azonosság" által kerülhet a csecsemő a vágyott állapotba. Ha ebben az időszakban zavar következik be, akkor a szimbólumokkal való bánás nehézkessé válik. Ha a szenzoros ingerek és az elsődleges kapcsolathoz hasonló amodális percepció általi kapcsolódás a terápia során visszaviszik résztvevőinket a fentebb kifejtett tanulási formához, akkor a szimbólumok és a képzeleti tevékenység is bekapcsolódik gyógyulásukba és életminőségük javulásába. Traumás születésük résztvevőink életének legkorábbi időszakát fájdalmakkal terhelte meg. Ez az időszak terhelt lehetett az anya fájdalmával – aki emiatt talán kevésbé tudta jól gondozni őket – és saját fájdalmukkal, az elhagyatottság érzésével. Ezek a fájdalmak a terápiás térben létrejött kreativitás által felszínre kerülhetnek, de mindenkor csak olyan mértékben, amely az illető számára elviselhető. A DSZIT-terápia szemléletmódja alapján teret adunk a kifejezésnek.

Thomas Verny szerint születésünk minősége egész életünk során meghatározó lehet abból a szempontból, hogy hogyan látjuk a világot.

Bálint Mihály az „össze nem illést" teszi felelőssé az úgynevezett őstörés keletkezésében gyermek és környezete között. Az *őstörés* Bálint szerint az egyén fejlődésének igen korai szakaszában fellépő biopszichológiai szükségletei, valamint a rá irányuló figyelem és érzelem közti komoly meghasonlásra vezethető vissza. Bálint leírja azt is, hogy az össze nem illés keletkezhet veleszületett okból is, amikor a csecsemő biopszichológiai szükségletei szinte kielégíthetetlenek (Bálint 1994).

Winnicott szerint a csecsemő, amikor az anya arcára néz, önmagát látja, mert az anya arcán az látható, amit az anya lát amikor a csecsemőre néz. Sok kisgyermeknek azonban nincs meg a lehetősége, hogy visszakapja, amit ad, mert hiába néz az anya arcára, ott nem magát látja, csak az anya saját hangulatait. Ennek a következménye, hogy a kreatív kapacitás sorvadni kezd, és a kisbaba elkezd más utakat keresni, amelyek által valamit magából a környezettől visszakaphat. A csecsemő rájön, hogy amit lát, az az anya arca. Az anya arca pedig nem tükör. Csupán a percepció veszi át annak a kétirányú folyamatnak a helyét, amelyben az én erősödése a látott világ jelentésének felfedezésével váltakozik (Winnicott 1999). A csecsemő megérti, hogy a szülői érzelemtükröző kifejezés az ő saját érzelmének reflexiója a tükröző érzelemkifejezés „jelöltségén" keresztül (Gergely, Watson 1998). Az anya például a baba dühét teatralizált felnagyítással tükrözi vissza. A tükrözés nem alkalmazkodik tökéletesen a csecsemő kifejező viselkedésének téri, idői és intenzitásbeli paramétereihez, ezáltal különíthető el az anya érzelme a gyermekétől. Az anyák tehát affektustükröző megnyilvánulásaikat megjelölik úgy, hogy annak eltúlzott változatát hozzák létre, és így az érzelem lekapcsolódik arról a személyről, aki azt kifejezi. A jelölt affektustükrözés a gyermek intrapszichés történéseivel áll kapcsolatban, ezért az ő kontrollja alatt van. A haragos anya látványa negatív érzelmi következményekkel jár, a haragot jelölt módon visszatükröző anya látványa esetén viszont a gyermek érzelmileg pozitív következményeket tapasztal meg. Klalakul a *„jelölt" kifejezések generalizált kommunikációs módja – ez*

jellemzi a „mintha"-típusú kommunikációs módot, amely a szimbolikus játékokban lesz jellemző (Gergely, Watson 1998).[2] Munkánk során azt tapasztaltuk, hogy a szenzoros integrációs terápia potenciális terében játszva, a „jelölt" kifejezések generalizált kommunikációs módjának alkalmazásával a valóságos következmények felfüggeszthetők, és a kreativitás terében a problémák feldolgozási lehetősége megnő.

Testorientált, nonverbális hangsúlyú terápiák, az önkifejező mozgás és az érintés gyógyító ereje

Foglalkozásainkon többféle testorientált terápiás módszerből használtunk elemeket. Ezeket egy olyan szemléletmódba ágyazottan használtuk fel, amely hangsúlyozottan *nondirektív*, és a kaotikus helyzeteket, állapotokat, mint esélyt fogja fel.

A *nondirektivitás* a mi felfogásunkban azt jelenti, hogy a másik embert egyszerűen kísérjük, miközben – egyéni útján és egyéni ritmusában – rátalál belső erőforrásaira és kezdeményezéseire. A nondirektív technika, írja Campos Jiménez Anna, az *én* erejére támaszkodik, és megnöveli azt. Amikor az egyén a saját útját járhatja, saját megoldásaira talál rá, ami modellt nyújt arra, hogy később is maga keressen megoldásokat, és ne kívülről várja azokat. Bár a terápiás idő megnyúlhat, a hosszú távú haszon kárpótol bennünket (Campos 1999). A nondirektív viszonyulás által archetipikus konstellációk aktiválódhatnak, amelyek a kreativitás közös gyökerét alkotják. A terápiás hatás szempontjából a kreativitás azért hangsúlyozandó, mert ott jöhet létre, ahol a bemerevedett sémáink meg tudnak mozdulni, új megoldás születhet, amely addig megkötött energiát szabadít fel.

Fontos fogalom még az úgynevezett *autentikus mozgás*, amely a személyhez tartozó „egyszerű" és „elkerülhetetlen" mozgás, amikor a „mozgás vezet, az ember pedig követi". Mary Whitehouse amerikai táncterapeuta szerint a *kölcsönös bizalom* légkörében az ego feladhatja a kontrollt, így a tudattalan veszi át a vezetést. A terapeuta afelé irányítja a pácienst, hogy ki tudja várni az autentikus kifejezéssel való összehangolódást. A terapeuta ezután biztonságot jelentő tanújává válik a folyamatnak (Whitehouse, idézi Lemieux 1988). Türelmesnek kell lennünk, hisz az elsődleges cél, hogy a mereven rögzült sémák fellazulhassanak, és a természetes folyamatokra jellemző állandó változással járó stabilitás megvalósulhasson.

Gela Brüggerbors írja a szenzoros integrációs terápiák holisztikus megközelítéséről szóló könyvében (Brüggerbors 1996), hogy a segítő foglalkozások során alkalmazott terápiákban a terápiás folyamattal kapcsolatban paradigmaváltás van alakulóban. A terápia célja eszerint a folyamat közben, az interakciók során alakulhat ki. Lehetnek prekoncepcióink, de mivel az élő rendszer nyitott, a környezettel folyamatos interakcióban van, így nem ragaszkodhatunk előre meghatározott merev célokhoz. Loil Neidhöfer szerint *„a terápia nem módszerei, technikái és stratégiái miatt hat, hanem*

2 Lásd bővebben Campos Jiménez Anna *Szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása a korai lelki fejlődésben* című írását.

mindezek ellenére is", megjegyzi továbbá, hogy: *„A terápiás munka hatékony tényezője annak művészete, hogy együtt legyünk a másik emberrel, és nem a mégoly elaborált beavatkozás"* (Brüggebors 1996, 106.).

Ilya Prigogine szerint a természetben a káosz nem egy leküzdendő állapot, hanem a káosz és a rend fluktuálva szervezik meg egymásból önmagukat (Prigogine 1978, idézi Brüggebors 1996). Önmagunk megszervezése – fejtegeti tovább Brüggebors, nem autonóm, izolált módon történik, mivel ahhoz, hogy egy ember önmagát meg tudja szervezni, kívülről kell energiát kapnia, mert minden élő szervezet alaptulajdonsága, hogy egyszerre nyitott és önszervező. Ennek alapján már annak is terápiás hatása van, ha a terapeuta semmi mást nem tesz, csak ott áll a hintázó gyerek mellett és együtt van vele, mert a terapeuta éber jelenléte olyan energiaáramlást valósít meg, amely az önszervezés szükséges feltétele.

Ez konkrétabban azt jelenti, hogy ha nem tiltunk egy viselkedésmódot, hanem kapcsolódunk hozzá, eltúlzott formában átvesszük, akkor az a viselkedés természetes módon fog az önszabályozás útjára kerülni. Foglalkozásaink résztvevőinél sokszor teremtődött meg a lehetőség a jelenlét és a kapcsolat által a már rögzült sémákból való kimozdulásra. Ha valamibe teljesen belemegyünk – legyen ez egy átmeneti állapot, mint a fáradtság, vagy egy krónikusan fennálló, meggyógyítandó tünet –, akkor teremtődik meg a természetes esély az állapot, illetve a tünet elhagyására. Gürtler szerint csupán a tünet autentikus megfogalmazása, kifejezése után lehet meghaladni azt.

Steve Paxton táncos, koreográfus azt írja, hogy ha valaki húsz percen keresztül nem csinál mást csak a padlón gurul, akkor nagyon valószínű, hogy egy idő után más cselekvés után fog nézni (idézi Lemieux 1988). Valaminek a teljes és mély átélése tehát egy új cselekvéshez vezet, egy új struktúrát hoz létre.

A fent kifejtett szemléletbe ágyazottan folytattuk terápiás hatású tevékenységünket a korai organikus sérüléssel élő személyekkel. Nagy hangsúllyal használtuk a szenzoros integrációs terápiát, és annak is leginkább azt a vonulatát, amely az embert mint holisztikus létezőt kezeli, és nem csupán egyes mozgásfunkciók fejlesztésére koncentrál. *„Régebben szenzoros integrációs deficiteket kezeltünk, ma a gyermekeknek egy interakció keretében lehetőséget adunk a pszichofizikális önszabályozásra."* (Brüggebors 1996, 104.)

A szenzoros integrációs terápia elmélete szerint az *alkalmazkodó viselkedés* egy célorientált viselkedésmód, amely elősegíti azt, hogy az egyén valami olyan új dolgot érjen el, amelynek elérése számára az „éppen jó" kihívást jelenti, tehát nem untatja, de nem is kelt benne kivitelezhetetlensége miatt elviselhetetlen szorongást. Minden új mozdulat egy új visszajelentést is ad az idegrendszer felé. Ez témánk szempontjából azért fontos, mert olyan páciensekkel dolgoztunk, akiknek sokszor az is nehézséget jelent, hogy egy tárgyat elérjenek saját erőből. A játék lehetőségének megteremtésével adódik számukra az a belső motiváció, amely lehetővé teszi a mozdulat véghezvitelét. Ayres szerint a szenzoros integrációs diszfunkció azt is eredményezheti, hogy az egyén elveszti motivációját arra, hogy aktív szerepet játsszon környezetében, hogy új tapasztalatai legyenek és új kihívásokkal találkozzon (Ayres 1999). Amennyiben az egyén megtapasztalhatja sikerességét egyes feladatokban, a javulás először a ké-

pességekbe vetett hitben mutatkozik meg. A környezet kezelhetőségének örömteli megtapasztalása a kontroll érzését adhatja.

A szenzoros integrációs terápia elmélete szerint az idegrendszer plasztikus, és funkciói például vesztibuláris, proprioceptív és taktilis ingerléssel javíthatók. Az idegrendszer plaszticitásának ugyan van egy kritikus periódusa körülbelül 10 éves korig, de újabb kutatások azt igazolják, hogy a plaszticitás felnőtt korban is megmarad, bár kisebb mértékben. Az elmélet szerint továbbá a szubkortikális szintek stimulálásával azok funkciói szabályozhatók, és ezáltal integrálhatók. Ayres hangsúlyozta, hogy a központi idegrendszer magasabb szintjeinek integratív funkciói az alacsonyabb szintű struktúrák integráltságából és a szenzomotoros tapasztalatokból erednek és azoktól függenek.

A szenzoros integrációs terápiákban nagy szerepe van a *vesztibuláris ingerlésnek*. Ayres azt írja, hogy a vesztibuláris ingerlést a leghatásosabban úgy alkalmazhatjuk, ha a gyermeket ringatjuk, vagy forgatjuk a függőhálóban, amelyben fekszik vagy ül. Ez a passzív – az izmok akaratlagos erőfeszítése helyett külső erővel kiváltott – vesztibuláris ingerlés. Lassú, passzív vesztibuláris ingerlést adhatunk úgy is, hogy a gyermek, vagy esetünkben a sérült fiatal felnőtt, hason fekszik egy nagy terápiás labdán, és a terapeuta előre és hátra görgeti őt. Számunkra fontos az a hipotézis, hogy az ilyen jellegű ingerlés gátló hatást vált ki. A gátlás úgy jön létre, hogy a vesztibuláris ingerek aktiválják a kisagyat, amely aztán gátolja az agytörzset, főleg a formatio reticularist (Ayres 1999). Ha a lassú, passzív vesztibuláris ingerlés gátló hatást vált ki, akkor feltételezhető, hogy ez olyan általános, hogy a hipertóniás izmokat is fel lehet vele lazítani. Az a tapasztalatunk, hogy a lassú passzív vesztibuláris ingerlés elősegítheti a támaszkodás, a földön való forgás és a felegyenesedési reakciók akaratlagos használatát, és önkéntelen alakulását is. Paul Schilder szerint a vesztibuláris rendszer, amely a szenzoros integratív funkció fontos eleme, mind a testtartásra, mind az izomtónusra hatással van, és ezáltal minden észlelésben szerepet játszik. A vesztibuláris impulzusok összekapcsolódnak a taktilis, akusztikus és vizuális impulzusokkal. A vesztibuláris rendszer adja számunkra a háttér folytonos élményét. Féltudatos benyomásokat kelt, és érzékenyen reagál nem tudatos történésekre, írja Schilder (Schilder 1933, idézi Kulcsár 1996).

Ha figyelembe vesszük, hogy a vesztibuláris rendszer a taktilis érzékelés után a magzati létben igen korán, az 5. fetális hónapban szinte teljesen kifejlődik, akkor okkal feltételezhetjük, hogy egy olyan terápiás forma, mint a szenzoros integrációs terápia, amely mozgással, érintéssel és hangadással dolgozik, ezeken keresztül érintheti a legkorábbi emlékezetet. A vesztibuláris ingerlés tehát a legkorábbi életidőszakra jellemzőhöz hasonló „háttérélményt" adhat, és általa megteremtődhet a lehetőség a képzeleti világban való mozgásra (lásd erről korábban Ferenczi gondolatait).

Mielőtt elérkeznénk a mese, játék és kreativitás világába, meg kell teremtenünk azt a biztonságos teret, ahol ez megvalósulhat. Ezért minden résztvevő számára olyan körülményeket kell kialakítanunk, amelyben a maga módján biztonságosan mozoghat. Ennek megfelelően sokszor az első cél a támaszték biztosítása. A biztonságos mozgás elősegítése is játékos formában valósul meg. Játékos formában, de támaszkodva például a Katona Ferenc-féle neurohabilitációs kezelés gyakorlatára is, amelyet ő agykárosodást szenvedett csecsemők mozgásfejlesztése érdekében dolgozott ki (Katona 1979; Katona 1990). Lényege, hogy elemi mozgásmintákra épül, amelyeket passzívan „gyakoroltat", mert ellenkező esetben a sérült csecsemőknél a mozgás hiányában a proprioceptorokból és a szomatoszenzoros receptorokból származó, a központba áramló információ már gerincvelői szinten kimaradna. Az irányító reakciók, elemi mozgásminták, felegyenesedési mozgásminták, statokinetikus reakciók megfelelő testhelyzetben aktiválhatók, és csökevényes formában is alkalmasak arra, hogy visszajelzést nyújtsanak a mozgásszabályozási rendszerek számára. Ezeket a mozgásmintákat munkánkban, az agykárosodást szenvedett és értelmi, illetve mozgásfogyatékossággal élő fiatalok terápiájában sikerült előcsalogatnunk, és az a tapasztalatunk, hogy annak ellenére támaszkodhatunk rájuk, hogy az idegrendszer felnőttkorban már kevésbé plasztikus. A mi pácienseinknél a mozgás teljes rehabilitációja nem lehetséges, de a felegyenesedés bármely megnyilvánulása a részükről megfigyelhető mozgásjelenségek körét tágítja, a biztonságos támaszkodás pedig a kontroll érzését adhatja. Az izmok spasztikusságának csökkenésével azok újra működhetnek, s belőlük a proprioceptív visszajelentés be- vagy újraindul. Mindez segíti a rendezetlen testséma integrálását, és az aktív, önindította mozgások körének bővülését.

Néhány szóban összefoglalnám az *érintés* fontosságának koncepcióját munkánk során. Az érintés vitális fontosságú, olyan elsődleges modalitás, amely szükséges a központi idegrendszer sikeres fejlődéséhez. Bőrünk határfelület, írja Deane Juhan (Juhan 1987), amely hatékonyan tartalmaz mindent, ami a mienk, és kizárja mindazt, ami nem. Másrészt olyan, mint egy nyitott ablak, amelyen keresztül a világról alkotott elsődleges benyomásunk lép a tudatunkba, és strukturálja tapasztalatainkat. A tárgyról való információ érzékeink által közvetített, a tárggyal való interakció közvetítésével pedig a testünkről kaphatunk információt. Sosem egy dolgot érintünk egy időben, hanem mindig kettőt, a tárgyat és önmagunkat, és ezáltal személyiségünk központi funkcióit is. Ez tehát azt jelenti, hogy bőrünk nemcsak a testünket köti össze a világgal, hanem fizikai létezésünket köti össze mentális és érzelmi folyamatainkkal.

Juhan állításai központi szerepet játszanak gyógyító munkánk elméletében. Az egyik ilyen állítás az érintés vitális fontosságáról szól. A másik szerint genetikai programozottságunk csak a kezdőpontja individuális fejlődésünknek: mindaz, amit életünk során megtanulunk és tudatos döntéseink is hatalmas szerepet játszanak fizikai növekedésünkben, készségeink elsajátításában, egészségünkben, öregedésünk módjában is. Testünk minden szövete egész életünk során sokkal inkább plasztikus és sokkal inkább képes válaszolni a változásra és javulásra , mint azt általában feltételezzük. Ez pedig nagyon távol áll a biológiai örökség általi rögzítettségtől és determináltságtól. Nincs olyan érzékelés vagy érzelem, amely nem fordítódik át az izmok valamiféle válaszába, ezek az állapotok pedig elsődleges alapjait képezik szokásos testtartásunknak és viselkedésünk egyéni mintázatainak. A testorientált munka az érintés használatával újratanítja az egész szervezetet a koordináltságra és a rugalmasságra. A test és a tudat ezen a módon integrálva jobban képes lesz arra, hogy ellenálljon a betegségeknek, és felerősödnek öngyógyító tendenciái stressz vagy sérülés esetén is. A testorientált munka különböző ősi és kortárs formái bőven túlmutatnak azon, hogy ideiglenes élvezetet és felszabadulást okozzanak, mert megváltoztathat-

nak kondicionált válaszokat, kémiai egyensúlyokat és strukturális kapcsolatokat. Ezért a testorientált munka mélyen megváltoztathatja és javíthatja az egyén adott állapotát. Ahhoz, hogy egy pozitív változás megmaradjon, semmi sem fontosabb, mint az önmagunkkal kapcsolatos tudatosság. A testorientált munka közvetlen és hatásos módja az egyéni tudatosság növekedésének.

Bonnie Bainbridge Cohen nevéhez fűződik a *„testtudat-összpontosítás" (Body-Mind Centering)* nevű módszer. Munkánk során az ő tapasztalataiból is sokat merítettünk. Cohen a Bobath házaspár tanítványának vallja magát, és hosszú ideig tartó neuropszichológiai rehabilitációs és táncos tapasztalatai alapján fejlesztette ki módszerét. Berta és Karel Bobath szerint a kórosan erőteljes tartási és felegyenesedési reakciókat a különböző izomcsoportok stimulálásával csökkenteni kell, hogy megtörténhessen az a proprioceptív visszajelentés, amely a további mozgásfejlődést lehetővé teszi (Katona 1979, 305.). Minden sikeres és könnyed mozdulat alapjainál ott találjuk a mozdulatba integrált elemi reflexeket, felegyenesedési és statokinetikus reakciókat, amelyek integrálódnak automatikus mozgásrepertoárunkba, és minden helyzetben, ingerléssel vagy anélkül is részt vesznek a gravitáció elleni küzdelmünkben. Ha a reflexek és reakciók nem fejlődnek egymással szinkronicitásban, akkor statikusak és rögzültek maradnak, a testtónus túlságosan laza vagy túlságosan feszes volta, illetve ezek inkonzisztens váltakozása fogja jellemezni az egyén mozgását (Bainbridge Cohen 1993).

A testtónus ki nem elégítő volta jellemző probléma az agyi diszfunkcióval élő embereknél, amely gyakran jár együtt a földdel való kapcsolatteremtés, a földre kerülés és a földtől való elrugaszkodás nehézségeivel. Ezért a terapeuta, ahogy ezt Bainbridge Cohen a saját munkája kapcsán leírja, sokszor az „üzenetközvetítő" szerepét ölti magára a személy és a föld között. Például felveszi a gravitáció és/vagy a személyt valaha körbevevő méhfal tartó funkciójának szerepét, és segíti a személyeket abban, hogy kapcsolódhassanak hozzá. Sokféle érintési és mozgási interakció révén támogatja saját adaptívabb mozgásválaszaik kialakulását. A kapcsolat által a személyek testtónusa kiegyensúlyozottabb lesz, megváltozik viszonyuk a gravitációhoz, és több lesz a lehetőségük a más személyekkel való kapcsolódásra (Bainbridge Cohen 1993).

Bainbridge Cohen azt is hangsúlyozza, hogy a mozgásfejlődés nem lineáris folyamat. Minden szintjén tartalmaz elemeket az összes többi fejlődési szintből. A megelőző szintek alátámasztják a következőt, és a zavar a mozgásfejlődés bármely szintjén egyensúlyhiányt okozhat a test különböző rendszereiben, problémákat a percepció, az emlékezet és a kreativitás területén. Az automatikus mozgások alapját képezik az akaratlagos mozgásoknak. A reflexek, a felegyenesedési és egyensúlyozási reakciók alapvető elemei mozgásunknak. Bainbridge Cohen módszerében a felegyenesedési és egyensúlyozási reakciókat az általa *„alap neurológiai mintázatoknak"* nevezett mozgásformákkal kombinálja, amelyek gerinctelen és gerinces élőlények mozgásmintázatain alapulnak.

A következőnkben röviden vázolt mozgásmintázatok egyes elemeit saját munkánkban is használjuk. Elképzeljük például, hogy a sejtjeinken keresztül lélegzünk. Minden belégzéssel tágulunk, minden kilégzéssel szűkülünk. A halak mozgását idézve mozgatjuk a gerincoszlopot. Elképzeljük, hogy a száj vagy a köldök vezeti a mozgásunkat. Foglalkozásainkon a halmozottan sérült emberek nagy örömmel játszották velünk együtt azt, hogy „halacskák vagyunk". A felső és/vagy az alsó végtagoknak homológ, szimmetrikus, szimultán mozgatása a kétéltűek mozgását idézi. Az egyik felső és az ugyanazon az oldalon levő alsó végtagnak a homolaterális, aszimmetrikus mozgatása pedig a hüllők mozgására emlékeztet. Előfordult, hogy a „gyíknak lenni" elképzelés segített abban, hogy a foglalkozásokon néhányan minimális helyváltoztatásra is képessé váltak. Az egyik felső és az ellenkező oldalon lévő alsó végtagnak a kontralaterális, diagonális mozgatása az emlősök mozgásához hasonló. Olyan tagja is volt csoportunknak, akinek ez volt a kedvenc mozgásformája. Ezekre a mintázatokra, elemi reflexekre és felegyenesedési reakciókra rátalálva elősegíthetjük az optimális testtónust, amellyel a földhöz és a másik emberhez való biztonságos kötődés megvalósulhat, és tágíthatjuk a figyelem által befogott teret. A reflex az adaptív válasz egyszerű típusa, írja Ayres. Szerinte, ha a gyermek a labdán fekve, a terapeuta kezét fogva ad néhány egyensúlyi reakciót, ezek segítik őt abban, hogy meg tudja tartani magát. Ez adaptív válasz, mert segít abban, hogy uralja a környezetét (Ayres 1999).

Célunk tehát a lehető legtöbb adaptív válasz előcsalogatása. Ebben segítenek nekünk a *szenzoros integrációs terápiák* eszközei és a kapcsolat, amely érintés, hangadás, mozgás és mozgatás közben kialakul terapeuta és páciens között. A kialakult biztonságos térben a tudattalan tartalmak bevonhatók lesznek egy olyan képzeleti tevékenységbe, amelyben a kreativitásnak helye lehet.

Foglalkozásainkon a *kontakt improvizációból* is használunk elemeket. Ebben az autentikus mozgás, a kapcsolat, az érintés és a káoszból kialakuló új struktúrák szintén szerepet játszanak. Steve Paxton, a módszer alapítója szerint: *„Ha egy új helyre akarsz eljutni, sosem tudhatod, hogy pontosan hova indulsz."* (idézi Lemieux 1988, 1.) A kontakt improvizáció egy olyan örömteli társas mozgásfajta, amelynek során úgy táncolunk egymással, hogy nem tervezzük meg előre mozdulatainkat, szabadon kísérletezhetünk mindaddig, míg partnerünket nem akadályozzuk ezzel (Lemieux 1988). A „kontakt improvizáció" elnevezés egyik fele, az improvizáció tehát azt jelenti, hogy úgy mozgunk, hogy nem tudjuk, és nem tervezzük meg a következő lépést. A másik fele pedig azt jelenti, hogy kontaktusban vagyunk egy másik entitással – lehet ez egy ember, a talaj, a levegő, a szoba falai vagy bármilyen tárgy –, és fizikailag érezzük a súlyát, vagy átadjuk a súlyunkat neki. Ez fizikai megvalósítása annak, amikor egy terápiás folyamatban a terapeuta a kliens érzelmeinek súlyát úgy tudja átvenni és megtartani, hogy közben önmaga is egész marad.

A nonverbális terápiákban a terapeuta aktivitása és involválódása nagyobb, mint a verbális pszichoterápiákban, amennyiben a terapeuta többek között aktív részesként mintát nyújt, együtt dolgozik a csoporttal. Éppen ezért a nonverbális módszerekkel dolgozó terápiás csoportokban ajánlatos a csoport kettős vezetése (Bagdy 1991). A mi csoportunkban négyen voltunk a résztvevőkkel, hisz szinte mindannyian kifejezetten nehezen változtatták a helyüket. Mozgásukat sokszor nem tudták szándékuk szerint irányítani, és ez a „bebörtönzöttség" gyakran nehéz, negatív emocionális üzeneteket közvetített, amelyek elviselésében és könnyebbé tételében szükség volt arra, hogy az átvett terhek megoszthatók legyenek, és mindannyian képesek legyünk „rendelkezésre" állni, lehetőleg teljes figyelemmel és mégis nyugalommal. A nonverbális pszi-

choterápiát alkalmazó terapeutáknak, a gyerekekkel, betegekkel foglalkozóknak érzékenyeknek kell lenniük a nonverbális üzenetek vételére, és képesnek kell lenniük a pontos olvasásukra. A terapeuta a páciens meglévő mozgássémáiból indul ki, és ezeket visszaadva segíti elő a testséma, és ezáltal az énkép rendeződését (Merényi 1991).

A mozgásterapeuta a következőket figyelheti a páciens mozgásában: testtartás, izomtónus, a mozgás iránya, sebessége, formája. Egyes testrészek lehetnek kiemeltek vagy „némák", lehet speciális a viszonyuk egymáshoz. A mozgás lehet szaggatott, folytonos vagy változó ritmusú. A páciens mozoghat tág, vagy épp ellenkezőleg, szűk térben. Sokatmondó, hogy a páciens a másik ember testének mozgását mennyire érzékeli, tudja e követni a másik ritmusát, mekkora távolságot igényel, mennyire gyakran érinti meg a másikat, használ e hangokat stb. Mindezt a terapeuta megfigyeli, nem értelmezi, hanem elraktározza magában (Merényi 1991). A szeretetteli érintés, a másik ember testhelyzetének felvétele, támasznyújtás számukra konkrét, testi szinten, mozdulataik figyelemmel követése, és az abból kiinduló saját mozdulatok általi visszatükrözés, a velük való együttlétezés testi szinten segítheti a teljesség megélését. A terapeuta részéről egyfajta kettős jelenlét szükséges ehhez, mert mindig monitorozni kell, hogy egy adott közelség mit vált ki a másik emberből, főleg ha kiszolgáltatott.

| Játék

Az organikus sérüléssel élő egyének számára az objektív valóság olyan korlátozásokat jelenít meg, amelyek nehezen egyeztethetők össze a játékkal. A terapeuta feladata, hogy megteremtse a feltételeket, amelyek között ezek a korlátok minimálisak, vagy egyáltalán nem jelennek meg. A játék pedig éppen az, aminek a közvetítésével a szenzoros integrációs terápia elérheti, hogy egy-egy ügyességet fejlesztő gyakorlat elvesztse feladatjellegét, így keltve belső motivációt a páciensben. Játszani annyi, mint tenni valamit abban a térben, amelyet Winnicott az *anya és gyermeke közti potenciális térnek* nevez. Itt az életet az *átmeneti jelenségek* területén tapasztalhatjuk meg, amely az egyén belső világa és a külső, objektív valóság között található. Ebben a térben az ember kreatív lehet, és belső világa megnyilvánulhat (Winnicott 1999).

A kreativitás és a regresszió között szoros kapcsolat feltételezhető, mivel a regresszió azt is lehetővé teheti, hogy az elcsontosodott sémákból kilépve, más módon érzékeljük önmagunkat és a világot is, valamint hogy befogadjunk új megoldási és viszonyulási módokat. A regresszió teremtette szükségleteket a mozgásterápia elemi test- és hanggyakorlatai kiszolgálják, a kontaktusteremtés a regresszió szintjén történik meg (Merényi 1991). Bálint Mihály megfogalmazása szerint: *„...a regresszió – a megismerés kedvéért – elfogadó és egyetértő környezetet igényel, amely úgy tartja fenn és hordozza a beteget, ahogy a föld vagy a víz fenntartja és hordozza az embert, aki egész súlyával rájuk bízza magát."* (Bálint 1994, 135.) A foglalkozásokra járó fiatalokkal gyakran ezen a regresszív, a legkorábbi kapcsolatokra jellemző szinten kerültünk kontaktusba. Sokszor konkrétan tartottuk őket, és biztonságos támaszt adó tárgyként „ajánlottuk fel" magunkat használatra. Ha egy félig leengedett terápiás labda mint puha anyag tartotta és beburkolta őket, és úgy döntöttek, hogy szívesen legurulnának

róla – ahogy egy épp forogni kezdő csecsemő teszi – akkor ezt úgy tették meg, hogy egy őket megtartani képes ember általi támaszban részesültek.

„Ahol az énfejlődés beszűkül, ahol egy széttört, zavaros külvilág törékennyé teszi az identitást, ott az egyén különlegesen ki van szolgáltatva a szorongás impulzusainak, vagy az archaikus test-szelf romboló erejének" – írja Gabriele Ramin és Hilarion Petzold (Petzold, Ramin 1996, 292.). A fantázia terében, a játékban és a mesében visszatérhetünk a valóságészlelésnek abba a legkorábbi fázisába, amelyet Ferenczi, a *mágikus hallucinatórikus mindenhatóság* időszakának nevez. *„Ahol a legmélyebben kell a természeti erők előtt megalázkodnunk, ott jön segítségünkre a mese a tipikus motívumaival. A valóságban gyöngék vagyunk, a mesebeli hősök erősek és legyőzhetetlenek, idő és tér korlátozzák a tudásunkat, képességeinket: a mesék emberei örökké élnek, mindenütt jelen vannak, jövőbe látnak és ismerik a múltat. Az anyag áthatolhatatlansága és nehézkedése lépten nyomon akadályokat gördít utunkba: a mesékben az ember szárnyra kél, pillantása áthat sziklán, falon, és varázsereje megnyit minden ajtót. A valóság keserű küzdés a létért, a mesében a bűvös ige: »asztalkám terülj«"* (Ferenczi 1982, 146.).

A játék, a mese a „mintha"-módú reprezentáció, a külső valóságról való lekapcsolás segítségével támogatja a félelemkeltő emlékek, traumák, az egyén számára elfogadhatatlan fantáziák biztonságos aktivációját és feldolgozását, mert a játék terében történteknek nincs közvetlen kapcsolatuk a valósággal, tehát tudattalan konfliktusaink megélhetők bennük. Ezek, bár okozhatnak valódi egzisztenciális szorongást, a játéktérben, támogató kapcsolat segítségével, a valóságról leválaszthatók és feldolgozhatók, hogy a hétköznapok közegében ne nehezítsék az alkalmazkodást.

Azok az emberek, akik számára a kreatív, szenzoros integrációs terápiás foglalkozásokat tartottuk olyanok, akiknek sérültségük miatt kevéssé adatott meg, hogy játsszanak akkor, amikor a *„játéknak életformának kellene lennie"* (Varga, Szvatkó 1993, 152.). A szenzoros integrációs terápia módszerével, a sokféle vesztibuláris inger lehetőségével beindíthatunk belső erőforrásokat, amelyekben *„a mozgás – megismerő tevékenység – fantázia természettől adott egysége"* újra mozgósítható lesz (Varga, Szvatkó 1993, 152.).

GURGULA A CSOPORT

A csoporttagok története

Mária huszonnyolc éves lány, aki veszélyeztetett terhességből 6 és fél hónapra született, 1400 grammal, farfekvéssel. Agyi oxigénhiányt szenvedett, és súlyos sárgaság miatt vércserét is végeztek nála. Nyolc hónapos korában vették észre, hogy nem fejlődik, és fokozatosan súlyos fokú tetraparesis spastica és az értelmi sérültség jelei mutatkoztak meg nála. Eklampsziás görcsei is voltak, ami miatt antikonvulzív kezelést kapott. Az óvodáskor elérésével járt még foglalkoztatásokra édesanyjával, de aztán eltanácsolták, és egészségügyi gyermekotthoni elhelyezést javasoltak. Mária tizennégy éves koráig mégis otthon lakott, és a gyógypedagógiai vizsgálat eredményei alapján foglalkoztatásokra járt, egyéni korrepetálást kapott, ahol bizonyos elemi ismereteket elsajátított. 1997-ben került a csömöri Intézetbe, ahol az idejét ágyban fekve és tolókocsiban ülve

tölti. Nem tud állni és járni, bármilyen helyváltoztatásra csak segítséggel képes. Ülni a tolókocsin kívül csak kapaszkodva és bizonytalanul tud. A foglalkozások kezdetekor a földre kitéve fordulni, gurulni sem tud. Fejét alig emeli. Lábai térdben teljesen zártak, és nem tudja elmozdítani őket egymástól. Beszélni tud, de nem mindig koherensen, és sokat ismétel. Eseményekre és nevekre nagyon jól emlékszik.

Dániel huszonegy éves fiú, aki szüleinek első gyermeke, és születése közben a nyakára tekeredett köldökzsinór okozta oxigénhiány miatt szenvedett diffúz agyi károsodást. Két hónapos volt, amikor elkezdtek járni a Katona-féle neurohabilitációs kezelésre, de akkor epilepsziás kisrohamok kezdődtek nála, és néhány hónapra abba kellett hagynia a kezelést. Járt hidroterápiára, logopédushoz, a Pető Intézetbe, de mindenhol lemondtak arról, hogy fejlődni tud még. Az apja szerint testbeszéddel nagyon jól lehet vele kommunikálni. A kocsijába erősen beszíjazva tudott csak ülni, izmai spasztikusak voltak. Amikor először láttuk, kényszermozgásai voltak, ezek miatt görcsösen dobálta magát, a lábaival rúgott, a kezeit a háta mögött tartotta. Ennek ellenére sokat mosolyogott, nevetett. Úgy tűnt, hogy megértette a helyzeteket, és szívesen nézett a másik ember szemébe. Nem tudott beszélni, de szívesen adott ki hangokat, így lehetett vele kommunikálni. Kilencéves koráig lakott otthon, a húgával egy szobában. Nehezen szakadtak el egymástól, amikor Dániel végül intézetbe került. A csoportfoglalkozások megkezdése előtt nem sokkal érkezett Csömörre, ahol az egyik családcsoportos házban lakott.

Fruzsina huszonkét éves lány, aki a 31. terhességi hétre született, mert édesanyja rubeolás lett a terhesség alatt. Little-kór és mikrokefália diagnózist kapott. Kétévesen ült fel és háromévesen állt, de csak segítséggel. Négyéves korában 5-6 szót mondott. Óvodában 5-10 percig tartó eszméletvesztéssel járó rohamai voltak, amelyek törzs, illetve végtagmerevedéssel is jártak. Antikonvulzív terápiát is kapott. Ötéves korában kezdődött az az ortopédiai műtétsorozat, amely a terápiánkig végigkísérte életét. Amit akar, el tud mondani ragozatlan szavakkal. Lábfeje befelé hajlik. Térde és csípője járás közben szintén hajlított. Fekve azonban teljesen ki tud nyúlni.

Tamás huszonhárom éves fiú, akinél az édesanyja a születése után nem sokkal észrevette, hogy valami nincs rendben vele. Pontosan nem lehet tudni, hogy mi okozta a fejlődési rendellenességet. Az édesanya szerint talán magzati oxigénhiány lehetett. Tamás nehezen tanult meg járni, akkor is csak lábujjhegyen. Beszélni egyáltalán nem tud. Hároméves koráig félóránként felébredt minden éjszaka. Gyógypedagógiai bölcsődében sem fogadták. Hat és fél éves koráig otthon lakott, azután került intézetbe, ahol képezhetetlennek tartották. Vérmérgezés és az intézeti gondozók által észre nem vett combnyaktörés miatt kétszer majdnem meghalt. Csömörön családottonban lakik, ahol jól érzi magát, kisebb házimunkákban segít. Perszeveratív, főleg himbálódzó mozgásai vannak, amelyeken keresztül kapcsolatot lehet vele teremteni. Örömét hangokkal és mosolygással fejezi ki.

Szemelvények a csoport működéséből

A foglalkozásokon gyakran masszíroztuk Máriát, miközben lágy, hullámzó zene szólt, amelyet „vízi zenének" neveztünk el. Egy alkalommal Mária kérte, hogy legyen megint „vízi zene". Ilyenkor a masszírozás mellett egy képzeletbeli világot meséltünk

el, ahol vízinövények vagyunk, nincs más dolgunk, csak hagyni, hogy mozgasson a víz. Volt, hogy a vízinövény-játék után képzeletben kis halakká változtunk. Ilyenkor bemerevedett gerince – ha csak képzeletben is eleinte – lazulni tudott.

Mária a labdára szeretett volna menni. A földön térdelve hasalt a nagy terápiás labdán, amely 95 cm magas volt, és csak annyi levegő volt benne, hogy elég puha legyen ahhoz, hogy bele lehessen süppedni. Megfájdult a nyaka, és inkább legurult a segítségünkkel. „Gondolkodom, mit csináljunk" – mondta újból és újból.

Mária hason feküdt miközben egyikünk mozgatta a bokáját. Teljesen feszes Achilles-ína kilazult. Később ketten rázogattuk-rezegtettük tovább a lábánál és a felső testénél fogva. Mindig elmondtuk neki, hogy szóljon, ha bármi kellemetlen, de ezt legtöbbször érezni is lehetett. Ezután láthatólag nagyon vidáman mozgolódott a labdán, teljesen felnyomta magát.

Egyikünk szembeült Máriával, és ő felemelte a fejét, hogy szembenézhessünk. Mackóval kezdtünk játszani, akinek a neve Brúnó, és arról beszélgettünk, hogy kinek hány háziállata van otthon. Mária ezután egyedül játszott Brúnóval. Csendes volt. Nem ismételgetett kérdéseket. A labdán ringattuk. „Mozgat a víz" – mondta. Egyre többször fordult elő, hogy a labdán előrekerült, és letámaszkodott a kezeivel.

Felsegítettük a labdára, ahol ellazult. Vízinövényekké váltunk. Legurult egyikünk ölébe. Tartottuk. Így nézegette a világot. Békés volt. „Holnap én tiszta ruhában fogok jönni" – mondta. Zavarta, hogy nem tették tisztába. Lekerült a labdáról, és panaszkodott, hogy fáj a „gerince vége". Beszélgettünk arról, hogy ki mit csinált a hétvégén. Kölcsönös kommunikáció volt közöttünk.

Máskor, a labdáról legurult úgy, hogy egyikünk tartotta. Odafeküdtünk mellé a földre. Néhányszor hasra, majd visszafordult.

Egyikünk Mária kezét fogta, miközben ő a labdán hasalt. Lábával lökte magát, és a szemkontaktust tartotta. Ásítás hangját hallotta. Megkérdezte az illetőt, aki ásított, hogy álmos-e.

Mária hamar labdára került, ketten tartottuk. Laza volt a csuklója, és teljesen letámaszkodott a földre, amikor leért a keze. „Nem jó!" – mondta. „Mi nem jó?" – kérdeztük, hátha kényelmetlenül érzi magát. „Nem jó mindig a tolókocsiban ülni" – mondta.

Mária a labdán homorított, kiemelte a felsőtestét. „Milyen magas vagyok!" – mondta.

„Evezős zenét" kért. Egyszer már volt ez a téma, és ő nagyon kapható arra, hogy egy-egy zenét – vízi zene, evezős zene, barlangzene – megjegyezzen, és újra kérjen egy másik alkalommal. Bele tudta élni magát a közegbe. Az evezős zene megszólalt, és Brúnó maci is evezni kezdett. Ő mutatta be a mozgást. Máskor a maci mindenkit megsimogatott, Máriát is, akinek a feje a body roll hengeren volt, és a lába a labdán. Kinyúlt a teste, a csípője is jól kilazul. Nyitottan nézett. Beszélgettünk.

Mária mozgása és kommunikációja a következőképpen változott meg a folyamat során: a teljesen magatehetetlen hátonfekvést a mozgástér kitágulása, a mozgáslehetőségek bővülése, a változatos szenzoros ingerlés és a kapcsolódási lehetőségek segítségével fokozatosan felváltotta a támaszkodás. Ez hozta magával a felemelkedést, a gurulással való helyváltoztatást, és a szemkontaktus felvétele által kitágult kommunikációs lehetőségeket. Ez hozta magával a „magasnak lenni" szubjektív élményét.

Átmeneti tárgyat használva kapcsolódott hozzánk. A mackó segítségével simogatott meg bennünket és ezen keresztül magát is. Sztereotip, perszeveratív kommunikációja koherensebbé és kölcsönösebbé vált.

Dániel először volt nálunk. Egyikünkkel úgy beszélgetett, hogy az „igen" és az „én is" kifejezésekhez hasonló hangokat mondogattunk egymásnak. Nagyon soványnak tűnt, és görcsösen dobálta a végtagjait. Nehéz volt vele összehangolódni a fájdalom miatt, amely a segítőben előtört látványára. A foglalkozás végére azért lecsendesedett. Cuppantó hangot adott ki.

Máskor a labdára került, ahol nyugodt volt, kinyúlt, és nem voltak nagymozgásai. Cuppantott arra a kérdésre, hogy jól érzi e magát. Kifelé kandikált. Egyikünk ringatta őt, majd lefektette a földre. Újra rugdosó nagymozgások jelentkeztek. Tibor, aki a labdán is ringatta őt, lefeküdt mellé, és megpróbált vele lenni ebben az állapotában.

Máskor volt, hogy nagyon szenvedett. Sírt és görcsbe rándult az egész teste. Bella volt vele. Neki is kicsordult a könnye. Aztán elkezdődött valami. Bella is úgy mozdult, ahogy ő. Végül Dániel rámosolygott, és Bella visszamosolygott. Így játszottak.

Tibor, Fruzsina és Dániel egy kupacban halacskását játszottak, és ritmust doboltak, egy vidám és eleven világot teremtve gurultak és nevettek. Szomjasnak tűnt Dániel. A kérdésre, hogy szomjas-e, „igen"-szerű nyögéssel és felfelé nézéssel válaszolt. Megitattuk.

Máskor olyat játszottunk, hogy egymás mellett feküdtünk, és egyikünk hangot adott, amelyre a másik válaszolt. Dániel, aki eddig a kezeit alig vette elő a háta mögül, most kitárta a karjait és kacagott. Bohóckodott, halandzsázott. „Na ne na ne hehhehahah" – mondta különböző hangerősséggel. Amikor hazafele toltuk, esett a hó, és tartotta az arcát, hogy essenek rá a hópelyhek.

Máskor ölben kellett hazavinni, mert megfeszítette magát, és nem lehetett visszatenni a kocsiba. Közben kacagott, és „igen, igen", mondta. Ez egy „igen"-hez hasonló nyögésszerű hang volt. Nagy erő van a kezeiben. Minden érzés szétárad benne, és az egész testével reagál.

Máskor Tibor cirógatta Dániel arcát egy fonallal. Tibor ásított, Dániel is nagyra tátotta a száját. Tibor egy mesét mondott a csoportnak. Dániel nyugodtan hallgatta.

Dánielre kacsintottam, aki visszapislogott. Eddig nem vettük észre, hogy ő ezzel ilyen jól tud játszani. A kisebb terápiás labdára fektettük háttal. A talpa leért a földre, és így együtt tudtunk dobogni a lábunkkal. Megfogtam Dániel kezét, és olyan erővel toltam el, amekkorával Dániel visszatolta. Ez egy nagyon élvezetes játékká fejlődött. Tologattuk egymás kezét.

Dániel a labdán szeretett lenni. Letette a kezét, feltámaszkodott a labdán, szembenézett, majd teljesen ellazult és újra emelkedett. Olyan hangot adott ki, amely szerint nagyon élvezte a helyzetet.

Dániel arckifejezéseivel és különböző hangokkal nagyon jól ki tudta fejezni, hogy egy helyzet kellemes a számára, vagy nem az. Dobálódzó kényszermozgásai a foglalkozások végére szinte mindig lecsendesedtek, és nagyon élvezte, hogy tere van annak, hogy kinyújtóztassa magát. Gyakran élt azzal a lehetőséggel, hogy egy tárgy vagy ember segítségével néhány métert megtegyen úgy, hogy a talpával tolja el magát. Dánielt úgy kísértük a foglalkozások során, hogy a térben konkrétan egy szintre he-

lyezkedtünk vele, és így megnőtt a mimikával, testbeszéddel és hangokkal való kommunikáció lehetősége. Dániel többször is megtapasztalhatta azt, hogy a saját erejéből emelkedett fel a labdán, és láthatóan élvezte, hogy a térnek egy más síkjából is megtapasztalhatta a világot. Sikeresen használta a maga erejét ahhoz, hogy tárgyakat és embereket érintsen meg, és ez is növelte a kölcsönös kommunikáció esélyét.

Fruzsina kicsit kedvetlen volt, valószínűleg azért, mert meghűlt, betegnek érezte magát. Megmasszíroztam és simogattam, amitől kicsit jobb kedvű és nyitottabb lett. A falon meglátta a saját árnyékát. „Feláll a hajam, úristen" – mondta.

Fruzsina álmát Tibornak mondta el. Szavakat nem kötött össze, de érthető volt, mert mutogatott is hozzá. Az álomban szellemek jöttek farmerban és pólóban, és álarc volt rajtuk, és ő elbújt a takaró alá, mert félt. Miután befejezte a mesélést, Tibor és Fruzsina együtt mozogtak. Hintáztak, mint két bölcső, aztán térdből előre vetődtek. Ritmust dobolt a földön, és szívesen énekelgetett dallamot. Felfedezte a billenődeszkát, és bár félt a hátrabillenéstől, egyedül vette birtokba a deszkát.

Máskor a labdára feküdt, és egyikünk simogatta a hátát. Nagyon ellazult, csendesen mosolygott magában. Később, amikor már a földön ült, akkor azt mondta nekem, „idejön", és a háta mögé mutatott. Szeretett nekidőlni egy másik embernek.

Ismét máskor bújócskát játszott úgy, hogy magára húzta a kapucniját, és mögötte bújt el. Ebbe a játékba Tibort is bevonta. Később utánzóst játszottak együtt úgy, hogy Fruzsina volt a minta. Tibor azt csinálta, amit ő mutatott. Legurultak a matracról és visszamásztak. Máskor Tibort hívta úgy, hogy maga mellett kétszer ráütött a földre. Aztán Tibor hívta őt ugyanezen módon. Egy nagy sárga labdával játszottak. Doboltak rajta, tologatták egymás felé.

Gyuri, aki az intézet dolgozója és gyógymasszőre, szerzett egy ejtőernyőt, amely akkora volt, hogy sátorként tudtuk kifeszíteni az egész szobában. Tibor eljátszotta az ejtőernyős ugrást, amelyet Fruzsina később többször megismételt.

Fruzsina eleinte egyáltalán nem szólt, maga mellett ütögette a földet, ha azt szerette volna, hogy valaki odamenjen hozzá. Később már őt is lehetett hívni. Szívesen és ügyesen használta az egész teret. A labdán és a földön is kinyúlt. Szívesen gurult és hintázott. Egyre kevésbé félt a hátrabillenéstől. Gyakran táncos mozdulatai voltak, és észrevettük, hogy nagyon jó a ritmusérzéke. Ritmusjátékokba és kontakt improvizációba könnyen bevonható volt, és gyakran maga kezdeményezte ezeket. Csak akkor beszélt, ha más lehetősége nem volt, hogy átvigye az akaratát, ezért számára nagyon fontos volt, hogy a legkülönbözőbb módokon kifejezhesse magát, amelyre a foglalkozásokon számos lehetősége adódott.

Tamás, kiment a szobából, és behozott egy műanyag palackot, majd azzal játszott. Lengette és szagolgatta. Jellemző volt, hogy megszagolt mindent és mindenkit, valamint az orrához emelte a dolgokat, illetve annak a kezét, aki melléült.

Máskor megfogta a macit és nagy lendülettel a sarokba dobta. Eddig is voltak lendítő mozdulatai, de ekkor funkciója volt.

Tibor megpróbált Tamással összehangolódni úgy, hogy együtt mozgott vele. Ha Tamás az orrához emelte Tibor kezét, akkor Tibor is az orrához emelte Tamás ke-

zét. Visszamosolygott ránk. Sokat rikoltott, tapsolt. Örömteli hangokat adott ki. Volt, hogy egyszerre mozogtak Tiborral, de más és más módon. Tibor elbóbiskolt, és Tamás fogta a kezét.

Minden foglalkozás végén egy búcsúzenét hallgattunk együtt miközben körbeültünk, és megfogtuk egymás kezét. Tamás ráismert a búcsúrítusra, és beült közénk.

Egyszer Tamás a palackkal játszott. Úgy tett, mintha kiöntene belőle valamit. Aztán a palack száját az orrához tette, majd az én orromhoz, hogy szagoljam meg én is. Ezekben a palackokban akkor különböző anyagok voltak, amelyek miatt zörgetni is lehetett őket, és különböző hangokat adtak ki.

Máskor kislabdával és lufival is játszottunk. Egyszer véletlenül valaki eltalálta Tamást egy kislabdával. Egy időre megmerevedett, és eltakarta az arcát. Aztán oldódott, és folytatta sztereotip himbálódzó mozdulatait.

Tamás, annak ellenére, hogy nem volt elsődleges célunk őt mindenáron kimozdítani sajátos világából, egyre inkább bekapcsolódott a csoportba mint szociális közegbe. Miután többször megélte, hogy értékítélet, véleményalkotás nélkül átvettük kifejezésmódjait, és kapcsolódtunk hozzájuk, előfordult, hogy ő maga is kezdeményezett, és eszközeit arra használta, hogy kommunikáljon velünk. A teljes autisztikus állapotból kilépve bekapcsolódott például a csoportfoglalkozást lezáró rítusba, a búcsúkörbe is. Előfordult, hogy Tamás sajátos mozgását egyikünk kezdeményezte, és ő maga volt az, aki kapcsolódott hozzá úgy, hogy azt a bizonyos mozgást kezdte el ő is. Ilyen például a fejbólintás, vagy egy mély levegővétel. Ilyen módon kezdhettünk kölcsönösségen alapuló játékokba.

A stabilitást biztosító visszatérő rítusok – a történések elemzése

„Legyünk vízinövények, csak mozgat a víz, csak mozgat a víz." A foglalkozásokra jellemző volt egy közös mesevilágban való létezés. A víz mint szimbólum végigkísérte az alkalmakat. Legtöbbször egy vízi világot teremtettünk magunknak, amelyben különböző vízinövények és állatok éltek. Hagytuk, hogy történjenek az események, vigyen az áramlat. A létezés kezdeteihez mentünk vissza. Minden jó, ahogy van, minden változás önmagában öröm. Ez a vízi játék lett az, amelyet a csoport megtapasztalt, és aztán újra kért. Az impulzusukat követve vált visszatérő rítussá.

A magyar származású Katalin Zanin professzor – aki Ausztriában vezet egy intézményt (Ich bin O.K.), ahol mozgássérülteknek tart színházi és mozgásos foglalkozásokat – úgy gondolja, hogy nem sérült személyeknél nagyon sokféle lehetőség van a mozgásra, így azért szűkítjük be ezeket formagyakorlatokkal, hogy bizonyos mozgáselemekre külön koncentrált figyelmet fordíthassunk, megfigyelhessük ezek hatását testünkre, lelkünkre. Mozgássérülteknél azonban kevesebb mozgáslehetőség adott, ezért arra kell koncentrálni, ami eleve megvan, ahhoz kell tudni kapcsolódni, annak kell tudni nagyon örülni (Katalin Zanin, személyes közlés, 1999).

Kérdés, hogy a „vízi világban" kibontakozó mozzanatot hogyan lehet lehet továbbvinni a hétköznapi életbe. Nem érdemes célhódítónak lenni, mert a változások lassan történnek a mesevilág által teremtett folyamatban. A változások azonban objektívek, és egyáltalán nem lebecsülendők. Egy ilyen változás például, ha az egyik résztvevő,

Mária megtanulja a kezét a saját maga megtámasztására használni, vagy felemeli a fejét, mert körül akar nézni a „vízi világban", ahol rajta kívül még más „vízinövények" is vannak. A felegyenesedési és statokinetikus reakciók, ahogy ezekről már korábban írtam, elősegítik, hogy az ember a tér horizontális és vertikális síkjait – és bennük önmagát – egyaránt megtapasztalhassa. Tapasztalataink szerint mozgássérülteknél a hétköznapinál tágabb mozgáslehetőségek során a játékos atmoszférában e reakciók felbukkanhatnak, és a mozdulatokat aktív módon fedezhetik fel. Kivárjuk, amíg ez megtörténik, nem siettetünk és nem erőltetünk semmit. A felfedezett mozgáslehetőségeknek nagyon örülnek. „Nézd milyen magas vagyok!" – mondta például Mária.

A résztvevők között volt olyan, aki sohasem fog tudni állni és járni. A vízszintes síkban létezésen kívül azonban megtapasztalhatnak függőleges síkú mozgást is, amikor felemelik a fejüket és a mellkasukat. Egy kapcsolat elégséges motiváció lehet a számukra ehhez. A környezetükben élő emberek a terápia után alapvető javulást észleltek a velük való kölcsönös kapcsolatteremtésben.

GURGULA B *CSOPORT*

A csoporttagok története és szemelvények a csoport működéséből

Ebbe a csoportba, ahogy fentebb már írtam, a mozgékonyabb és/vagy jobb értelmi képességekkel rendelkező embereket hívtuk, akiknél több esetben jellemzően pszichiátriai tünetek is jelen voltak. Itt is ahhoz próbáltunk meg kapcsolódni, amit ők maguk hoztak, és ebből teremtődött meg az a bizalomteli légkör, amelyben kreatív öngyógyító folyamataik megmutatkoztak. Itt már inkább előtérbe kerülhetett a csoportdinamika is. A következő leírások megmutatják, hogy a szenzoros integrációs terápia és az egyéb testorientált kreatív mozgásterápiák egészen szélsőségesen rossz lelki állapotú felnőtteknél is használhatók. Az anamnéziseket most kevésbé részletezem, mint az *A* csoportnál, de mindig utalok majd az illető személy problémájára röviden.

József harmincnégy éves, ötéves korától intézetben nevelkedett, mert édesanyja értelmi sérült, apja pedig alkoholista. Ő maga is cselekvőképességét korlátozó gondnokság alatt él. Középsúlyos értelmi sérült. „Mackós" alkatú, lassú és kissé esetlen a mozgása.

A foglalkozás kerete egy alkalommal az volt, hogy együtt találtunk ki mesét, és el is játszottuk. József kezdőmondata a következő volt: „Egyszer volt, hol nem volt, volt egyszer egy nagy testvéri kör, ahol minden bánatot meg lehetett beszélni." Az egyik body roll hengert betettük a szoba közepére, hogy azt táncoljuk körbe, mert a mesében egy törzzsé alakultunk. József egyszer csak beleállt a a nagy hengerbe, mintegy saját mozgását korlátozva, hisz így nem tudta mozgatni a lábait. „Most József középen áll, és mi adhatunk neki valamit a mozdulatainkkal" – mondta egyikünk. Elindultunk felé, és kar, illetve kézmozdulatainkkal fejeztük ki magunkat, hogy most kedvességet szeretnénk neki adni. József hosszan és sugárzó arccal állt a kör közepén. A foglalkozás vége felé József elhatározta, hogy megpróbál ráfeküdni a nagy sárga labdára. Én tartottam őt. A labda is tartotta. Kétszeresen is tartva érezhette magát. Megengedhet-

te magának ezt. Amikor lejött a labdáról, gyertyát gyújtott, és imát mondott a „halott gyermekekért" és a „Gurgula csoportért". Két perc néma csendet kért, és két kezét felemelve áldást osztott.

Egy másik alkalommal megint mesét találtunk ki, a csoport ötleteit felhasználva. Többen azt mondták, hogy nem tudják, miről szóljon a mese. Az egyikünk erre azt javasolja, hogy ma menjünk el „Nemtudomországba". Ettől mindenkinek több spontán ötlete is támadt. József azt játszotta, hogy ő a „Gyümölcsök Isteni Királya Nemtudomországban". Megérkeztünk hozzá a szigetre, amely egy matrac volt, ahol József ült. „Nemtudomország a paradicsom" – mondta. „Ott a tudás fája, és nem szabad enni a gyümölcséből" – tette hozzá.

Máskor úgy döntött, hogy nem jön el a csoportra. Azt üzente, hogy egy kis szabadságra vágyik. Egyszer azt játszottuk, hogy elmegyünk a tengerpartra. József úgy döntött, hogy a parton marad, és nem ugrik be a vízbe. A part a játékban egy masszázságy, a tenger pedig kék padlószőnyeg volt. József szigorúan nézett fentről, majd perlekedni kezdett Tiborral, aki lent a tengerben „úszkált". Azt mondta rá, hogy „stenoféniás", aki átmegy az üvegen, és el kell venni a tb-kártyáját, meg a személyijét is, mert kleptomániás is. „Ki kell hívni hozzá a mentőket" – mondta. A magas ágyon ülve, felülről, egy másik csoporttaggal, Péterrel együtt mindenféle vádakat zúdítottak Tiborra, aki lent volt a „vízben". Ez a helyzet még a foglalkozás során oldódott, a humor és a játék keretein belülre kerülve.

József sokat „cikizte" a többieket gyengéik miatt. Gyakran viccelődött azzal, hogy részegesnek nevezi a többieket. Korai kapcsolatainak töredezettsége gyógyult azáltal, hogy sokat játszottunk a közeledéssel és a távolodással. Ő dönthette el, hogy mikor közeledik. Többször előfordult, hogy a foglalkozás első tíz percét az előtérben töltötte, és végül a saját döntése alapján jött be. Amikor megérkezett, mindig örömmel fogadtuk. Máskor bánatos kisgyerek módjára ült a falnak támaszkodva. Örült, ha valaki odament hozzá, hozzászólt, megérintette. Szabadságában állt elmenni és visszajönni. Így megteremtődött a bizalom légköre, amelyben megengedhette magának, hogy átélje a kettős tartva levés élményét a nagy labdán. Átélhette, hogy a csoport tartja, de ezen belül egyedül is lehet lenni, mert az nem magányosságot jelent.

Péter huszonhárom éves. Nem diagnosztizált ikerterhességből született. Csak a születéskor derült ki, hogy ketten vannak. Farfekvéses volt, koponyája megnyomódott, és agyvérzést kapott születése közben. Testvére teljesen egészséges. A szülők elmondása szerint a Katona-féle neurohabilitációs kezelést napi 8–12 órában alkalmazták nála. Így ma bot nélkül, kissé előredőlve jár, és bár artikulálatlanul, de jó kommunikációs készséggel beszél. Epilepsziájára is gyógyszert szed. A gyógyszerbeállítás nehézsége miatt hároméves korától ötéves koráig intézetben volt. Itt sikerült beállítani a gyógyszerét. Hétvégenként akkor is hazajárt. Ennek ellenére két évvel a terápia előtt megint volt egy epilepsziás nagyrohama. Cerebrális mozgászavara van. A jobb karja szinte teljesen mozgásképtelen és görcsös. Ezen a kezén az ujjak egymásra hajlanak. A másikkal viszont nagy erőkifejtésre képes. Nagyon fél az egyensúlyvesztéstől. Jellemző rá, hogy ha megijed, akkor szinte szoborrá merevedik, ami hamar nevetéssel oldódik. Nagyon jól utánoz, és szereti a szerepjátékokat.

Péter nem akart lefeküdni a masszírozáshoz. Bella javasolta, hogy támassza a hátát a falnak. Ezt szívesen megtette, és így meg lehetett masszírozni a talpát, a karját és a kezét.

Máskor elmesélte, hogy őt eldobták. „Minket elrontottak" – mondta többször is. – „Nézd meg a többieket." Mesélte, hogy egyszer látta magát filmen, és nagyon rossz volt látni. „Ezt nem lehet megbocsátani" – mondta.

Máskor egy olyan játékot játszottunk a csoport ötletei alapján, amelyben egy szigetre utazunk. Péter lett a király. Ő vezette az utazást. Berregett, zümmögött. Mi vele kezdtünk zümmögni, de leállított minket. Aznap csak ő vezetett.

Egy alkalommal egy közös játékot találtunk ki, amelyben Péter volt a tudós doktor, aki beszélt nyelveket. Gyuri halandzsa nyelven kezdett kommunikálni, és Péter fordított. Elmentünk Amerikába, ahol Péter és Tibor két indián volt. A két indián megkérdezte a többieket, hogy kik ők. Mindenki kitalált magának egy nevet. Péter fordított.

Máskor Péter az asztalon ült, és bekapcsolódott a játékokba úgy, hogy ritmust ütött a combján. Később azt játszotta, hogy fényképezi a dolgokat. Azután kivételesen ő is lefeküdt a földre, ahol Barbara – az egyik kerekes székes tagunk – is feküdt éppen, és hagyta, hogy az ő kezét is masszírozzuk, ahogy Barbaráét. Egy ejtőernyő volt kifeszítve a szobában sátorként, amelynek segítségével megtapasztaltuk, hogy milyen egy közös burokba beburkolva lenni, és néha azt is, hogy milyen érzés kívül maradni belőle; felülről néhány labdát tettem az ejtőernyőbe, és Péter azokat rugdosta, ütögette.

Péter egyszer ráült a labdára úgy, hogy Tibor hátulról megtartotta. Azt játszották, hogy vízibicikliznek. Az én két karom volt a pedál. Péter teljesen belefeledkezett a játékba, azt sem bánta, ha viharba keverednünk. Nagy erővel ugrált és pedálozott, és Tibor megtartotta.

A traumatikus élmények oldása folyamán ahelyett, hogy harmonikus mozgást vártunk volna el, hagytuk, hogy ezek az élmények mimikában, gesztusokban hitelesen kifejeződhessenek. Engedtük Péternek, hogy maga találhassa meg a traumatikus élményekkel való megküzdési módokat. Eleinte olyan dolgokat szeretett csak csinálni, amelyekben ő a szervező, és ő határozza meg a dolgok menetét teljes kontrollt gyakorolva felettük. A legnagyobb félelme az elesés, a kontrollvesztés volt. A fekvést veszélyesnek tartotta, és csak a falnak vagy a széknek támaszkodva szeretett lenni. Ez nem múlt el teljesen, de fordulatot jelentett az, amikor Tibor segítségével ráült a labdára. Súlyát átadta egy mozgó tárgynak, és rábízta magát egy másik emberre, aki megtartotta őt. A veszély dramatikus eljátszása és oldása jelent meg játékában.

Júlia huszonkét éves és Down-szindrómás. Nagyon kreatív, és szívesen játszik szerepeket. Sokszor képzeletbeli társakkal játszik. Beszédmodora sajátos, kissé affektáló. Kifejezetten szépen táncol és mozog. Rendkívül hajlékony. Júlia úgy játszott szerepjátékokat, hogy elfordult mindenkitől. „Nem játszom, mert nem vagyok már gyerek, és ők idegenek nekem" – mondta. Azután énekelt, táncolt. Fülhallgatóval zenét hallgatott, miközben egy mikrofonba énekelt.

Júlia autisztikus vonásokat mutató teátralitását elfogadtuk. A felkínált játéklehetőségekkel a maga módján minden alkalommal élni tudott úgy, hogy beépítette azokat sajátos játékaiba. Júlia nem maradt velünk a foglalkozások lezárásáig, mert

azokkal egyidőben igazi színházi próbákra kezdett járni, de azért néha meglátogatott bennünket.

László huszonöt éves és Little-kóros. Hat és fél hónapra született és három hónapig volt inkubátorban. A szülők akkor vették észre, hogy valami nincs rendben, amikor nem állt fel időben. Hatéves korában volt az első epilepsziás rohama, azóta gyógyszert szed ennek megelőzésére. Tizenöt éves korában jelentkeztek az első pszichiátriai zavarok vizuális és akusztikus hallucinációk formájában, amelyek miatt többször kezelték pszichiátriai osztályon. Járása kissé nehézkes. Jól fejezi ki magát, de beszéde nem teljesen artikulált. Szívesen és szépen énekel.

Gyakran a vesztibuláris öningerlés egy formáját figyeltük meg nála. Ilyenkor a hátán feküdt és hintáztatta a fejét úgy, hogy közben az egyik keze a feje alatt volt, a másik karjával pedig lendítette magát. Elmesélte nekünk, hogy gyerekkorában nagyon szerette hintáztatni magát, mert az mindig megnyugtatta őt. De ahogy idősebb lett, a szülei azt mondták neki, hogy ez nem illik egy felnőtt emberhez. A foglalkozásokon szabadságában állt, hogy ezen a módon nyugtassa meg magát. Hintázás közben eleinte félelmetes szörnyeket látott és hallott, amelyektől úgy megijedt, hogy felsikoltott. Maga mondta, hogy ez a sikoly számára ajándék, mert megkönnyebbül tőle.

Elfogadtuk László tüneteit, és ezekhez kapcsolódtunk mi is. A végtelenségig ismételgethette a sztereotípiáit. A sikolyt például mint természetes emberi érzelemkifejezési módot fogadtuk el. A sikolyok lassan elmaradtak. A fejhintáztatás megmaradt, de mellette új, változatosabb mozgásformák tűntek fel. Ilyenek például a kezek és karok kifejező mozgása és a többféle módon való ugrálás örömének megtapasztalása. A labdát mint tárgyat, a hintázás sztereotip mozgása közben használta. Az eredeti kizárólagos öningerlésből egy játékos ide-oda adogatás lett. László néha nem jött el, mert nem bírta a túl sok ingert, de egyre toleránsabb lett azzal kapcsolatban, amit a többiek éppen csináltak. Ez lehetett tánc, érintés vagy akár ölelés is, amelyek iránt kezdetben gyanakvással és elutasítással viseltetett.

A Gurgula B *csoport eseményeinek elemzése*

„Minket elrontottak." A *B* csoportban a résztvevők megélték létezésük tragédiáját, és ezt kifejezésre is juttatták. Átélték, hogy kevésen múlt, hogy másképp legyen. Ebben a csoportban kialakult egy kezdő rítus, amikor mindenki elmondta vagy megmutatta egy mozdulattal és/vagy hanggal, hogy éppen hogyan érzi magát. Ezután becsuktuk a szemünket, és megfigyeltük, hogy milyen vágyak, gondolatok jönnek elő azzal kapcsolatban, hogy ki mit szeretne megvalósítani az adott alkalommal. Ez lehetett egy játék, egy történet kitalálása és eljátszása, lehetett éneklés, rajzolás vagy tánc. Az is lehetett, hogy valaki éppen csak nyugalomra és békére vágyott. Megbeszéltük, hogy a vágyak közül mit lehet megvalósítani, illetve milyen módon tehetjük ezt. Megbeszéltük, hogy kinek az elképzelésével kezdjük a foglalkozást. Ezután az események általában úgy követték egymást, hogy szinte átfolytak egymásba. Bátorítottuk azt, hogy ha bárkinek ötlete van, azt vigye bele az éppen folyó aktivitásba. Egyfajta játékos áramlás valósult meg.

A résztvevők számára a csoportvezetők projekcióra alkalmas felületként voltak jelen. Négyen kísértük a csoportot, két férfi és két nő, akik közül ketten koruknál fogva szülőfigurákat testesítettek meg, ketten pedig kortársakat. Így mindenféle indulatátvételre lehetőség volt. Újraélhették önmagukat. Gyakran rivalizáltak egymással és velünk. A saját identitás meghatározásának igénye erősen jelen volt.

Ha komolyan vesszük, hogy ez alatt az idő alatt azonos szinten létezünk együtt, akkor ennek lehetnek következményei. Előfordult részükről bizalmaskodás, vagy „tiszteletlen hang" megütése velünk szemben. Elfogadtuk, hogy a csoporttagoknak és nekünk is lehetnek teljesíthetetlen vágyaink. A mi részünkről egy ilyen vágy volt az, hogy szerettünk volna velük egy spontán történésekből álló mesejátékot színpadon előadni. Azonban ez ellenállásba ütközött, ezért letettünk róla, mert ha nem így tettünk volna, ellentmondásba kerülünk saját alapértékeinkkel, hogy mindenkor a csoporttagok kezdeményezéseiből indulunk ki. Sokkal fontosabb volt számunkra a kongruens jelenlét, mint az előre meghatározott tervek teljesítése. A bizonyos fokú „bizalmaskodás" elfogadása pedig olyan oldott légkört eredményezett, amelyben mindannyiunknak megnőtt a kompromisszumkészsége, így fokozódott a vágyak kölcsönös tiszteletben tartásának lehetősége.

A teljesíthetetlen vágyak gyakran kedveznek a kreativitásnak. Júlia, amikor érzékelte, hogy semmiképp nem mehet feleségül Gyurihoz, olyan meséket talált ki, és olyan játékokat játszott, amelyek elvezették őt a megoldás útjára. Együtt játszottunk velük, de ugyanakkor nagyon komolyan vettük őket.

Keresték, hogy mi az, amihez a legjobban értenek, és ezt szerették megmutatni. Az egyik résztvevő, Péter, például nagyon jól tudott másokat parodizálni, és ezt gyakran meg is tette. László gyönyörűen énekelt, de ő az, akinek sikolyai és szörnyei voltak, amelyek leküzdéséhez segítséget kért tőlünk. Mindegyiküknek volt preferált és sokat gyakorolt képessége, amelyet adni tudott és adni akart. Ezekből kiindulva új, egyre változatosabb kifejezésmódokat próbáltak ki és tapasztaltak meg.

Gyakran megtörtént, hogy évődtek és veszekedtek egymással. Ezek a feszültségek a humor és a játékosság légkörében olyan szintre kerültek, ahol lehetőség volt a feldolgozásukra. Határokon mozogtunk, mert mint vezetők aktív kísérőként voltunk jelen. Ez tette azt lehetővé, hogy a játék határain belül maradhassunk úgy, hogy közben nagyon komoly dolgok történjenek meg.

Jellemző volt, hogy ha a foglalkozásokon valaki elálmosodott, vagy fáradt volt, akkor megtehette, hogy lefeküdt, vagy elaludt. Ha egyedül akart maradni, akkor azt is figyelembe vettük. Ha ki akart menni, vagy úgy döntött, hogy aznap nem jön el, megtehette. Tiszteletben tartottuk egymás fiziológiai szükségleteit, biológiai ritmusát. Mindez nem laissez faire vezetési stílus, hanem egy szoros egymásra hangolódáson alapuló csoportvezetés volt, ahol – ahogyan gyakran a természetben is megtörténik – a kaotikus alakzatból önmagától generálódott egy új struktúra. Amíg azonban ez megtörtént, gyakran találkoztunk ellenállással, amely minden esetben egy adekvát megküzdési stratégia része volt.

Azoknak a sérült embereknek, akikkel foglalkozunk, a magzati léttől, a születéstől vagy a legkorábbi éveiktől fogva az átlagtól nagymértékben eltérően fejlődött a mozgásuk és ezzel együtt tapasztalataik, élményeik is. Az irányváltás és egy új rend

– tapasztalataink szerint – a strukturálatlanságból alakul ki akkor, ha nem vagyunk célhódítók, megengedjük a kibontakozást, és türelemmel viseltetünk az ellenállásokkal kapcsolatban.

László nem veszíthette el a „szörnyeit" túl korán, mert abban rejlett az ő egyéniségének egy része, és jelenlétüknek funkciója volt személyisége stabilitása szempontjából. Ezért először is feltétel nélkül elfogadtuk őt. Bizonyos ellenállás jogosnak tekinthető egy új struktúra stabilizálódásáig.

Mivel négyen vagyunk kísérők, minden résztvevő teljes figyelmet kaphat egy foglalkozás alatt. Ilyen fokban sérült embereknél feltétlenül ajánlott, hogy ez a lehetőség meglegyen. Ha valaki igényli, akkor nagyobb hangsúllyal nyilvánulhat meg, de megengedett a teljes háttérbe húzódás is. Az, hogy mind a négyünknek különböző az egyénisége, változik a hangulata és állapota, mintát szolgáltat arra is, hogy természetes a dolgok hullámzása, és elfogadható, hogy mindenki a teljesen speciális egyéniségével van jelen. Ez segíti elő az egymáshoz való toleráns viszonyulást is.

Összefoglalás

Az a szemléletmód, miszerint a közös mozgás, az együtt létezés megteremti a lehetőséget arra, hogy fogyatékossággal és anélkül élők úgy tudjanak együtt élni, hogy közben több legyen az, ami összehoz annál, mint ami elválaszt, nemcsak a miénk, hanem világszerte elterjedt viszonyulás. A teljesség igénye nélkül utalok itt a Bóta Ildikó által alapított *Tánceánia Együttes*re,[3] a már említett, Ausztriában működő *Ich bin O.K.*[4] intézetre, amelyet Katalin Zanin vezet, és az amerikai Alito Alessi nevéhez kapcsolódó, 1989 óta működő *DanceAbility*[5] foglalkozásokra, amelyek során fogyatékossággal és anélkül élő személyek együtt fedezik fel a mozgás, a tánc és az önkifejezés adta lehetőségeket.

A mi munkánk abban mégis különleges volt, hogy mindehhez felhasználtuk a szenzoros integrációs terápia eszközeit és szemléletmódját, és mindezek nagymértékben bővítették kapcsolódásaink lehetőségeit egymással és a környezettel.

3 http://artman.hu/
4 http://www.ichbinok.at/
5 http://www.danceability.com/

Irodalom

Ayres, A. J. (1999): *A terápiás beavatkozás általános elvei és módszerei.* In: Szvatkó A. (szerk.); Varga I. (szerk.): *Szenzoros Integrációs Terápiák.* Tanfolyami segédanyag, kézirat, Budapest.

Bagdy E. (1991): *A nonverbális pszichoterápiák.* In: Bíró, S. (szerk.); Juhász, S. (összeáll., szerk): *Nonverbális pszichoterápiák.* Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 3–34.

Bainbridge Cohen, B. (1993): *Sensing, feeling, and action: The experiential anatomy of body-mind centering.* Contact Editions, Northampton.

Bálint M. (1994): *Az őstörés: A regresszió terápiás vonatkozásai.* Akadémiai, Budapest.

Brüggebors, G. (1996): *Einführung in die Holistische Integration (HSI): Teil 2: Von der HSI zur Holistischen Sensorischen Balance.* Borgmann, Dortmund.

Campos J. A. (1999): *A testtudati munka jelentősége a mozgásterápiákban.* In: *Szenzoros integrációs terápiák.* Kézirat belső használatra, Oktatási segédanyag a Fővárosi Pedagógiai Intézet és az ELTE Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék szervezésében meghirdetett tanfolyamon, Budapest, Függelék II., 1–30.

DanceAbility International: http://www.danceability.com/ (Letöltve: 2016. január 07.)

Ferenczi, S. (1982): *A valóságérzék fejlődésfokai és patologikus visszatérésük.* In: Linczényi A. (összeáll., s. a. r.): *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében: Válogatás Ferenczi Sándor tanulmányaiból.* Magvető, Budapest, 124–146.

Fedor-Freybergh, P. G. (ed.); Vogel, V. M. L. (ed.) (1988): *Prenatal and perinatal psychology and medicine: Encounter with the unborn: A comprehensive survey of research and practice.* Parthenon, Carnforth.

Gergely Gy.; Watson, J. S. (1998): *A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje: A csecsemő érzelmi öntudatra ébredése és az önkontroll kialakulása.* Thalassa, 9/1, 56–105.

Gürtler, W. (1999): *Integrált tánc- és kifejezésterápia.* Pszichoterápia, 8/2, 133–135.

Ich bin O.K. Tanz Studio: http://www.ichbinok.at/ (Letöltve: 2016. január 07.)

Juhan, D. (1987): *Job's body: A handbook for bodywork.* Station Hill, Barrytown.

Katona F. (1979): *Az öntudat ébredése.* Gondolat, Budapest.

Katona F. (1990): *Fejlődésneurológia és neurohabilitáció.* Medicina, Budapest.

Kulcsár Zs. (1996): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók: Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai elemzésben.* Akadémiai, Budapest.

Lámpás '92 Közhasznú Alapítvány: http://lampas92.hu (Letöltve: 2016. január 07.)

Lemieux, A. (1988): *The contact duet as a paradigm for client/therapist interaction.* Naropa Institute, Boulder. http://www.contactimprov.net/lemieux.html (Letöltve: 2016. január 17.)

Merényi, M. (1991): *Mozgásművészet pszichoterápia.* In: Bíró, S. (szerk.); Juhász, S. (összeáll., szerk): *Nonverbális pszichoterápiák.* Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 72–92.

Petzold, H. G.; Ramin, G. (1996): *Gyermekek integratív terápiája.* In: Petzold, H. (szerk.); Ramin, G. (szerk.): *Gyermek-pszichoterápia.* Osiris, Budapest, 280–332.

PRIGOGINE, I. (1978): *Time, structure and fluctuation. Science*, 201/4358, 777–785.
SCHILDER, P. (1933): *The vestibular apparatus in neurosis and psychosis.* Journal of Nervous and Mental Disease, 78/1, 1–23.
STERN, D. N. (1985): *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology.* Basic Books, New York.
TÁNCEÁNIA EGYÜTTES (ARTMAN MOZGÁSTERÁPIÁS MŰVÉSZETI KÖZHASZNÚ EGYESÜLET): http://artman.hu/ (Letöltve: 2016. január 07.)
VARGA I.; SZVATKÓ A. (1993): *A játék, a fantázia szerepe a szenzoros integrációs terápiákban.* Óvodai Nevelés, 46/5, 151–153.
WASDELL, D. (1997): *A közös tudattalan gyökerei.* In: Hidas Gy. (szerk.): *A megtermékenyítéstől a társadalomig.* Dinasztia, Budapest, 141–150.
WINNICOTT, D. W. (1999): *Játszás és valóság.* Animula, Budapest.
ZIMMER, E. (1977): *The small dance: An interview with Steve Paxton.* Contact Quarterly, 3/1.

„Apait-anyait beleadtunk"[1] – Közös szülő-gyerek csoport a dinamikus szenzoros integrációs terápia keretei között

Kocsor Judit – Molnár Magda

„Ha fölfeslik is, valahol azért mégiscsak törvények szövedéke a világ, olykor átláthatatlan, vagy a hajnali derengésben pókfonálként felcsillanó összefüggések hálója: a szálak vége az idő más-más zugába kötve."

(Tóth Krisztina: *Miserere*)

Írásunkban egy olyan terápiás próbálkozásunkról számolunk be, amelyben úgy éreztük, hogy apait-anyait bele kellett adnunk az eredmények elérése érdekében. Két éven keresztül dolgoztunk a gyermekekkel és szüleikkel, az első évben bevontuk az édesanyákat és édesapákat is a csoportba, míg a második év második felében a gyermekek önállóan vettek részt a játékos-mozgásos pszichológiai foglalkozásokon. Kettős vezetéssel biztosítottuk a folyamat kísérését, kézben tartását. Mindketten pszichológusként, többek között családterápiás és dinamikus szenzoros integrációs terápiás (DSZIT) végzettséggel, szemlélettel dolgozunk.

A DSZIT-csoportok összeállításánál a közel azonos életkor, a csoportos terápia szükségessége, a hasonló vagy egymást kiegészítő tünetek, problémák, a fejlődési elakadások, az életkori feladatok megoldásához szükséges körülmények biztosítása lehetnek a főbb szervező elvek.

Ebben a csoportban az *anya-gyermek terápiát* igyekeztünk ötvözni a *csoportos DSZIT-terápiával.* Fölmerül a kérdés: milyen különleges haszonnal járhat ez a kezdeményezés?

Az idegrendszer éretlensége az érzékelésre, a gondolkodásra, az érzelmek és a viselkedés szabályozására, a társakkal való együttműködés, összehangolódás képességére is hat, így a *szülő-gyermek kapcsolatot* is befolyásolja, megzavarhatja az egymáshoz való illeszkedés folyamatát.

Ha a gyermek fejlődése elakad vagy sajátosan alakul, fokozott anyai feladatot jelenthet a problémás kisgyermek gondozása, nevelése. Az idegrendszeri mintázódás gyengesége a táplálás, az altatás és a játék során is megmutatkozik. Ha a gyermeknek baja van, a szülők nehezebben juthatnak el gyermekük megismeréséhez, mert a probléma mintha elfedné, eltakarná a finom rezdüléseit. Stern szavaival élve: *probléma esetén „a gyermek az egyéniségét veszíti el a szemükben"* (Stern 2007, 133.).

1 Ez a tanulmány a III. Gyermekpszichoterápiás Konferencián 2010. november 20-án elhangzott előadásunk átdolgozott változata.

A csoport összeállítása

Olyan 5-6 éves kisfiúkkal dolgoztunk, akiket az alábbiak jellemeztek:

- Nehezen tudtak kommunikálni.
- Erősen kötődtek, vagy kötődtek volna édesanyjukhoz.
- Két gyermek nehezen kezelte az indulatait.
- Egy gyermek pervazív fejlődési zavar diagnózisát kapta.
- Alig tudtak hagyományos értelemben vett játékot játszani, hiányzott a „mintha" helyzet átélése.
- A szimbolizáció (beszédben, játékban, rajzban) nehézkesen ment.

Az édesanyák bizonytalanok voltak fiuk képességeiben, aggasztotta őket, egészséges-e, és képes lesz-e alkalmazkodni a társadalom elvárásaihoz. Kétségeiket fokozta, hogy gyermekük velük való kapcsolódása is eltért a szokásostól, mert elképzelésük szerint emiatt nehezebben boldogulhat, mint akár ők maguk hasonló idős korukban.

A gyermekek rövid jellemzése

Laci

„Egyéb pervazív fejlődési zavar" diagnózissal érkezik hozzánk a kisfiú. Emellett hallási problémák, állandó középfülgyulladás miatt a beszédfejlődés, önmaga kifejezése és a környezetre való figyelése és tapasztalása is nehezített volt. Születésétől két és fél éves koráig a szülők munkája miatt külföldön éltek. A szenzoros integrációs terápia diagnosztikus kategorizálása szerint a csökkent érzékenység miatt a szenzoros szabályozás zavara állt elő, amely idegrendszeri éretlenséget, fejlődésbeli elmaradást eredményezett elsősorban a kommunikáció területén.

A szülők nagy figyelemmel, elkötelezettséggel, minden lehetséges módon támogatják Lacit. Különböző foglalkozásokra, fejlesztésre járnak. A család nagy biztonságot nyújt számára, öccsével sokféle játékot játszik, a családon kívüli környezetével csak kevéssé teremt kapcsolatot. Az óvodában sem tud kapcsolatba kerülni kortársaival.

Az anya-gyermek kapcsolatban az anyai funkció még ebben a nehezített helyzetben is zavartalannak látszik, az anya nyitott, érzékeny gyermekére.

Laci és anyja számára a csoporthelyzet esélyt ad arra, hogy megfigyelhessék egymást és magukat a többi szülőhöz és gyermekhez viszonyítva, valamint tevékenységeik egymáshoz kapcsolódásában, amihez a terapeuták, mint a rendszer részei nyújtanak támogatást.

Tóni

Csoportba kerülésekor 5 és fél éves, mozgásfejlődése, és ennek következtében beszéd- és érzelmi fejlődése, szocializációja korától elmarad. Nagyon ragaszkodik anyjához, a változásokat igen nehezen fogadja. A teremben lévő eszközöket félelmei miatt kipróbálni sem akarja, ha lehetősége van rá, akkor inkább egy kis területen apró tárgyakkal játszik, így a többiekhez való kapcsolódása is nehézkes. Az édesanyának három vetélés után, negyvenéves korában született első gyermeke. A várandósság utolsó heteiben derült ki, hogy Tóni végtagjai rövidebbek az átlagosnál, ennek mértékét ekkor még nem lehetett tudni. A szülés rendben zajlott, az addig félelemben élő édesanya és édesapa megnyugodtak, a *végtag*rövidülés minimális, ez a későbbiekben sem változik. A körültekintő szülők fölkeresik az akondropláziások (rövid végtagú törpenövésűek) egyesületét, de Tóni enyhe tünetei miatt laza kapcsolatot tartanak velük.

A mozgástól, idegenektől nagyon szorongó, rosszul beszélő kisfiú számára anyja jelenteti az egyetlen támaszt ahhoz, hogy másokat biztonságosan megközelítsen, illetve távol tartson. Az ő esetében a szenzoros szabályozás zavarai, a túlérzékenység mellett szenzoros alapú mozgásrendellenesség is fennáll.

Tóni édesanyja úgy érzi, minden törekvését egyetlen gyermekén keresztül kell megvalósítania, ami sürgető, szorongató érzéseket kelt benne, ezáltal képtelen gyermekébe kellő bizalmat helyezni.

A csoportos helyzet lehetőséget teremt számukra, hogy a gyermek kapcsolódási kezdeményeit fölhangosítva, a mozgás biztonságosabbá válása mellett az édesanya kompetenciaérzése erősödjön, így gyermeke szemében is erősebbnek tűnjön ez által.

Döme

Döme intellektusa egyenetlenül fejlődik, bizonyos területeken rendkívüli – emlékezet, számolás, számlálás, kategóriaalkotás –, azonban szocializációja, társas kapcsolatai lassan fejlődnek, önszabályozása csekély, gyakran félrekódolja a másikban kiváltódott és megjelenő érzelmet. Hol teljesen egybesimul édesanyjával, hol váratlan kitöréssel, leállíthatatlanul közelít gyerektársaihoz.

Édesanyja igyekszik szabályokat kialakítani: ha Döme nehezen kezelhető, akkor úgy véli, fáradt és pihennie kell, utána nyugodtabb lesz, gondolja. Az édesanya mozdulataiból, szavaiból érzékelhető, hogy indulatokat vetít fiába: saját és gyermeke indulatait nehezen tudja elkülöníteni. Egyetlen megoldása a konfliktusra annak távoltartása, például nem jönnek el a foglalkozásra, ha Döme nyugtalanabb. Saját szeme elől is elfedi a problémát, hátha akkor az már nincs is. Máskor tigrisként ugrik gyermekére, hogy lefogja egy társával való konfliktushelyzetben. Reakcióival az anya sokkal agresszívebbnek tükrözi gyermeke felé a gyermek viselkedését. Véleményünk szerint Döme önszabályozási nehézségei anya-gyerek kapcsolati probléma mentén alakultak ki.

A csoportban lehetőség nyílik arra, hogy a konfliktushelyzetek a korábbitól eltérő módon oldódjanak meg. Az anya és rajta keresztül az apa érzékenyíthető a gyermek környezettel való kapcsolatának valós indítékaira.

Dini

A határokat nehéz betartatni vele. Beszéde korától elmarad, beszédészlelési zavara kifejezett. Kérdései gyakran inadekvátak, játéka nehezen követhető, így kortársai sem tudnak kapcsolódni hozzá. Rajzaiban kedvenc témája a – vidéki nagyszülők meg-

közelítésében is szerepet játszó – vonat. Emberábrázolása időnként teljesen széteső. Koordinációs nehézségei vannak, gyakran elesik.

Az anya és fia közti kapcsolat úgy jelenik meg a csoportban, hogy az édesanya követi a hagyományt: fiúgyermeket – főleg nyilvános helyen – nem lehet közvetlenül korlátozni, szabályozni.

Dininél a szenzoros diszkriminációs nehézségek szenzoros alapú mozgás-rendellenességgel társultak. Nevelési hiányosság is járult mindezekhez, amely önszabályozását, kommunikációját, értelmi fejlődését visszavetette.

A csoportos helyzet lehetőséget nyújt a gondtalan együttlétre az édesanyának a kisfiával, a jelen nem lévő nagyszülői támaszt is némileg pótolva. A nehezen szabályozható gyermek a sok óvodai elmarasztalás után segítő szabályozást és dicséretet is kap a csoportban.

Terápiás csoportunk sajátosságai

- Kettős pszichológusvezetés.
- Családterápiás szemlélet a DSZIT-terápia keretébe ágyazva, így a mozgásos önkifejezés összefonódik a kapcsolatteremtés és kapcsolatalakítás lehetőségével.
- A gyermek és a szülők – leginkább az anya, néhány alkalommal az apa – együttes jelenléte.

A gyermekek és a hozzájuk tartozó felnőttek csoportja mellett mi terapeuták a sterni értelemben vett „támogató hálózat" (Stern 2004) részei vagyunk. Az első évben nem a gyermekekkel dolgoztunk, inkább az anyáknak segítettünk abban, hogy gyermekük külvilághoz való alkalmazkodását meg tudják könnyíteni, ugyanakkor megoszthatóvá váltak nehézségeik a csoport elfogadó és tartalmazó légkörében. A közös szülő-gyerek csoportos terápiás foglalkozásokat a gyerekek önálló csoportos terápiájának megelőzéseképpen, előkészítő szakaszként iktattuk be.

Közvetítő és tükröző szerepünk a terápiás térben több szinten megjelent.

- Egyrészt *közvetítettük a gyermeket az anyának.* Azok a gyermekek, akik édesanyjukkal ebben a csoportban részt vettek, mind kisebb-nagyobb mértékben a szokásostól eltérő beszéd- és mozgásfejlődésűek, kapcsolataik a kortársakkal és a felnőttekkel sem szokványosak. Szándékosan kerültük a diagnosztikai kategóriákat, mivel az anyai funkció sérülhet a diagnózis kihangsúlyozása esetén.
- Másrészt *közvetítettük az anyát a gyereknek,* lehetőleg korrigálva, finoman modulálva az anya ijedtségét, szorongását. Így a tükör kétoldalúvá válik. *Tükrözi* az anyának a jó anyai részt, egyben ijedtségét korrigálja, és *tükrözi* a gyermeknek saját önállóságát, ügyességét.
- Valamint *közvetítettük a külvilágot,* a külvilág elvárásait, az anya és a gyermek felé. Itt is lehetőség van a finom átdolgozásra.

- *Közvetítettük a gyermekeket is egymás felé,* megértve és felhangosítva csekélyke kezdeményezéseiket. Ez a megjelenítés lehetővé tette, hogy a gyermekek és az anyák számára láthatókká váljanak a gyengén artikulált szándékok is.
- *Közvetítettük a csoport résztvevőit terapeutatársunknak, és egyben tükröt is nyújtottunk egymás felé* az órán, és az azt követő megbeszélésen.

A csoportbeli gyermekek kapcsolataira leginkább a szimbiotikus anya-gyermek kapcsolat volt jellemző. Célunk a gyermek önállósodásának elősegítése volt az anyaszerep, az anyai kompetencia erősödése érdekében. Abban az esetben, amikor az anya-gyerek kapcsolatban törés, szakadás történt, hiány volt – ennek a hiánynak a betöltése, a kapcsolat építése az anyaszerep erősödéséhez, a kompetencia növekedéséhez vezetett.

DSZIT-foglalkozásaink vázlata

- Közös „beszélgetés" a földön ülve az anyák segítségével: milyen közölnivalójuk van a csoport vagy az őket delegáló terapeuta számára (10 perces időkeretben).
- Ki mit szeretne aznap játszani? (2-3 perces időkeretben).
- Játék (egyéni, párhuzamos, közös; 15 perces időkeretben).
- Rendrakás (5 perces időkeretben).
- Pihenő (5 perces időkeretben).
- Rajzolás (5 perces időkeretben).
- Zárókör. Milyennek látták aznap a gyermeket a saját szülei, van-e új észrevételük a gyermekkel kapcsolatban? (5 perces időkeretben).

Célunk, hogy a „képzetek" a gyerekek fejlődését leginkább segítő módon alakuljanak át. Egy fejlődésében elmaradott, vagy sajátos fejlődést mutató gyermek esetében különösen fontos a szülői képzetek olyan irányú alakulása, amely segíteni tudja magukat a szülőket is, hogy elképzeléseik változzanak, ami azután hat a gyermekekre. Szükségszerű, hogy változzanak a szülők saját szülői szerepükről, gyermekükkel való kapcsolatukról és gyermekük fejlődéséről alkotott képzetei, valamint a gyermekek képzetei önmagukról és szüleikről. Nem utolsó sorban fontos az is, hogy változni tudjanak a pszichológusok képzetei a szülők és gyermekeik kapcsolatáról, saját pszichológusi szerepükről.

Példa Laci fejlődésére: az egyik terapeuta nem tudott részt venni egy terápiás foglalkozáson. Az óra eleji beszélgetésben mindig számba vesszük, ki van jelen, ki hiányzik, mit tudunk róla, mit csináltunk az elmúlt alkalommal, és aznap mit fogunk csinálni. Amikor arról esik szó, hogy a terapeuta nem tud részt venni a foglalkozáson, Laci a diagnózisát („egyéb pervazív fejlődési zavar") meghaladó módon azt mondja: akkor én nagyon szomorú vagyok.

LACI ÉS DÖME TÖRTÉNETE

Konfliktust jelent a két gyerek kapcsolatában az, hogy Döme gyakran ölelgeti, szorongatja, lökdösi Lacit. Döme a többi csoporttaggal leginkább akkor kerül kapcsolatba, amikor akadályozzák tevékenységét, de Lacival a fenti módon keresi a kapcsolatot. Hamar kialakult az a jelenet, hogy Laci érzékenyen visít, mert Döme közelít hozzá vagy játékához. Azt vettük észre, hogy amikor Laci visít, anyukája – aki igazi „elég jó anya" – általában közbelép, mert úgy érzi, fiának szüksége van a segítségére. Közbelépésével az anya általában ráerősít fia ijedelmére. Így Laci önállótlan marad, Döme pedig nem tudja elérni eredeti célját, nem tud kapcsolatban lenni Lacival.

Az eset, amelyet most elemzünk, a második évben történt, amikor az anyák fizikailag nem voltak jelen a foglalkozáson („csak" a gyermekeikben reprezentált formában).

Döme váratlanul Laci felé közelít, elkezdi őt ölelgetni. Laci a szokásos visításba kezd. A terapeuta Dömének: *„Megijedtél, hogy mi történt?"* Erre Döme az ölelgetést átváltoztatja Laci ruhájának igazítására. Így a másik számára elfogadható módon tudja kifejezni érzéseit, belső állapotát. Laci a megszokott ijedtséggel reagál, ijedtsége miatt nem veszi észre, hogy Döme változtatott viselkedésén.

Amikor a terapeuta tükrözi Döme ijedelmét (*„Megijedtél...?"*), nyugodt hangsúlyával megértését fejezi ki, s a gyermek tud változtatni viselkedésén. A két gyermek között mégsem jön létre kapcsolódás, mert Laci túlságosan tart az őt rohammal megközelítő Dömétől, Döme pedig Laci visításától. Döme mégis kap egy megerősítést a korrigált mozdulatért, máskor talán kevésbé ijesztő módon tud közelíteni társához. Laci ijedtsége azonban még mindig akadályt képez a két gyermek között.

A foglalkozás végén az addigra teljesen megnyugodott Laci – órai érzéseit újraélve – zokogva meséli anyukájának az esetet. Lacinak kevés volt Döme megváltozott viselkedése, csak akkor tudja másként átélni a történteket, ha édesanyja is visszaigazolja azt. Az anyának előadott elmesélése bizonyítja, hogy emlékezetéből ragyogóan előhívja, és „mintha" módon el is tudja játszani a korábban történteket.

A terapeuta utólag az anyának is tükröz, az anya ijedelmét igyekszik csökkenteni. Támogatja abban, hogy fiára más módon tudjon reagálni ebben a helyzetben. Elmondja neki, hogy fia egyedül is boldogult, ezt bizonyítja, hogy utólag el is tudja mesélni édesanyjának. Az anya megkönnyebbül, mert közelebb ért céljához, hogy gyermeke nélküle is meg tudja oldani konfliktusait, s fiát is erősebbnek látja.

Ingusz Iván az anyai tükrözésről írt cikkében így ír a ráhangolódásról: „Nemcsak a csecsemő követi folyamatosan az anya tevékenységét, hanem fordítva, az anya is észleli a csecsemő felől jövő, minden ingerminőségben fellelhető közös vonásokat. Ez teszi lehetővé érzelmi ráhangolódását. [...] Az ilyen, és ehhez hasonló [...] ráhangolódásoknak az a jellemzőjük, hogy nem a gyerek viselkedésének utánzásáról van szó, hanem arról, hogy az anya összeilleszti viselkedését a gyerekével, méghozzá általában más ingerminőségben, mint amilyenben a gyerek viselkedése volt [...]. A ráhangolódással lehetővé válik a belső élmények szinte megszakítás nélküli megosztása, az érzelmi kölcsönösség kialakítása." (Ingusz 1995, 84.)

Laci belső állapota az ijedtség és a biztonságkeresés, Dömée a kapcsolatkeresés volt. A terapeuta mondata (*„Megijedtél...?"*) mindkét fiúnak segítséget jelenthetett. Utólag arra gondoltunk, talán még szerencsésebb lett volna, a *„Szeretnél játszani Lacival?"* megfogalmazás.

A terapeuták egymásnak is tükrei. Ki hogyan tudja ebben az alig strukturált térben megtalálni a helyét, megérteni és türelmesen tartalmazni a folyamatokat? Megpróbálják helyben vagy utólag megkeresni a kapcsolatot a gyerekek tevékenysége, az anyák jelenléte és a terapeuták szerepe között, ezáltal összekapcsolni térben és időben a „történeteket". Jelen vannak. Tóth Krisztina mottóbeli gondolata összecseng ezzel a terapeutaattitűddel.

Csoportunkban az egyik terapeuta bizalommal teli, félelmeit, szorongását apró részekre bontja, és vizsgálja, szemléli, mint ahogy a gyermekek és anyák akcióit is képes szemrebbenésnyi részletekben vizsgálni, és reflektálni rájuk. Példaként: *Laci a hengerbe rakodik, az egyik terapeuta segít befedni azt.* Közben magában fontolgatja: fészekkészítés vagy talán anyaméh lesz, mit jelenthet a bezárás – mintegy a többiektől elkülönülten lenni, de mégis hallani őket onnan?

Érdekes volt megfigyelni e játék hónapokon át zajló változását.

Laci később a hálóba zárkózott, amelyet a csipeszekkel zárt le, a hálóban már látott és látható volt, majd kibújt onnan, „megszületett", aztán a sátorba költözött, ahova már társait is beengedte. Itt a gyerekek felnőttektől való elkülönülése is megjelenhetett. Talán lassan különválhatnak az anyáktól?

A másik terapeuta kevésbé bánik jól szorongásaival, nagyobb egységeket, már jelölt szimbolikus részleteket vesz észre. Félelmében kicsit talán aktívabb is. Többször nem is az egyeshez, a gyermekhez szól, hanem a „másokhoz", a többi gyermekhez, anyáikhoz; a „másikhoz", így terapeutatársához is.

Szemléltetve: Laci a hálóban bezárkózva, anyja hintáztatja, Laci hangot ad. Terapeuta: *„Mi ez? Mint egy hatalmas hajó vagy mint egy autó?"* Laci egyre hangosabb, miközben két anyuka beszélget, s Tóni az autóival játszik. Tóni mellesleg megjegyzi, hogy a hang, amelyet Lacitól hallunk, az az ő autóinak a hangja. Megjegyzésével összekötl kettejük játékát. Laci változtat a hangon: *„Mi az, fékezett?"* – kérdezi Tóni. Ezek után Tóni megmutatja az autókat Lacinak, aki ki akarja csipeszezni a hálóhinta becsipeszezett nyílását, hogy jobban lássa Tónit és autóit. A két gyerek egymásra kontrázva hangokat ad, ezt követően Laci egyenként kidobálja a csipeszeket, azt akarja, hogy anyja kapja el, ezután felszabadult együttműködéssel sikongatós párbeszédet folytatnak.

Ebben a rövid példában a gyermek hangadásának kihangosítása és értelmezési kísérlete elősegítette, hogy az egymás mellett játszó gyermekek egymáshoz is kapcsolódjanak.

A csoport serkenti az anyák egymás közötti beszélgetését, eszmecseréjét is. A második évben, amikor már a terapeuták játszanak a gyermekekkel, kezdik átvenni a

gyerekeket az anyáktól, az anyák nézik, és feladatuk csökkenésével ráérnek egymással megosztani gondolataikat, figyelik a másik anyát és gyermekét, összehasonlításokat tesznek.

A játékalagúton való átmászáshoz Tóni nem mer hozzákezdeni. Az alagút túlsó végén anyja és az egyik terapeuta várja őt, azzal a céllal, hogy az anyával szimbiózisban lévő gyermeknek „harmadik", az apát reprezentáló személyként segítsen átjutni a nehéz átkelésnél. (Az anya gyakran feladatok elvégzésére erőlteti Tónit, ha másként nem, akkor úgy, hogy ő is csinálja vele együtt. Eközben az esetleges kudarc miatt érzett szorongása nem engedi az anyát szimbolizálni, illetve a gyermek szimbolizációját – így beszédfejlődését – elősegíteni.) A szorongás bénította meg a gyerekek fantáziáját is, ezért tapasztaltuk azt, hogy játékaik a konkrétumokhoz kapcsolódnak, kevéssé kreatívak, játékukban később jelent meg a „mintha"-jelleg.

Az óra végi rövid pihenőknél kezdetben Tóni és anyja háttal a világnak, egymás felé fordulva bújtak össze, a külvilágot kizárták. A következő időszakban az anya már biztonságban érezte magát, így kissé kifelé fordult, de még tartotta Tónit a kezével. A következő lépés, hogy Tóni félig engedi besötétíteni a termet (míg a többiek már szeretnék a teljes sötétet), zseblámpájával a többiek lámpafényeit keresi, kergeti. A gyermek játékából pontosan követhető, hogy hol tart a szorongásszabályozásban.

Az anyák figyelmét szeretnénk a változásra fókuszálni, ezért a foglalkozás végén megkérdezzük őket, mit figyeltek meg gyermekeiken azon a napon. A szorongás megosztása, a kritikai rész csökkentése, a felelősség átvétele abban is segíti őket, hogy más szemmel nézzenek a gyerekeikre. Tóni anyja egy ilyen alkalommal közli, most jött rá, hogy Tóni a legidősebb a csoportban, annak ellenére, hogy növésre a legkisebb, kissé babás kinézetű gyermek. A terápiás órákon felelősségük megoszlik a támogató terapeutákkal, ezzel szorongásuk csökkenhet.

Laci doboza

A csoportos foglalkozásra ezúttal is szívesen érkezett, s egy játéktárgyat tartott a kezében. Bár az ő anyukája is jelen volt a foglalkozáson, akárcsak a többi gyereké, Lacinak mégis szüksége volt az átmeneti tárgy nyújtotta biztonságra. Ezúttal egy műanyag doboz játszotta az átmeneti tárgy szerepét. Laci aznap nyűgös volt, hamar dühbe gurult kétségbeesésében, amikor úgy érezte, hogy nem értjük meg. Kérdésünkre csak azt válaszolta, hogy „energia" van a dobozban. Nem volt hajlandó kinyitni, de mondani sem volt hajlandó többet a doboz tartalmáról.

Kénytelenek voltunk a képzeletünkre támaszkodni a doboz tartalmát illetően. Esetleg finom ennivalót hozott nekünk? Végül föltettük a kérdést: *ki mit szeretne, hogy legyen a dobozban?* Így történt, hogy más szintre váltottunk: a konkrét szintről a mentális reprezentáció szintjére.

Az egyik fiú tortát képzelt a dobozba. Édesanyja rögtön megértette fiát, és elmesélte a csoportnak, hogy a közelmúltban volt fia születésnapja. Ezt a háttér-információt a kisfiú még nem tudta volna közölni velünk. Az anya segítségével a kisfiú is, mi is átélhettük, milyen jó, amikor megértenek bennünket vagy megértünk valamit.

A dobozos kisfiú, Laci is beállt a találgatós játékba, annak ellenére, hogy ő ismerte a doboz valódi tartalmát. Kakaós édességet fantáziált a dobozába.

Az Erdélyből áttelepült család kisfia „rendes étel"-t képzelt a dobozba, nem édességet. Kérdésünkre elmondta, hogy a kenyér jelenti számára a rendes ételt. Ezzel alapvető szükségletét fejezte ki a tápláló étellel kapcsolatban. Anamnéziséből eszünkbe juttatta kis születési súlyát, amelynek a gyarapodásához táplálékra van szüksége.

A negyedik gyerek semmit sem mondott a doboz tartalmára vonatkozó felvetésünkre. Ő még sokszor a „semmit" hordozta belül, talán megzavarodott attól a sok szorongó szülői képzettől, amely róla szólt, és nehezebben tudta kialakítani a saját képzeteit önmagáról, majd a környező világról.

A gyermekpszichológus számára ismerős ez a jelenség, hiszen a beszélni még kevésbé tudó kisgyerek is olyan a környezete számára, mint egy ismeretlen tartalmú doboz. Tartalmát saját tapasztalatai mellett érzések, szándékok, gondolatok, képzetek alkotják, amelyeket a szülei és a környezetében élő, számára fontos felnőttek vetítenek belé.

Daniel Stern részletesen ír arról, hogy az anya és az apa képzetei hogyan alakulnak egy kisbaba fejlődése során. Folyamatosan változnak az önmagukról, egymásról mint szülőről, a gyermekükről és más, a környezetükben élő személyekről alkotott képzeteik (Stern 2004).

| Befejezés

Eredeti elképzelésünk szerint az első évben a gyermek és az anya kapcsolatát igyekeztünk támogatni, a gyerekek leválását segíteni. A szorongás, félelem azonban beszűkítette a kapcsolati megnyilvánulásokat, így további részekre bontottuk a terápiás órákat, amelyekhez alapul vettük Stern „támogató mátrix" vagy „támogató hálózat" fogalmát, ahol az „én, mint hatóerővel rendelkező" minőség tud megjelenni (Stern 2004).

A „támogató" jelenlétében történő terápia feltételezi, hogy az anya-gyermek kapcsolatban az anya még anyai funkciói sérültségének megélése esetén is képes hasznosítani a terapeuta aktivitását. A gyermek szokásos fejlődéstől eltérő viselkedése megakadályozhatja a történések nagyobb egységeinek felismerését. Az apró lépésekre bontás éppen azokat a kezdeményeket erősíti föl, amelyek nemcsak az anyának jelenthetnek ráismerést, megerősítést, hanem a gyermekben is újból és újból megerősítik a hatékonyság érzését. Ezzel az apró lépésekre bontás az énérzés alakulását, az emóciók megélését, és az emóciók társas helyzethez való kapcsolását segíti elő.

Munkánk fontos részét képezi az, amikor kis konkrét történések segítségével jutunk el a szimbolizáción keresztül a mentalizációhoz. Jelentést próbálunk adni a kis történéseknek, játékká próbáljuk átfogalmazni azt, ami még egyáltalán nem „mintha"-jellegű. Sokszor a gyerekek tevékenységének megértésére tett próbálkozásaink, erőfeszítéseink kellenek ahhoz, hogy a szülők, gyerekek, pszichológusok együttlété-

ből létrejöjjön valami, ami a szülőket gyermekük fejlődésébe vetett hittel töltheti el, majd ez a fejlődés be is következzék.

A terapeuták a sterni értelemben vett „támogató mátrix" részei. A szülőkkel folytatott közös, illetve egyéni megbeszélések alkalmával visszajelzéseket adnak az anyák, apák számára arról, hogy hol tartanak gyermekeik a fejlődésben, miként alakul a másokkal és szüleikkel való kapcsolatuk. Az együttes munka, valamint a beszélgetések során számos lehetőség adódik a pozitív visszajelzésre, megerősítésre, és az optimálisabb, örömtelibb alkalmazkodás támogatására.

A DSZIT-terápiás keret természetes mozgásos-játékos közeget biztosított a gyerekekkel való együttlétre. A DSZIT beszédbeli elmaradás esetén is lehetőséget kínál a tárgyakkal és személyekkel való sokrétű interaktív tapasztalatszerzésre, a mozgás fejlődésén keresztül a kapcsolati munkára és az idegrendszeri fejlődésre is. A terápia belülről fakadó, önindította jellege miatt valódi belső építkezés történt, a gyerekek testtudatának, önállóságának, figyelmes jelenlétének, önszabályozásának kialakulását szolgálta. Elméleti ismereteink[2] alapján bízhattunk abban, hogy a taktilis és vesztibuláris impulzusok fejlesztően hatnak a gyerekek idegrendszeri integrációjának fejlődésére, ezáltal elmaradásaik is csökkennek.

Az örömmel járó DSZIT-foglalkozások inspiráló és támogató légkörében a konkrét tapasztalatszerzés, de a képzetek szintjén is kedvező változások indulhattak el, amelyek egymásra hatva serkentették a gyermekek sokirányú fejlődését.

Az előkészítő év folyamán, amikor gyerekek és felnőttek együtt vettek részt a terápiás órákon, megtörtént a gyerekek leválása, így a következő év második felében már a szimbiózisból önállósodott gyerekekkel dolgozhattunk.

Irodalom

Ingusz I. (1995): *Az anyai tükrözés.* Café Bábel, 18, 79–90.

Stern, D. N. (2004): *Az anyaság állapota: A szülő-csecsemő pszichoterápia egységes szemlélete.* Animula, Budapest. 173, 176-79.

Stern, D. N. (2007): *Anya születik: Arról, hogyan változtatja meg az anyaság átélése örökre az embert.* Animula, Budapest.

2 Tanfolyam, szakmai tapasztalatszerzés, amely segítette munkánkat: Virág Teréz, Frankl Szilvia „Párhuzamosan vezetett szülő-gyerek csoport" tanfolyam (60 órás képzés). 1991-től 1998-ig anyacsoportot vezettünk Bedő Ilonával autista gyermeküket nevelő anyák számára az Óbudai Nevelési Tanácsadóban.

A három kismalac iskolába készül – Nagycsoportos óvodások érésének elősegítése dinamikus szenzoros integrációs terápiás módszerrel

Bedő Ilona – Papp Tímea

A nevelési tanácsadókban (pedagógiai szakszolgálatoknál) kiemelt fontosságú az iskolába készülő nagycsoportos gyerekek megfelelő felkészítése. A tanácsadónkban zajló, pszichológusok és gyógypedagógusok által vezetett dinamikus szenzoros integrációs terápia (DSZIT) kis csoportban való alkalmazása az idegrendszeri érettség fejlesztése mellett a társas viselkedést is jótékonyan befolyásolja.

A gyermek szocializációjának, sikeres fejlődésének első és legfontosabb színtere és megalapozója a család. A szülőkből mindig nagy érdeklődést kiváltó kérdés, hogy mi várható el egy iskolába készülő gyermektől. Általánosságban elmondhatjuk, hogy fizikai, értelmi és érzelmi téren a hatéves életkornak megfelelő érettséget elérő gyermekek képesek felkészülten elkezdeni az iskolát. Mondhatjuk, hogy az iskolaérett gyermek megfelelő fizikummal rendelkezik, jó mozgású, aktív, érdeklődő, figyelmes, önmagát kifejezni tudó. Eligazodik térben, időben, az őt körülvevő világban, ismeri az irányokat, évszakokat, napszakokat, saját testén jól tájékozódik. Adatait tudja, múltbeli eseményeket gond nélkül felidéz. A gondolkodás terén elvárható, hogy összefüggéseket felismerjen, egészet részekre bontson, majd újraintegráljon, hétköznapi problémahelyzeteket kezeljen, analógiák mentén következtetni tudjon. A hatéves gyermeket már érdeklik a számok, mennyiségeket képes megkülönböztetni, használja a több, kevesebb, ugyanannyi fogalmakat. Egyszerű összeadás, kivonás, pótlás műveleteket elvégez. Szívesen rajzol, témái változatosak. Emberrajza részletesen kidolgozott, vonalvezetése stabil, ceruzafogása helyes. Egyszerű mintát folytat, a sorbarendezés iránya balról jobbra halad. Figyelmét már hosszabb ideig képes összpontosítani, munkavégzése kitartó, feladathelyzetet elfogad, instrukciókat megért. Érzelmi és szociális téren érett, képes kapcsolatba kerülni adekvát módon a felnőttekkel és társaival, vágyait tudja késleltetni, a frusztrációt életkorának megfelelő mértékben tűri, önmagát szociálisan elfogadott módon érvényesíti. Az iskolába lépő gyerek képzelete fegyelmezettebb, reálisabb, kritikusabb, mint óvodás korban. A kisiskolás korral a társak egyre fontosabbá válnak a gyermek életében.

Előfordul, hogy a megfelelő érettség elérését külső és belső akadályok gátolják, nehezítik. Ilyen esetben a családok is nagyobb figyelmet fordítanak a gyermekre. Szakembereket keresnek fel, konzultálnak az óvónőkkel, és otthon több időt áldoznak a gyerekkel való foglalkozásra.

A fejlődést akadályozó tényezők gyökere nagyrészt a gyermek élettörténetében keresendő (Hoffmann 1985). A születési, fejlődési tényezők, otthoni konfliktusok, nevelési hibák az óvodában, iskolában fellépő alkalmazkodási problémák révén láthatókká

válnak. Az iskola az első olyan színtér, ahol a gyerek a társas együttélés szabályaival és a teljesítményhelyzettel egyszerre találkozik. A gyermek érdeke, hogy a közösségben megjelenő panasz enyhüljön, mert az intézményekben való elfogadás jó kiindulópontja, segítője lehet a megakadt, nehezített fejlődés normalizálódásának.

Az 5-6 éves kor kiemelt fontosságú a problémák megelőzése, az iskolaérettség elérése tekintetében. A hozzánk kerülő gyermekek vizsgálata során időnként tapasztaljuk, hogy a természetes játékosság és mozgékonyság mellett esetleg túlzó módon aktívak vagy gátoltak, ez pedig megnehezíti figyelmük összpontosítását, a feladathelyzet megtartását. Az izgő-mozgó gyerekek a szobában egyfolytában nézegetnek, helyüket elhagyva inkább a játékpolchoz mennének, vagy folyamatosan szerelgetik a kezük ügyébe eső tárgyakat, játszadoznak velük, rajzolgatnak, radírozgatnak, így jelezve, hogy a helyzet számukra túlzottan megterhelő. Esetleg a testtartásuk, izomtónusuk szabályozásával nem boldogulnak: pad alá csúsznak, asztalra fekszenek, fejüket támasztják. Más esetben kissé lassúbbak, bátortalanok, szótlanok lehetnek, vagy beszédhibával küzdenek. Ezek a megfigyelések felhívhatják a figyelmet arra, hogy a gyermeknek valamilyen téren támogatásra lehet szüksége. A problémák természetét tovább kell pontosítani, ugyanis az idegrendszer éretlenségére, szerveződési nehézségére, nem kellő mértékű integrációs kapacitására utalhatnak, de lehet lelki, családi, egyéb hátterük is. Mindemellett fontos észrevennünk őket, mert előre jelezhetnek később felbukkanó tanulási problémákat. Ebből kiindulva szinte már hagyomány, hogy minden év őszén megszervezzük DSZIT-csoportunkat nagycsoportos óvodások részére az adott tanévben. Olyan gyerekeket hívunk, akiknél a DSZIT-terápia adta lehetőségeken, tapasztalatszerzésen túl azt is szeretnénk elősegíteni, hogy megtanulják a társaikkal való jobb együttműködést, az önmagukra és az egymásra való odafigyelést, indulataik szabályozását, és teret kaphassanak az önkifejezés különböző formáinak megélésére, miközben megtapasztalják az együttes alkotás örömét.

A mozgást, cselekvést fókuszba helyező terápiás irányzatok nagy része a kreativitást, spontaneitást tartja alapvető fontosságúnak a gyógyításban (Jacob Moreno, idézi Zeintlinger 1991; Ayres 1972). A spontaneitás – melynek két legfontosabb jellemzője az újdonság és az adekvát jelleg – egy régi tapasztalat felbukkanását, vagy egy merőben szokatlan tapasztalat átélését jelenti olyan szituációban, melyet tisztán és a maga teljességében felfogtunk, és a kitűzött célt megközelítettük vagy elértük. A spontaneitás tehát magas szinten szervezett magatartásmintára irányul, melyet meg kell különböztetni az impulzivitástól és a kontrollvesztéstől. A cselekvés fizikai, pszichikus és mentális folyamatok egysége, és célja, hogy az ember a helyzeteken úrrá legyen, és kifejezze önmagát (Zeintlinger 1991).

A felnőttkori kreativitás és a gyermekkori játék között közvetlen kapcsolatot feltételezhetünk, melynek alakulására a családi miliő hatása elsődleges (Kulcsár 1996). A gyermek által a családtagokkal, elsősorban az anyával megélt szeretetkapcsolat „a játékosságot, az altruizmust és az alkotóképességet egyaránt befolyásolhatja" (Kulcsár 1996, 213.). Emberi fejlődés a játék és cselekvés terében képzelhető el. Számos olyan gyerekkel találkozhatunk, akiknél gátolt a játéktevékenység környezetük korlátozó volta miatt. A gátoltság a játék motoros és fantáziaaspektusában is megnyilvánulhat (Varga, Szvatkó

1993). A mozgás és kreativitás fontos kapcsolatban áll: „az univerzumot átható kreatív erőkhöz a mozgás segítségével juthatunk el" (Szvatkó 1999, 52.). A Donald Winnicott által megfogalmazott „potenciális tér" a játék, a tapasztalás és a kreatív alkotás színtere. A vesztibuláris ingerlés játékbeli megnyilvánulása lehetséges eszköze a fejlődés segítésének, a betegség megelőzésének, a gyógyulásnak (Ayres 1972). A gyermekek a DSZIT-terápia során téri és idői összefüggéseket élhetnek meg a számukra legmegfelelőbb módon, testi és pszichés biztonságot nyújtó, nondirektív keretek között. Az aktív, önindította mozgás hozzásegíti őket a világ és önmaguk megismeréséhez, másként kifejezve: a befogadás nem receptív, hanem aktív vagy kreatív (Mérei 1985).

A DSZIT-csoportfoglalkozásokat ezen legfontosabb elvek alapján tartjuk. Az iskola-előkészítő DSZIT-csoportoknál fő célkitűzésünk a gyermekek idegrendszeri érésének elősegítése: megfelelő módon érzékeljék és rendezzék össze az őket érő külső és belső ingereket, tartásuk, mozgásuk, egyensúlyuk jól szervezett legyen, és alkalmazkodjon a változó környezeti hatásokhoz, kihívásokhoz. A csoportos forma esetén a társakhoz való alkalmazkodás örömforrás és inspiráló élmény is, ugyanakkor erőfeszítést igénylő feladat. Természetesen más céllal is szervezhető DSZIT-csoport különböző korosztályú gyermekek számára.

A iskola-előkészítő DSZIT-csoportfoglalkozások keretei a következők: a csoportba járó gyerekek általában nagycsoportos óvodások. A maximális létszám rendszerint 6-7 fő, nem és probléma tekintetében lehetőség szerint heterogén. A foglalkozásokat heti 1 órában tartjuk intézményünk „labirintus", vagyis „szenzoros" termében. A csoportot általában egy tanévre tervezzük régebbről már ismert és új gyermekek részvételével. A gyerekek egy része az egyéni terápia befejezését követően kerül hozzánk, míg az új csoporttagok a vizsgálati szakasz lezárása után. A csoportos „szenzoros" terápiára való érettség megítélésekor figyelembe vesszük a gyermekek mentális-pszichés állapotát, érettségét, valamint problémáik jellegét. Indikáció lehet, ha a gyermeknek az interperszonális nehézségei hangsúlyosabbak, mint az intrapszichés problémái. Az iskolai, óvodai közösségbe nehezebben tud beilleszkedni, szorongó, magányos, esetleg perifériára szorult, vagy éppen túlzottan agresszív, impulzív, hatalmaskodó. A felnőttel való együttműködési és kommunikációs készsége, beszédértése, irányíthatósága elfogadható mértékű. Túlzottan ellenálló, agresszív, provokatív gyereknek előbb egyéni terápiás lehetőséget biztosítunk. Jó jel a csoportérettség szempontjából, ha a gyerek az édesanyjáról már szorongás nélkül le tud válni, és jó a kapcsolata az édesapjával, mely előrejelzi, hogy a felnőtt irányítását képes elfogadni. A családrajzokból, projektív tesztekből kiderülhet a családi viszonyrendszer, információt kapunk arra vonatkozóan, milyen az empátia és a mentalizáció fejlettsége. Lényeges szempont annak megítélése, hogy a gyermek hogyan alkalmazkodna a DSZIT-terápia viszonylagos szabadságához és nondirektivitásához. Fontos, hogy megfelelő figyelmi kapacitással rendelkezzen önmagára vonatkozóan és a társak irányába is. Néhány esetben kiderülhet, hogy a gyermek személyiségrészei túlzottan lazán integráltak, alkalmazkodó- és konfliktuskezelő képessége még nem kellő mértékű, vagy aktuális érzelmi állapota miatt mindezek nem korának megfelelő módon működnek, ilyenkor más terápiás helyzetet teremtünk számára a csoportos DSZIT-terápia helyett.

Igazi kihívást jelent egy-egy autisztikus, vagy nárcisztikus zavarban szenvedő gyermek DSZIT-csoportban történő kezelése.

Az iskola-előkészítő DSZIT-csoport minden esetben a szülőkkel való megbeszéléssel indul. Velük az év folyamán többször is találkozunk, akár családi konzultáció keretében is, és a munkát szülői értekezlettel zárjuk. A viszonylag kis létszám ellenére több okból is szükséges a kettős vezetés. A DSZIT-terápiás foglalkozások alapvetően szabad játékra épülnek, nondirektív jellegűek. A gyerekek testi épségének védelme, valamint a tér, az eszközök és a csoportdinamika kezelése és értelmezése szükségessé teszi a terapeuták intenzív figyelmét, aktív jelenlétét és együttműködését. A terápia jellegének megfelelően a játékban a gyerekek nagy szabadságot élveznek, nagy szerepe van az egyéni kezdeményezőkészségnek, kreativitásnak. Néhány szabály betartásához ragaszkodunk, ezek a gyerekek és az eszközök épségének megőrzését szolgálják. Az idői keretek betartása és a csoporttitok is fontos szabályaink közé tartozik.

A csoportos foglalkozás általában a szőnyegen ülve egy közös beszélgetéssel indul babzsákok segítségével. Beszélünk arról, hogy kivel mi történt az előző alkalom óta, most milyen tervekkel jöttek, mit szeretnének játszani. A babzsák segít a gyerekeknek a vezetőkkel és az egymással való kontaktus fenntartásában, figyelmük koncentrálásában és magatartásuk szabályozásában. Mindig annál a gyereknél van a szó, aki a babzsákot vagy a „beszélő állatkát" kapja. Ezt a helyzetet felhasználva különféle figyelem- és készségfejlesztő játékokat is játszhatunk (kacsintós, adogatós, testképre és tulajdonságokra vonatkozó kérdezős játék, érzékelést fejlesztő játékok). A beszélgetés végére körvonalazódik, és közösen is megfogalmazzuk, hogy mit szeretnének játszani aznap a gyerekek. Lehetőség szerint az összes kívánságot megpróbáljuk teljesíteni, és azok figyelembevételével felépíteni az aznapi foglalkozást. Segítjük, hogy az egyes igények, különböző elképzelések közös játékba, tevékenységbe simuljanak. Mindig találunk olyan témát, melyen belül minden csoporttag megtalálhatja a helyét, szerepét, még a passzívabb gyermekek is. Ezt a „védőhálót" a csoport elején kifeszítjük a gyerekek köré, és így senki sem pottyanhat ki a játékfolyamatból, senki sem kerül a csoport perifériájára.

A csoportfoglalkozások elején sokszor ismételt játék a *fogócska*, melynek változatait a gyerekek találják ki. Ilyenek a *szúnyog-*, *oroszlán-*, *jég-*, *krokodil-* és mókusfogó, sötétben a *szellem-*, *denevér-* vagy *bagolyfogó*. Szintén a csoportfoglalkozások elején játsszuk a *„mindenjátékot"* – ahogyan az egyik kisfiú elnevezte, majd továbbhagyományozta ezt a kifejezést a szabad játék leírására. Alapjátékunk a *bújócska*, melyet időnként sötétben folytatunk: a gyerekek zseblámpával világítva fedezik fel a különböző rejtekhelyeket. A foglalkozás befejező részében csendes, nyugtató játékokat játszunk, pihenés, majd rajzolás következik. Levezető játék a *szobros*, az *úszós*, a *zenélős*, a *relaxálós* és a *sötétben ringatózós*. A rajzolásnál kérni szoktuk, hogy lehetőség szerint azt ábrázolják, ami a foglalkozáson történt velük, vagy ami eszükbe jutott róla. Az alkotásokat megnézzük, megbeszéljük, és címet adunk a műveknek. Zárásként búcsúzhatunk kézfogással, körbeállva szemkontaktus segítségével, esetleg mondókával.

Az év folyamán nyomon követjük a gyermekek változását, érésüket, fejlődésüket a játékok és a rajzok megfigyelése, elemzése révén. Az egyéni fejlődés mellett figyelemmel kísérjük a csoportfolyamatokat is, melyeket megbeszélünk és elemzünk az egyes alkalmak végén.

Az utóbbi években több olyan jellegzetes, visszatérő, témájában és kivitelezésében variálódó, gazdagodó, jelentésteli játékot játszottunk, melyek a gyerekek ötleteiből indultak ki. Ilyenek az építő, közlekedési, *autómosó, autószerelő, halászó, kincskereső, állatszelidítő, fagyikészítő és mocsárjáró* játékok. Évről évre tapasztaljuk, hogy a foglalkozások során viszonylag hamar felmerül spontán ötletként a *közlekedős játék*. Mindenki kiválasztja a járművét (roller, motor, hajtány, bicikli, gördeszka, minitargonca, holdjáró), majd megbeszéljük, ki vállalja a közlekedésirányító szerepét, melyet kezdetben az egyik csoportvezető modellez. Az irányítás történhet kézmozdulatokkal, jelzőtáblákkal, jelzőlámpát imitáló eszközökkel vagy szóban. A külső szabályozás segítsége révén a csoportban való konkrét és szimbolikus közlekedés könnyebben be tud indulni. Tanulságos tapasztalat, amikor kipróbálhatják a gyerekek a szabályozó szerepét. A játék által a szabályokhoz és egymáshoz való igazodásuk fejlődik, gyakorolhatják az együttműködést, az egymásra figyelést, a váratlan helyzetek megoldását. Rendszeres időközönként eszközt cserélnek, képessé válva a választott játékot megosztani társaikkal, így figyelembe véve a többiek kéréseit, vágyait. Ezt a mentalizációs folyamatot a csoportvezetők helyzet- és szándékértelmezéssel segítik.

Matyi az óvodában rendszeresen fizikai összetűzésbe került társaival, megrúgta, ellökte, bántotta őket. A közlekedés során eleinte sokat ütközött, fellökte a másik járművét, áthajtott a piros lámpán. Az impulzusait lassacskán kontrollálni tudta, különösen fontos visszajelzés volt számára, amikor ő lehetett az irányító.

A kezdeti nagymotoros intenzitás lecsengése után a telítődő gyermekek *autószerelő műhelyt, autómosót, benzinkutat* alakítottak ki, gazdagítva a színterek, a cselekmény, a szerepek, tevékenységek sorát. Különféle taktilis ingert nyújtó eszközt használtak: kefék, kötelek, szivacsok, tüsilabdák a kezük ügyébe kerültek. Megfigyelhető volt a szimpátiakapcsolatok szorosabbá válása, az eszközök és ötletek cseréje, megosztása, a kreatív cselekvés inspiráló hatása.

Csoporttá válást segítő játékunk, a gyermekek spontán ötletéből kiindulva, a *halászós*. A kis és nagy labdákat – a halakat – ütővel, labdaelkapó eszközökkel, hálóval, akár lépegető segítségével, akár gördeszkán ülve, vagy kisebb szivacscsónakot mozgatva begyűjtik a teremből a gyerekek, és egy nagy üstben, kondérban finom ebédet készítenek belőlük, melyből mindenki étvágya szerint eszegethet. Időnként a lehalászott, „méreten aluli" labdákat visszaeresztik a vízbe, hadd úszkáljanak tovább kedvükre, majd indul az újabb halászidény.

Az együttműködés fejlődésével, a csoporttá válás folyamatában eljutunk a bonyolultabb, több történést egymásra építő játékokhoz, ezek közül kiemeljük az állatszelidítős játékunkat. *Balázstól*, a visszahúzódó, magányos, kissé koravén gyermektől származott a játék ötlete, melynek révén irányító szerepbe került, mélyebben bevonódva a közös játékba, a közösségbe.

A gyerekek itt gondosan berendezték a teret sok-sok eszköz felhasználásával, hálót függesztettek, kerítést építettek, élőhelyeket találtak ki, állat- és ételszállításról gondoskodtak. Kialakultak a szerepek: állatorvos, gondozó, szelídítő, biztonsági őr, befogó,

látogató. A csoportjátékban mindenki részt vett, autisztikus gyermekünk, *Gergő*, teljes átéléssel segédkezett a megsérült krokodil gyógyításában. *Gergő* a firkarajzok után ekkor kezdett el alakokat ábrázolni. Első rajzain a játékbeli krokodilt jelenítette meg.

Dávid érzékeny, hangulatában labilis, családi konfliktushelyzet miatt túlterhelt, túlingerelt gyerekként került a csoportunkba. A *fagyikészítős* játék során kellő mértékben tudta szabályozni a többiek közelségét. Szüksége volt az optimális távolság beállítására a társakkal, és a fagyimester szerepe révén mégis kapcsolódni tudott hozzájuk. A játék sikere őt is meglepte, követői akadtak, a fagyizás hagyománnyá vált. A fagyikészítés kellékei a nagytölcsér, a hordó, a forgótojás, a labdaelkapó, a különböző méretű labdák voltak. Lényeges eleme a játéknak az adás-kapás, a másik kiszolgálása, meghallgatása, a kérni tudás, az udvariassági formulák gyakorlása, a játékos fantázia szabad megnyilvánulása és a vágyteljesítés.

Akkori intézményünk különleges adottsága volt, hogy a „szenzoros labirintusszobák" a valamikori óvóhely helyiségeiben, az épület ablaktalan, külvilágtól meglehetősen elzárt pincéjében kerültek kialakításra. Ide kanyargós lépcsősoron, több vasajtón keresztül vezetett lefelé az út. Odalent csend és sötétség fogadott bennünket. A fény erősségét kapcsolókkal szabályozni tudtuk, emellett rendszeresen használtunk különféle zseblámpákat is. Mivel ilyen módon lehetőség volt a terem teljes vagy részleges elsötétítésére, a gyerekek ezt gyakran kihasználták. A fenti látható világhoz képest hirtelen sötét éjszakába kerülhettünk, vagy sejtelmes, homályos, kísérteties hangulatot idézhettünk elő. Ezt az érzést tovább fokozta, hogy a külvilág zajától eltávolodtunk, kiléptünk a mindennapokból, kikerültünk a megszokott idői, téri kötelékekből.

Ez az elszigeteltség hasonlatos az inkubációhoz, melyből valami új születik. A sötétben a gyermek visszatérhet korábbi fejlődési fázisaihoz. A csepphálóban, tojásban, szivacsok alatt és mögött üldögélve részleges és védett izolációban erőt gyűjtenek, melynek segítségével az integráció magasabb szintjére juthatnak. A sötétségben mindig benne van ennek az erőgyűjtésnek, továbbá a változásnak, az átalakulásnak a lehetősége. A fény eltűnésével megváltoznak az érzékelési folyamatok, a tér, a körülöttünk levő tárgyak, társak, önmagunk látványa. A játék során is azonnal más-más alakot vehetünk fel. Kedvelt játék a *szellemezés:* a nappal fedezékben megbújó, fényérzékeny szellemek az éjszaka sötétjében hirtelen felélednek és riogatnak, huncutkodnak, visítoznak, szaladgálnak, majd érzékelve a hajnalhasadást, megint elrejtőznek.

A címben már utalást tettünk az egyik csoportunk *„három kismalacára"*, akik szintén a sötétben kezdték meg vándorútjukat, mígnem többszöri saját házépítési próbálkozás után úgy alakították át a mesét, hogy közösen építették meg erős téglaházukat, mely ellenállt viharnak, farkasnak, minden környezeti ártalomnak. Mindhárom fiúgyerek járatlan volt a közös játékokban, nehezen teremtettek kapcsolatot, kevésbé fogadták el társaik ötleteit. A *ház* számunkra a gyerekek együttes tevékenységének, együttműködésének csodálatos fejlődését szimbolizálta – a gyerekek egyéni útjuk során ehhez a házhoz lelkükben mindig visszatérhetnek. A csoport folyamán végigjárták a mesék hőseinek néha szorongató, kalandos útját, és hozzájuk hasonlatosan újjászülethettek a személyiség integrációjának magasabb szintjén.

A szenzoros integrációs terápia eszközeivel és a társakkal való közös játék eredményeként a gyerekek általában év végére érettebbé válnak. Testképük alakulása, idegrendszeri érésük nyomon követhető mozgásuk koordináltabbá válásából, bonyolultabb és kifejezőbb rajzaikból. Azt tapasztaltuk, hogy figyelmük is koncentráltabb és tartósabb. Szociális fejlődésük jól látható játékaik gazdagodásából, kreatívabbá válásából, konfliktusaik egyre ügyesebb kezeléséből. Együttérző- és segítőkészségük elmélyül, valamint megegyezésre, kompromisszumra való képességük fejlődik. Verbális és nonverbális kommunikációjuk gazdagodik.

A vesztibuláris és taktilis rendszert ingerlő játékok egyúttal a gyermekek fantáziáját is megmozgatják. A szerelős, gyógyítós, építős, összerakós játékokban az öngyógyító törekvések a játéktémákon keresztül szimbolikus formában is megjelennek, láthatóvá téve a gyermekekben munkálkodó teljességre való törekvést, energiát.

Irodalom

AYRES, A. J. (1972): *Types of sensory integrative dysfunction among disabled learners.* American Journal of Occupational Therapy, 26/1, 13–18.

AYRES, A. J. (1979): *Sensory Integration and the Child.* Western Psychological Services, Los Angeles.

BEDŐ, I. (1996): *A szenzoros integráció szerepe az autista gyerekek fejlesztésében.* In: Speciális Pedagógia, 3/4, 11–16.

BEDŐ I. (1996): *Autisztikus fejlődési zavar és a nárcisztikus személyiség-rendellenességek.* In: *Beilleszkedési zavarok.* Kézirat, belső használatra (az Óbudai Nevelési Tanácsadó hasonló című előadássorozata nyomán a Soros Alapítvány támogatásával).

BOGÁR J. (2008): *Csoportos szenzoros integrációs pszichoterápiás foglalkozások a nevelési tanácsadóban.* Kézirat.

HOFFMANN G. (1985): *A pszichológus együttműködése a pedagógussal az iskolai munkát magatartásával zavaró gyermek kapcsán.* In: Horányi A. (összeáll.), Kósáné Ormai V. (összeáll.): *Nevelési tanácsadás elmélete és gyakorlata: Szöveggyűjtemény II.* Tankönyvkiadó, Budapest, 522–533.

KULCSÁR ZS. (1996): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók: Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai elemzésben.* Akadémiai, Budapest.

MÉREI F. (1985): *A szocializáció Piaget rendszerében.* In: Popper P. (szerk.): *Piaget emlékkötet.* Akadémiai, Budapest, 7–24.

SZVATKÓ A. (1999): *Bevezetés a szenzoros integrációs terápia szemléletébe.* In: Szvatkó A. (szerk.); Varga I. (szerk.): *Szenzoros integrációs terápiák.* Tanfolyami segédanyag, kézirat, Budapest, 50–56.

VARGA I.; SZVATKÓ A. (1993): *A játék, a fantázia szerepe a szenzoros integrációs terápiákban.* Óvodai Nevelés, 46/5, 151–153.

ZEINTLINGER, K. E. (1991): *A pszichodráma-terápia tételeinek elemzése, pontosítása és újrafogalmazása J. L. Moreno után.* Híd Családsegítő Központ – NEVI – Caritas Hungarica – Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichohygénés Egyesülete, Budapest.

Szellemvilágban – Egy örökbe fogadott gyermek terápiája a labirintusban

Bedő Ilona

| Bevezető

Bevezetőként egy párbeszédet szeretnék bemutatni a terapeuta és a gyermek között, mely mélyen bevilágít a gyermek lelkébe. A jelenetet egy dinamikus szenzoros integrációs terápiás (DSZIT) óra anyagából emeltem ki, pontossága az akkor készült filmfelvételnek köszönhető (Bedő, Molnár, Kékesi 1998).

(Gergő belemászik az álló gumihengerbe, melyet öt külső autógumiból szereltek össze.)

Gergő: ...kérek szépen valami lepedőt vagy valamit!
Terapeuta: Takarót, takaró jó lesz?
Gergő: Mindegy, csak az a lényeg, hogy el tudjam magam takarni.
Terapeuta: Hogy el tudd magad takarni. Hozom azt a takarót.
Gergő: *(A későbbiekben végig a takaró alatt tartózkodik. Csöndben ringatja magát előre-hátra.)*
Terapeuta: Akkor én itt kint várlak.
Gergő: *(kiabálva)* A tornateremben csak egy gyereknek a szelleme van, és a szellem mozgatja ezt a gumit!
Terapeuta: Ühüm. És az a szellem mit szeretne?
Gergő: Semmit. A szellem az semmit nem szeret.
Terapeuta: A szellem az semmit nem szeret.
Gergő: A szellemnek semmit nem lehet adni, mert mindent kiejt a kezéből.
Terapeuta: Aha. A szellemnek semmit nem lehet adni, mert mindent kiejt a kezéből.
Gergő: És nem tud semmit fölvenni.
Terapeuta: És nem tud semmit fölvenni. Miért van ez? A szellem ezt miért nem tudja megcsinálni?
Gergő: Átmegy minden a kezén.
Terapeuta: Átmegy minden a kezén. Hm.
Gergő: Igen. Hoppá! Hupsz! Hú-ú!
Terapeuta: És hogy van ez a szellemeknél? Hogyha a szellemeknek vannak szüleik, apuka, anyuka meg gyerek, akkor nem tudnak egymásnak semmit adni?
Gergő: De tudnak. Egymásnak tudnak, csak azok szellemtárgyak, azt meg mi nem tudjuk fölszedni.
Terapeuta: Aha, értem. Tehát ha szellem ad a szellemnek, azt meg lehet fogni.
Gergő: Azt a szellem meg tudja fogni, és mi nem tudjuk megfogni.

Terapeuta: Azt a szellem meg tudja fogni, és mi nem tudjuk megfogni.
Gergő: Azt csak a szellem tudja.
Terapeuta: Mi meg azt tudjuk megfogni, amit mi adunk egymásnak ezek szerint.
Gergő: Azt meg a szellemek nem tudják.
Terapeuta: Azt meg a szellemek nem tudják.
Gergő: Ezt mind csak a szellem mondja.
Terapeuta: Na, és figyelj csak, akkor a szellemek között semmiféle találkozás vagy érintkezés vagy ilyesmi nincsen?
Gergő: *(nem válaszol)*
Terapeuta: Szóval nincs válasz. Hm? Hát a szellem most nagyon elgondolkodik. Na, hát akkor én kint várok. Lehet, hogy nekem is csöndben kéne lennem? De hát én nem szellem vagyok, hanem igazi ember vagyok.
Gergő: *(csönd)*
Terapeuta: Hallok valami mozgolódást abból a szellemvilágból, valami mozgolódik.
Gergő: Hoppá! Kikelt a lepkebáb! *(ledobja magáról a takarót, lengeti a karjait)*
Terapeuta: Kikelt a lepkebáb.
Gergő: *(kiabálva)* A nyű!

Gergő története

Gergő hatévesen járt nálam először örökbe fogadó anyjával iskolaérettségi vizsgálaton. Az óvónők a gyermeket súlyos viselkedési zavarokkal jellemezték: nem tud kialakítani kapcsolatot se a gyerekekkel, se a felnőttekkel. Nem fogadja el az irányítást. Ha korlátozzák, dührohamot kap. Véleményükben a gyermeket szellemileg retardáltnak minősítették.

Az iskolaérettségi vizsgálaton fény derült Gergő kiváló értelmi képességeire, azonban az érzelmi fejlődési deficitet egyértelműen konstatálni lehetett. Az anyával felvett interjúban a gyermek sorsa a következőképpen rajzolódott ki előttem.

Örökbe fogadó szülei másfél éves korában hozták ki a csecsemőotthonból Gergőt, s azonnal kórházba vitték, mivel fertőzés következtében a gyermek komolyan megbetegedett, sőt az élete is veszélyben forgott. Többhetes kórházi kezelés után került új otthonába.

Az anya elmondta, hogy az örökbefogadást elsősorban az apa kezdeményezte. A gyermek nevelése kezdettől fogva konfliktusok forrása volt férje és közötte. Számára a gyermek egyre nagyobb teherré vált, egyre kevesebb türelme volt Gergő kibírhatatlan, nyugtalan viselkedéséhez, ahhoz, hogy nem képes kontrollálni önmagát, dührohamokat kap, makacs, önfejű. Eddig már több intézményt fölkerestek, ahol megoldást reméltek problémáikra, ezidáig sikertelenül.

Gergő nagyon vékony, furcsán világoskék szemű, megfésülhetetlenül kócos, vörös hajú kisfiúként maradt meg bennem. Arca ovális, finom vonalú, finom csontozatú az egész gyermek, orra, szája formás, fogai szépek, hangja enyhén diszfóniás. Intellektusa, beszéde, humora nyomban erős vonzást gyakorolt rám.

Elküldtük iskolába azzal, hogy amennyiben szükséges, ősztől térjenek vissza hozzánk, megpróbálunk segíteni nekik család- vagy egyéni terápiával, nevelési tanácsadással. Nem javasoltuk Gergő számára a körzeti iskolát, hanem egy olyan másik állami intézményt, amelyet különösen gyermekcentrikusnak ismertünk.

Másfél évig nem hallottam Gergőről, mígnem egyszer csak felmerült a neve, szenzoros terápiára javasolták hozzánk. Elvállaltam a gyermeket. Meglepetésemre nem az általunk javasolt iskolából érkezett a javaslat.

Hamarosan újra találkoztam Gergővel. Az első órára apjával érkezett. A gyermek első találkozásunkhoz képest megnyúlt, haja rendezett, megsötétedett, szemüveget hord. Ekkor nyolc és fél éves. Az apától megtudtam az elmúlt másfél év történetét. Feleségével válnak, az ok: Gergő. Ő neveli ezután, a közelmúltban szét is költöztek. A gyermek és apja közötti kapcsolatot igen bensőségesnek láttam. Gergő a beszélgetés alatt a legtermészetesebb módon üldögélt apja ölében néha kiegészítve apja mondandóját. Észrevehető volt azonban Gergő csecsemős igénye: mindent azonnal megkapni (választ, illetve enni-, innivalót). Apját leginkább „használta", hogy megkapja, amit szeretne. Szemkontaktust nem vett fel velem, beszéde személytelen volt, nem szólított meg semmilyen módon.

Az előző iskolából azért hozták el, hogy megelőzzék az eltanácsolást. Jelenlegi iskolája baráti kapcsolat révén a problémák ismeretében vállalta Gergőt, mégis most, háromnegyed év múlva, teljesen tehetetlennek érzik magukat. Gergő híre egészen az igazgatónőig terjedt, aki a pszichológiai vizsgálat megkezdése után egy héttel mégis eltávolította az iskolából Gergőt kezelhetetlensége miatt. Hirtelenjében keresnünk kellett számára egy befogadó iskolát, illetve tanítónőt. A tanítók és a gyerekek számára legijesztőbbek Gergő szorongásos, illetve dührohamai voltak: ilyenkor magát a földre vetve fetrengett, és torkaszakadtából üvöltött sírva, artikulálatlan hangon, egy ilyen alkalommal mentőt is hívtak hozzá. E rohamainak valamilyen akadályoztatás, vélt vagy valós igazságtalanság, sérelem volt az oka, azonban ezek egyike sem állt arányban a gyermek válaszreakciójával.

Azt is felrótták a gyermeknek, hogy kizárólagosságot követel, szétdúlja az órákat, lesöpri az asztalt. Óra alatt is a tanítónőn lóg, ölelgeti őt.

Gergőről még nagyon sokat tudnék mesélni, azután az apával, sőt az anyával való foglalkozásaimról, a tanítókkal való együttműködésről, de ez meghaladná e tanulmány kereteit.

Gergő viselkedési problémái és az érzékszervi integráció éretlensége szempontjából egy érdekes információt kaptam a szülőktől. Mind az apa, mind az anya egymástól függetlenül azt állították a másikról, hogy a testi kapcsolatot, a testi érintést nem igénylik, sőt hárítják.

Az apától megtudtam, és magam is tapasztaltam, hogy a gyermek humorérzéke rendkívül fejlett, ezáltal lehet őt a legjobban szabályozni. Nagyon kreatív, sokat olvas. Matekból kiemelkedően jó, de érdekli a történelem, a földrajz, a biológia. Tudása az említett területeken messze meghaladja kortársaiét. Érzelmileg csak a negatív dolgokra reagál, mindenben a rosszat, az ijesztőt, az elrettentőt veszi észre (robbanás, lövöldözés, gyilkosság), a halál foglalkoztatja. Ezt én is tapasztalom a későbbiekben: „Van egy katasztrófám" – mondta egy intőre. A piros festékpötty =

„vér", szökkenés a bordásfalról = „halálugrás". Apja megjegyzése szerint „mindenki »nem«-mel kezdte Gergő felé".

| Gergő terápiája

Az első találkozás után megvizsgáltam Gergőt. A vizsgálati eredményekből kiemelhető az extrém magas intelligenciaszint. A dél-kaliforniai szenzoros integrációs tesztek és megfigyeléseim alapján szenzoros alapú mozgásrendellenességet állapítottam meg: posztuláris zavart és diszpraxiát. Ez azt jelenti, hogy a gyermeknek nincs világos képe a testéről, annak kiterjedéséről, nem tudja viszonyítási pontként használni a térben. Teste két oldalának együttműködése sem tud maradéktalanul megvalósulni. Kezét, lábát nem képes harmonikusan együttmozgatni, illetve váltott végtagokkal mozgást végezni (járás, futás, indiánszökdelés, páros lábbal ugrás, test előtt keresztezett mozdulatok). Rajzban nehezére esik a testközépvonalat átlépni, jobb kézzel a lap bal oldalára rajzolni, és fordítva: bal kézzel jobb oldalra. Téveszti a bal-jobb irányokat. Ez problémát jelenthet később a magasabb rendű idegműködésben, olvasásban, írásban, gondolkodásban, számolásban, emlékezetben.

Az élettörténeti és a vizsgálati eredményeket átgondolva úgy döntöttem, hogy DSZIT- terápiát ajánlok a gyermeknek, ahol az idegrendszeri, érzékszervi együttműködés érése mellett talán lelki hiányaihoz, traumáihoz is hozzáférhetek. A foglalkozásokat a szenzoros integrációs terápiás teremben kezdtük meg, amelyet mi „labirintusnak" neveztünk el, hiszen a hely fizikai jellege és a terápia szimbolikus jelentése kifejeződik, összesimul benne.

A teremben Gergő azonnal regrediált, kisgyerekessé vált. Járása tipegős lett, selypítve beszélt, fekvő helyzetben csecsemősen rugdosott, kapálózott.

A terápiás folyamat mintaszerűen követte a normál fejlődést, a „születés" után megjelentek a gyermeki fejlődés állomásai – szinte a tudomány által leírt fiziológiai és pszichés fejlődési szakaszok illusztrációjaként.

Az első időben állandóan a *függőhálóban* tartózkodott, eleinte teljesen passzív volt, folyamatosan engem kért, hogy hintáztassam, forgassam. Magzati pózba húzta össze magát. „Úgy ülsz a hálóban, mint egy csecsemő" – mondtam. „Az anyaméhben?" – kérdezte. A függőháló után a legkedveltebb eszköze a *henger* vagy *„alagút"* volt. Belebújt, majd azt mondta: „Mint a kiscsirke a tojáshéjban, csak én egy gyereknek születtem." A *takarót* is kedvelte. „Mire jó a takaró?" – kérdezte tőlem. A kérdést visszaadva neki, a következőt válaszolta: „Otthon bele szoktam a paplanba tekerőzni, hogy nem tudok megmozdulni." A hálóban, mely szorosan körülölelte őt, kérte, hogy forgassam, készült a „születésre", egyre kisebbre húzta össze magát, és így szólt: „Olyan pici szeretnék lenni, hogy kiessek a lyukon."

Időnként mesélt a csecsemőotthoni emlékeiről: „Sírtam, mikor szétharaptam a cumimat, annyira szerettem." Nyilvánvaló volt ezekből és a későbbi jelekből is, hogy Gergő magzati korában, születésekor, majd az intézeti hónapokban a „nem kellek" érzést, az elutasítást, az eldobást, az elhagyatottságot élte meg. Súlyos érzelmi és fiziológiai hiányállapotokat szenvedett el. Ezek következménye lehetett az idegrendszer

fejlődésének elmaradása is. Ugyanakkor a mentalizációt segítő kérdések, ismétlések, tulajdonítások, a tükrözés, az értelmezések Gergő gyors, adekvát válaszait indukálták. Ez azt mutatta, hogy a gyermekben a trauma, a meg nem történt események megtörténésének vágya nemcsak érzelmileg munkál, hanem ott van a tudatában is, vagy legalábbis tudatközelben.

Vártam, hogy Gergő a labirintusszobában kilenc hónapra fog „megszületni", de tartotta magát eredeti születési idejéhez, egy hónappal korábban érkezett, így nálam is nyolc hónapra „született meg". Nyolc hónappal az első találkozásunk után bekéredzkedett a hálóba, kérte, hogy a hálóval együtt segítsem az „alagútba". Majd: hogy fordítsam meg, tehát fejjel lefelé. Ebből a helyzetből tolta ki magát, és azt mondogatta: „Jövök, jövök."

Mivel a művelet meglehetősen nehéz volt, mind a ketten kapkodtuk a levegőt az erőlködéstől. Közben hívtam őt: „Gyere, gyere. Várlak." Kikerülve az „alagútból" magzati pózban: „Oá, oá..." – sírdogált. A születés ekkor úgy történhetett meg, ahogy Gergő vágyott rá, ahogy szerette volna: *várjanak rá, akarják.* Ezután nagy változást vettem észre Gergő viselkedésében, először szólt hozzám normális hangfekvésben, korának megfelelő hangján. Az ezt követő óra elején a váróban nagy örömöt mutatott, amikor meglátott. Odarohant hozzám, nem várta meg, hogy elköszönjek az előző gyermektől. Rám függesztette a szemét, és sorolta, hogy mit szeretne csinálni aznap a labirintusban. Mindez teljességgel szokatlan volt tőle. Ettől kezdve éreztem azt, hogy különálló, egyedi emberként elfogad, szeret, s nem egy tárgyat lát bennem (Kulcsár 1996).

Az órát azzal kezdte, hogy: „Háló, ma nem!", „Nem vagy, háló, az anyám". Már utaltam rá, hogy Gergő korában hihetetlen az, ahogy a labirintusban történtekhez, ebben az esetben a „megszületéséhez" viszonyult. A gyermek jelentős mentalizációs képességét mutatja, ahogy érzelmileg, de szóban is képes volt reagálni a különleges emocionális élményre. Megtörtént, aminek meg kellett történnie, ugyanakkor jelezte, hogy tisztában van a valósággal. Rendkívüli mentális és érzelmi teljesítmény!

A függőháló után a *függőágy* következett, mint a legkedveltebb tárgy, azután a *hinta.* A függőháló vagy csepphálo a mennyezetre egy ponton felfüggesztett zsákszerű eszköz, amelybe egy nyíláson keresztül lehet belebújni összekucorodva, a gyerekek számára sokszor szimbolikus anyaméhként jelenik meg. A függőágy két oldalon van rögzítve, általában famerevítők biztosítják az „ágyszerűséget", bele lehet feküdni hason, háton, vagy ülni, sokkal nyitottabb, és közelebb áll a hintához, mint a csepphálo. A gyerekek számára híd, mászóka, madárfészek is lehet.

Gergő a passzivitásból lassan áttért az aktivitásra, először én forgattam, hintáztattam, majd ezt egyre kevésbé igényelte, csak azt kérte, hogy álljak ott mellette. Végül már arra sem tartott igényt. Ha forogni akart, letette a kezét a földre, és úgy pörgette be magát.

Egy alkalommal azt kérdezi tőlem: „Tudod, hogy mit jelent a no la vie?" Érdeklődésemre a következőt válaszolja: „Azért mondtam, mert rossz érzés volt lógni a kötélen fejjel lefelé, mintha meghaltam volna." Fejében érezte a rosszat: „Ugyanis ott gondolkozok." Amiről gondolkozik, az „kifejezhetetlen". Később: „Majdnem mindig rosszat álmodok. Több évig álmodok. Van olyan, amit azóta álmodok, amióta em-

lékezetem van." Miközben ezeket mondja, üti-veri a piros óriáslabdát. Majd üt-vág mindent, ahol ér. Kivasal egy bábut. „Meghalt" – mondja. – „El kell temetni, oda, ahol piros hó esik. Minden fordítva van. Minden rosszul van." Végül megdobál egy rongylabdával. Ezek a mondatok a haragját mutatják az „anyái" felé, felém is, hiszen az nem természetes dolog, ha az anyák elhagyják gyermeküket, és a „kitettség" élménye olyannyira fájdalmas, hogy bizony nem temethető el ott, ahol piros hó esik, csak képzeletben.

„Lehet, hogy a halálról szoktál álmodni?" – kérdezem. „Lehet, hogy jól gondolod" – válaszolja. „Anyukámnak a hasájában álmodtam ezeket. Aki szült, annak az anyukámnak a hasába belekakiltam." Talán a zavaros magzatvízről hallhatott, és úgy érezhette, hogy ez a rosszaság is oka lehetett annak, hogy elhagyták őt.

A következő ülésen bebújt a hálóba, kérte, hogy tegyem alá az *ugróasztalt*, az ugróasztalra tegyem rá a *zsámolyt*, majd hálóstul tegyem őt az ugróasztal mellé. Az egész óra azzal telt, hogy a hálóban tartózkodva többször felküszködte magát a zsámoly tetejére, s ott azt kérte, hogy emeljem föl, és tartsam őt a levegőben (!). Arra gondoltam, hogy Gergő még a védőháló oltalmában próbálta erősíteni, építeni önmagát, hogy képes legyen elkülönülni, differenciálódni, azonossá válni azzal a fiúval, aki lenni szeretne. És ha ez megtörténik, akkor átadhatja magát egy másik emberrel való kapcsolatnak, a másikba vetett bizalomnak.

A terápiás folyamatban Gergő a következő fejlődési szintre ért: gyermek a babakocsiban. Az általunk *mózeskocsinak* nevezett eszköz lett a kedvence egy időre (Molnár Magda kollégám találmánya, ruháskosár kerekekkel). Hetekig azt játszotta, hogy belebújt a kosárba, betakartatta magát egy nagy takaróval. Kidugta belőle a lábait: „bölcső" – kezdte, „mózeskosár" – mondta később. Kérdeztem tőle, hogy ismeri-e a szó eredetét. „Gonosz király meg akart minden gyereket ölni. Csináltak mózeskosarat, beszutykolták a mózeskosár alját, a gyerek nehogy beleessen a vízbe" – hadarja, s ekkor vécére kell futnia pisilni. Ilyet még sose tett, sose ment ki a vécére órán. Utána folytatja a mesét: „Majd az édesanyja lesz a dajkája, amikor a királylány megtalálja Mózest a kertje alján. Úgy neveli a saját gyermekét." Utalok Gergő és Mózes hasonló sorsára. Gergő szerint nem így van: „Rólam nullaéves koromban döntött az a néni, aki szült, hogy a kórházban hagy. Mózes anyja nem saját maga hagyta ott a gyerekét." Kérdésemre, hogy nagyon rossz-e erről beszélni, azt mondja: „Nem érzek semmit, csak elmondom."

Óra végén nem akar elmenni, ez új dolog. „Itt alszom" – mondja.

A téma nyilvánvalóan megterhelte a gyermeket, a túlcsorduló érzelem, az izgalom, feszültség megtette hatását, pisilnie kellett. A megkönnyebbülés után az ismert történet segítségével ki tudta fejezni félelmét a vízbeeséstől, a megfulladástól, amely összefügghet a koraszülés körülményeivel. A történet vége mintha utalás lett volna arra, hogy végső soron elég jó anyát talált a szülőanyja helyett. Valószínű, hogy a szülők, az apa mesélhetett Gergőnek Mózesről, ami segített a gyereknek megérteni, átértelmezni az örökbefogadást.

Egy alkalommal elmesélte, hogy üzenő füzetében rengeteg a beírás, mindig hiányzik valami az iskolában. Miután elmesélte: „Ehem-behem, szíjok" – selypegett.

Lefeküdt a földre, ordítva sírt, öklözte a szemét, ide-oda forgott: „Kisbaba lettem" – mondta.

Megkérdeztem tőle: „Gergő, amikor rosszul esik valami, vagy dühös vagy, mit szoktál csinálni?" „Ugyanezt" – válaszolta. Úgy látszott, hogy a gyermek a terápia „mintha"-terét jól hasznosította viselkedési problémáinak felismerésére, megértésére.

Sokszor kérte, hogy énekelve tologassam a mózeskocsiban, közben ő: „Oá, oá..." – sírdogált. Egy idő múlva kötelet kért a kocsiba, és annak segítségével húzta saját magát előre-hátra. Később azt játszotta, hogy odakocsizott hozzám, majd ellenkező irányba húzta magát. Ezt hosszan ismételgette. Később ezt *gördeszkán* csinálta, eltávolodott, majd visszatért.

A jelenséget Sigmund Freud óta ismerjük. A gyermek kétéves kora körül már képes eltávolodni anyjától, de még újra és újra visszatér hozzá „érzelmi tankolásra". Ebben a terápiás időszakban többször durván elküldött maga mellől, s valahogy úgy alakult, hogy véletlenül újra meg újra megütött valamivel. Egy alkalommal egy „hülyegyerek" osztálytársáról beszélt, aki „pszichopata és pszichiáterhez járnak". Kérdésemre, hogy tudod-e, ki az a pszichiáter? „Olyan, mint te nekem" – mondta. „Nem lehet az osztálytársakat, családtagokat megválasztani" – panaszolta. Azt válaszoltam, hogy a barátokat és néha a családtagokat is meg lehet választani. „Úgy, mint ahogy engem az apa és az anya?" – csillan föl a szeme.

Gergő viselkedésében felismerhetjük a hozzá hasonló gyerekekre jellemző kettősséget, a haragot a „nénivel szemben, aki szülte", elhagyta, amelybe ő majdnem „belehalt", és az örömöt azáltal, hogy örökbe fogadó szülei őt „kiválasztották" (Kernberg, Weiner, Bardenstein 2007).

A következő tanévet a mózeskocsival kezdte: takaró, párna, óriáslabda került a kocsiba, „Mehetünk mama" – mondta selypítve. Addig lökdöste magát, míg ki nem esett a kocsiból. Sírt, és én addig simogattam, nyugtatgattam, míg abbahagyta. Végül közölte: „Nem kell tolnod, már tudom magamtól." Ez rámutat arra, ahogy Gergő oda-vissza járkált a valóságos és a „mintha"-helyzet között, mely segítette őt az egyre reálisabb önkép kialakulásában.

Tapasztalatok

Élményeink magukban hordozhatnak gondolati, érzelmi és testi, szenzoros összetevőket. A bennünket érő események nyomot hagynak testünkben is, izmainkban, bőrünkben, érzékszerveinkben kódoljuk azokat.

Ezek az összetevők különösen áthatják egymást a preverbális korban, a testi élmények ekkor különösen kiemelt jelentőségűek. Gondolhatunk itt elsősorban Jean Piaget-ra, aki a gondolkodás fejlődésének elméletét a szenzomotoros sémákra alapozta, illetve tanítványának, Félicie Affolternek a kutatásaira, aki a taktilis (tapintás, érintés) érzékelés kiesését a világ megismerésében helyrehozhatatlan deficitnek tartja.

A hagyományos játékterápia a beszéd előtti időszak történéseivel nemigen tud mit kezdeni. Ha a gyermeknél testtel, szenzóriummal is összefügg a pszichés probléma, akkor is eszköztelenek, tehetetlenek vagyunk. A gyerek közvetítőkön keresztül, szim-

bolikusan jeleníti meg élményeit, s ezeket vagy a gyerek, vagy a terapeuta verbalizálja, utóbbi értelmezi, a tudatba emeli. Ehhez a gyermeknek bizonyos fogalmi és érzelmi fejlődési szinten kell lennie. A trauma vagy az élményhiány testi, szenzoros összetevői érintetlenek maradnak, az érzelmi korrekció is szűkebb sávban történhet meg.

Sokévi munka és tapasztalat alapján azonban ma már tudunk segíteni ezeknek a gyerekeknek is a DSZIT-terápia segítségével.

A DSZIT kettős törekvésünkből alakult ki. Egyrészt növelni kívántuk a gyerekek szenzoros integrációját, idegrendszeri érettségét, amelyet Anna Jean Ayres (Ayres 1979) elméletéből következően elsősorban a labirintusszerv ingerlésével érhetünk el, másrészt éltünk az analitikusan orientált terápia szemléletével is. A két megközelítés ötvözése révén próbálunk leszállni a mélybe, hogy testi és pszichés úton eljussunk a lélek labirintusába, megismerjük annak titkait, és mozgósíthassuk a sokszor tudattalan öngyógyító erőket.

A szenzoros eszközök segítségével a gyerekek közvetlenül jeleníthetik meg traumáikat, élhetnek át testi összetevőket is magába foglaló korrekciós, illetve mint Gergő esetében, hiányzó élményt a terapeuta segítségével. S a terápiában a terapeuta is aktívan részt vesz, mégpedig testi valójában is, hiszen megérinti, megfogja a gyermekeket.

A DSZIT szemléletéből következően a terapeuta – a beszédnél, a rajznál közvetlenebb – érintés útján is közelít a gyermekhez, az ő testi és pszichés problémáihoz.

A terápia folyamán a gyermek visszatérhet az időben ahhoz a kritikus ponthoz, amely pszichés fejlődését akadályozza, ahol lelki fejlődése megrekedt. Különösen nagy erénye a DSZIT-terápiának, hogy a szenzoros eszközök segítségével a gyerekek magzati korukat is újraélhetik, ahogyan azt Gergő esetében végigkísértük.

Mint minden terápiában, a DSZIT-terápiában is a legfontosabb a kapcsolat. További jelentős tényező az elegendő idő, a kivárás, a türelem és a gyerekek saját fejlődési ritmusának elfogadása.

Szükséges a megfelelő tér nyújtása fizikailag és érzelmileg. A Gergőhöz hasonló gyereknek erre fokozott mértékben szüksége lehet. Sokat kell kapnia a terapeutától, mert a gyermek szűkölködött. A terapeutának törekednie kell a gyerek jelzéseinek megértésére – bármilyen csatornán érkezzenek is –, majd a „megértettség" kinyilvánítására felé.

Az olyan gyerekek, mint Gergő, akik valamilyen okból korán elszakadtak édesanyjuktól, s nem volt, aki ringassa, simogassa őket, nem juthattak hozzá az idegrendszer éréséhez nélkülözhetetlen vesztibuláris és taktilis ingerléshez sem. Anyai kéz és hang nem csendesítette, csitította őket, így nem tanulhatták meg, hogyan nyugtassák meg önmagukat. Testük-lelkük éhezik a szeretetre, de nem tudják, hogyan szerezzék meg. És aki nem kap szeretetet, az nem képes sem önmagát, sem másokat jól szeretni.

Az ilyen gyerekek később sírósak, ingerlékenyek, nyugtalanok lesznek, nem tudnak várni, indulataikat képtelenek gátolni, az óvodai, iskolai közösségbe nehezen illeszkednek be, folyamatosan összetűzésbe kerülnek környezetükkel.

Személyiségük alakulása zavart szenved, a reális énkép helyett ún. grandiózus (felnagyított, óriás) szelfet alakítanak ki. Valós értékeik nem kapnak elég figyelmet, helyettük a környezet által túldicsért tulajdonságaik fejlődnek, sokszor önzők, a saját vágyaik, igényeik mindig előbbre valók másokénál. Nárcisztikusak, mint a mondabeli Narcisszusz, aki saját képébe volt szerelmes. Bizonyos családi konstellációk kedveznek a nárcisztikus személyiség kialakulásának (Kernberg, Weiner, Bardenstein 2007), ilyenek lehetnek az elvált családok, a gazdag családok gyerekei, az árva gyerekek és az örökbe fogadott gyerekek is, mint Gergő.

Ezekkel a gyerekekkel a hagyományos terápiák keretében azért vagyunk tehetetlenek, mert a valóságról alkotott képzeteik hiányosak, nem tudnak játszani, nem rajzolnak, nem tudják szóban kellően kifejezni vágyaikat, érzelmeiket, csak mozgással, testtartással, gesztusokkal, mimikával és hangokkal. Gergőnél is megfigyelhettük, hogy az ilyen gyerekek gondolatai összefüggőbbé, gördülékenyebbé válnak, nyelvük is jobban megered, ha szabadon változtathatják testhelyzetüket, kedvükre mozoghatnak.

A DSZIT-terápiás keretben gondolataik és érzelmeik szabadon áramolhatnak, emlékeik fölidézhetők, élményeiket nagyobb teljességben élhetik át.

Gergő a labirintusban feldolgozhatta fájdalmát, hogy sem vér szerinti anyja, sem örökbe fogadó anyja nem tudta elégséges mértékben kielégíteni érzelmi és testi szükségleteit, *megfoghatatlan szellemanyák* voltak. És akinek szellemanyja van, az *szellemgyerek*. A terápia során azonban megszerezhette, pótolhatta mindazokat a tapasztalatokat, amelyeket a *kézzelfogható anyák* gyermekei átélnek, s ily módon szellemből *igazi gyerekké* válhatott.

Irodalom

Ayres, A. J. (1979): *Sensory Integration and the child.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Bedő I. (1996): *Autisztikus fejlődési zavar és a nárcisztikus személyiség-rendellenességek.* In: *Beilleszkedési zavarok.* Kézirat, belső használatra (az Óbudai Nevelési Tanácsadó hasonló című előadássorozata nyomán a Soros Alapítvány támogatásával).

Bedő I., Molnár M.; Kékesi A. (1998): *Labirintus.* A tudományos-ismeretterjesztő film szövegkönyve. Budapest, Arted Művészeti Kft.

Kernberg, P. F.; Weiner A. S.; Bardenstein, K. K. (2007): *Személyiségzavarok gyermek- és serdülőkorban.* Animula, Budapest.

Kulcsár Zs. (1996): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók: Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai elemzésben.* Akadémiai, Budapest.

ÉLETÜNK, A HÉTKÖZNAPI

Úszni a búzaboldogságban

Jánó Annamária

Gyermekkorom meghatározó élményei (vagy élményhiányosságai) közé tartozik, hogy a kis falu izgalmas gyermekkalandjait valahogy mindig kívülállóként, kissé sóvárogva, értetlenkedve figyelem. Valahogy nem értem, hogy lehet mezítláb, viharos sebességgel fára mászni, nem törődve a kisebb horzsolásokkal, csaláncsípésekkel, onnan szénakazalba ugrálni, és ezt újból és újból, fáradhatatlanul ismételgetni. Miért nem törik le a recsegő ág a rákötött fahánctól, amelyen ülve, állva, guggolva lehet száguldozni? Miért nem félnek a többiek, és mi az, ami ekkora örömet jelent számukra ebben a mozgáskavalkádban? És legfőképp az foglalkoztatott, hogy mit tudnak ők, amit én nem? Néhány bátortalan próbálkozás után, amikor a fa törzsének érdes dörzsölését napokig éreztem a lábamon, vagy amikor rájöttem, hogy a rögtönzött hinta száguldásának látványa is émelygéssel tölt el, lassan-lassan elfogadtam, hogy ez a kiváltság csak egyeseknek jár. Csak a faág recsegős egyenletes lüktetésű ritmusa maradt meg bennem, miközben általában egy fa alá húzódva olvastam. Erre rátevődött a szülői túlóvás, valamint megerősítésként az a mondat, hogy: „Ő ilyen, olvasni szeret." Lassan-lassan elfogadtam egyfajta erényként ezt a tényt, és feladtam a próbálkozásokat. Időnként titokban azért fellopóztam a legalacsonyabb fa ágára, és a lombok között elrejtőzve olvastam, ezzel megerősítve magamban azt, hogy én is tudok fára mászni.

Felnőttként – most már tudom, hogy nem véletlenül – a szenzoros integrációs szemlélet elméleti alapjait tanulmányozva nagy megnyugvással vettem tudomásul, hogy gyermekkorom meghatározó élményeinek, nehézségeinek van magyarázata, sőt tudományos megnevezése. Még felnőttként is jól jött az a felismerés, hogy nem voltam nagyon más, talán csak kicsit másként vagyok „huzalozva". Aztán a képzés „sajátélmény" részében három napra önfeledten vetettem bele magam az élménypótlásba, amelyet – most már a terápiás közeg biztonságában – bátran tettem meg. Mai napig intenzíven él bennem annak a száguldásnak az öröme, amelyet 35 évesen egy kisautón tapasztaltam meg, amint éppen az volt a feladat, hogy hiperaktív kisgyerekként „játsszam" azt, hogy nem veszek tudomást semmiről, csak a csillapíthatatlan mozgásigényemet élem ki.

A sajátélmény végén, az élmények elraktározásának folyamatában nagyon sok kérdés fogalmazódott meg bennem. Mit kell tennem szakemberként, hogy olyan kereteket biztosítsak, amelyekben létrejöhet az élmény? A saját szenzoros „korlátaim" tudatosítása előnyt vagy hátrányt jelent ebben? Kérdéseimre nem találtam egyértelmű válaszokat, de ez a folyamat rávezetett arra, hogy pusztán egy kérdés feltevése is hozzásegíthet a válaszok megszületéséhez, valamint, hogy a válaszok legtöbbször az „itt és most" típusú helyzetekben fogalmazódnak meg.

Ilyen helyzet adódott a múlt nyáron, amikor vidéken nyaralva 5-6 gyerek társaságában éltem a nyári szabadságon lévő gyógypedagógusok formális keretek nélkül zajló, de játéktól nem mentes hétköznapjait. Éppen a következő játékon gondolkodtam, amelybe egyaránt be lehetne vonni a kétéves és a tízéves gyereket, amikor észrevettem, hogy a tőlünk karnyújtásnyira lévő magtárba bekerült a frissen learatott búza. Sajátos illata csalogatóan hatott rám, és félig a szakember tudatosságával („Micsoda taktilis élményszerzési lehetőség!"), félig meg a gyermekkori élménybeli hiányosságok pótlásának szándékával döntöttem el, hogy kinyitom a magtár ajtaját, és megkínálom a lehetőséggel a gyerekeket. Kínálásról szó sem lehetett, hiszen a félig nyitott ajtón keresztül a gyerekek szinte beáramlottak a magtárba. Úgy tűnt, senkinek nem volt kérdés, hogy mit lehet ott kezdeni... Innentől kezdve amolyan kettős módon voltam jelen ebben a csodálatos mag-térben. A tudatos szakember énemmel diagnosztikus értékű megfigyeléseket folytathattam arról, ahogyan a különböző gyerekek saját ritmusuk és szenzoros profiljuk függvényében veszik birtokukba a búzát. Megfigyelhettem a taktilis hárító vagy hiperszenzitív kislányt, aki a magtár biztonságos gerendáján kapaszkodva, először két ujja közé csippentett egy búzaszemet, és hosszasan vizsgálgatta, pár perc múlva már fél lábbal belemerészkedett a puha magtengerbe. Először meglepődött, majd kuncogott a lábát csiklandozó búzaszemek érzésétől, aztán hirtelen rémülettel huppant vissza a fagerendára, és egyenként szedte ki pici ujjaival a lábujjai közé lopakodott búzaszemeket. Arcán az élmény újdonsága tükröződött, némi rémülettel elegyedve. Hirtelen azt gondoltam, hogy számára ez itt ér véget, de arra lettem figyelmes, hogy ezt újra és újra ismétli: fél lábbal beletoppan a búzába, hagyja, hogy újabb búzaszemek férkőzzenek a lábujjai közé, majd egyenként kiszedegeti őket. Egy idő után, amikor saját ritmusában megtapasztalta, hogy ez újból és újból ugyanaz az élmény, már nem volt fenyegető többé számára, és egyszer csak a gerenda széléről belehuppant a búzába, két kezével beletúrt a köréje tornyosuló halomba, és nagy élvezettel szórta két kézzel a búzát. Már az sem jelentett gondot, hogy esőzuhatagként hullik vissza a fejére a mag. Volt olyan gyerek, aki lassan, de határozott léptekkel haladt egyre magasabbra, a búzahalom csúcsa felé, és élvezettel figyelte, ahogy egyre mélyebbre süllyednek lábai. Akinek az inger minél intenzívebb megtapasztalására volt szüksége, az testét megmerevítve, pár percig mozdulatlanul állt, majd, mint egy szálfa, beledőlt a búzába, és élvezte a felfröccsenő búzafelhőt. Volt, aki fenékkel belehuppant a halomba, lábát kissé megemelve forgott egyre gyorsabban saját tengelye körül, mintegy búzatornádót teremtve. Az élmények forgatagát figyelve észrevétlenül történt meg velem, hogy már nem megfigyelőként, hanem résztvevőként voltam jelen. A felnőttek röstelkedésével vetettem bele magam a „forgatagba". Innentől kezdve csak az illatokat, a búza simogató ölelését érzékeltem, a gyerekek sikongató örömében. Amint éppen teljesen betemetkeztem, kihasználva a pár pillanatnyi csendet, amelyet az időközben egyre fáradó gyerekek szolgáltattak, arra lettem figyelmes, hogy a mellettem lévő kislány utolsó erejével még egyszer belehasal a búzába, és sűrű karkörzések közepette felkiált: „Nézd, úszom a búzaboldogságban!"

Ahogy az egyéni élményszerzési lehetőségek lassan-lassan véget értek, úgy lett az egyéni kalandból egy csendes csoportélmény. A kisebb gyerekek (a lányok) a legbátrabb legény köré csoportosulva elkezdték betemetni őt a búzába, valami olyan finom

óvatossággal, amelyben fel sem merült a felnőtt óvintézkedésének szükségessége... Amikor már a kistiúnak csak a nagylábujja csücske lógott ki a búzából, hirtelen néma csönd lett, és mindenki figyelte a búza egyenletes lüktetését. Hirtelen ujjongó örömmel kiáltott fel az egyik kislány: „Nézzétek, lélegzik a búza!"

Sokáig élt bennem ez az élmény, és bár mélységét és szenzoros vonatkozásait egyaránt értettem, megfogalmazni mégis nehezemre esett. Szakmai vonatkozásban Stanley Greenspan azon gondolata jutott eszembe, hogy a fejlődésében valamilyen módon elakadt gyerek életében szakemberként az a feladatunk, hogy játékosan csatlakozzunk ahhoz a lépcsőfokhoz, ahol az elakadás történt, és segítsünk megmászni a következő lépcsőfokokat. Saját élményként valami hasonlót tapasztaltam meg: hogy felnőttként sem késő visszacsatlakozni énünk azon részéhez, amelyik gyerekként nem bírta elviselni a fakéreg érintését. Ott, a búzatengerben hemperegve már megértettem régi gyerektársaim boldogságát.

Szakemberként sokszor tesszük fel azt a kérdést, hogy a szenzoros problémakör esetében, főként az enyhébb tüneteknél, mi a teendő? Van-e teendő? Milyen ajánlásokat adhatunk a szülőknek? Manapság már-már divatossá vált „civilizációs ártalomnak" nevezni a szenzoros integrációs zavarokat. Szakemberek vitáznak arról, hogy vajon tényleg többen vannak-e az ilyen gyerekek, vagy csak egyszerűen jobban rálátunk a problémakörre. Azt is látjuk, hogy a szülők körében két véglet tapasztalható: az egyik csoportot a nagyon tudatos, aggódó, fejlesztőháztól fejlesztőházig rohanó, előírt receptek alapján feladatsorokat gyakoroltató szülők gyermekei alkotják, a másikat pedig a „kütyük" előtt egész nap magára hagyott, védtelen gyerekek. Tudunk-e mi, szakemberek valami megoldást ajánlani?

Leginkább talán azt, hogy segítünk a szülőkben tudatosítani a környezetünkben rejlő, természet adta lehetőségeket, és felhívjuk a figyelmet arra, hogyan kínálják meg biztonságos közeget teremtve, a gyermekeiket ezekkel a lehetőségekkel. Hogy együtt „úszhassanak" gyermekeikkel az ezen egyszerű játékok nyújtotta boldogságélményben.

Mintha világot csinálnék magamnak

Molnár Magda

Szakmai, és egyúttal a hétköznapi emberi létem megélése szempontjából is paradigmaváltást jelentett, amikor megismerkedtem a szenzoros integrációs terápia szemléletével. Úgy éreztem, mintha egy olyan szemüveget vettem volna föl, amellyel a korábbinál több dimenzióban láthatom a világot, ám ez nem mennyiségi, hanem minőségi változást jelentett, mert e többlettel a korábbi ismereteimet is össze tudtam rendezni. Az előbbi hasonlat szerint, mintha az új szemüveggel a hátam mögé, a talpam alá, de szinte belülre is láthattam volna. E tapasztalatok közül emelek ki a következőkben néhány jellegzeteset.

| Hintaló

Nem lehet véletlen, hogy több száz éve hintalovak ringatják a kisgyerekeket. Eleinte királyi gyermekek játékai voltak, a világ nagy játékmúzeumaiban míves, művészi kidolgozású darabokat őriznek. Tészabó Júlia játéktörténettel foglalkozó művészettörténész megfogalmazása szerint a hintaló és a futkározás közben a lábak között tartott vesszőparipa a gyermekkor ikonjává vált. A Bölcsődei Múzeum Alapítvány hintalovakról szóló kiállításán szenzoros integrációs terápiás szempontból nagyon érdekesnek tartottam azt, amit a kiállítás egyik tablóján olvastam, hogy a gyermekként csenevész, beteges I. Károly király esetében – aki a feljegyzések szerint hároméves korában sem tudott még járni! – a hintalovacskázásnak tulajdonítják, hogy erős, daliás férfivá fejlődött, aki aztán a csatákban is remek lovasnak bizonyult. Nem csodálkoztam, hiszen Anna Jean Ayres munkásságából tudjuk, hogy a lovacska hátán való ringatózás, hintázás egyensúlyváltozásai működésbe hozzák a vesztibuláris rendszert, és ez jótékonyan hat az idegrendszer fejlődésére, ami azután a többi képesség kibontakozását is eredményezi.

Az is érdekes összefüggés volt számomra, hogy azokban a kultúrákban, amelyekben az anyák a testükre kötözve hordozzák gyermekeiket, nem dívott a hintaló mint játék, azokban a kultúrákban viszont, ahol nem kötötték magukra és nem cipelték a gyerekeket, hintalovat adtak a kicsiknek. Neuropszichológiai szempontból ezt azért tartom tanulságosnak, mert arról tanúskodik, hogy a különböző kultúrákban akár gyerekhordozás, akár hintalovazás formájában, de biztosították a gyermekek fejlődése szempontjából elengedhetetlen vesztibuláris ingerlést.

Ablaktörlők, csapok

Az emberek által tervezett tárgyak mozgásán is megfigyelhetjük, hogyan függ össze az emberi mozgásszervezés és az ember által tervezett gép mozgása. Egy nagy felhőszakadás alatt egy Citroën autóban ültem, és feltűnt nekem, hogy az autó ablaktörlői nagyon érdekesen működnek. Általában a két törlő egyszerre, hol jobbra, hol balra szokott csusszanni, így simítja le az esővizet az ablakról. A francia autóban ez másként történik. Kiinduló állásban az ablaktörlők egymásra zárulnak úgy, hogy a bal oldali van fölül. Törlés közben a bal oldali indul először balra és lesimítja a vezető előtti szélvédőrészt, utána a jobb oldali jobbra. Ekkor nyitott állásban vannak. Utána a jobbra nyitott visszazárul jobbról balra, végül a bal oldali is rázárul a jobbra. Teljes összhangban vannak egymással. Ezt ismételgetik ritmusosan, s én ezt szemléltem hosszasan, alig tudtam vele betelni a zuhogó esőben.

Első meglepetésem után, hogy jobban megértsem ezt a működést, két kezem mozgatásával modelláltam magam számára a látottakat, az ablaktörlők mozgását. (A „jobb megértésen" mi, „szenzorosok" a jobb agyféltekés – holisztikus, érző-mozgató aktivitáshoz kötött – megértésnek és a bal félteke – logikus, elemző, tervező – megközelítésének egységét értjük.)

Elkezdtem azon gondolkodni, milyen eltérő agyműködés állhat az egyik, illetve a másik ablaktörlő-megoldás hátterében, azután azon, vajon technikailag hogyan történik a két ablaktörlő mozgásának összehangolása. Az első esetben azt kell összehangolni, hogy mindkettő ugyanazt tegye, egyszerre induljon, egyszerre érkezzen, a második esetben igazodnia kell az egyik lapátnak a másik működéséhez. Az egyik lapát a nyitást kezdi, a másik a zárást, de csak akkor, ha a másik állása már lehetővé teszi. Azt nem tudom, van-e különbség a kétféle ablaktörlő vízeltávolítási hatékonysága között.

A világ egyik részén az út jobb oldalán haladunk előre, a balon jönnek szembe, amíg másutt éppen fordítva.

A skót vízcsapoknál figyeltem meg azt, hogy keverőcsap hiányában az egyik oldali csapból jött a hideg víz, a másik oldalról a meleg. Ha közepes hőmérsékletű vízre van szükségünk, kevernünk kell. A jobb és bal kézhez a hideg-meleg jelentés társítandó, majd megfelelő nagyságú csuklómozdulattal előállítható a kézmosó víz. A különböző mosdókban található vízcsapok abban is eltérhettek egymástól, hogy csuklóinkkal mekkora és milyen irányú forgatást kellett végeznünk ahhoz, hogy nyissuk, illetve elzárjuk a csapot. A számunka megfelelő hőfokú víz előállítása jobb-bal, hideg-meleg, befele-kifele csavarás megfelelő összerendezését igényli egy egyszerű kézmosásnál is. A másfajta csaphoz szokott ember szenzoros integrációját össze tudja zavarni ez a megoldás.

A szenzoros integráció tesz képessé bennünket arra, hogy ehhez a változatossághoz alkalmazkodni tudjunk, s ezáltal a szenzoros integrációra való képességünk is fejlődik. A kéz és az agy működése – mint tudjuk – szorosan összefügg, következésképp a különböző műszaki megoldásokban, mozgó tárgyakban a konstruktőr agyműködése is megmutatkozik, szinte tárgyiasul. Mielőtt messzemenő következtetéseket vonnék le, kifejezem örömömet, hogy az ilyen hétköznapi problémákra – mint az ablaktörlés, a közlekedés vagy a kézmosás – ennyire különböző megoldások születnek.

Síelés – a szenzoros integrációs nehézségek megmutatkozása a sipályán[1]

6 és fél éves koromban, amikor iskolás lettem, tanárom a jobb kezemmel tanított meg írni. Ezt azért említem, mert addig dominánsan a bal kezemet használtam, ballal fogtam meg a ceruzát is. Az iskolában ezt már nem engedte meg a tanító néni, csekélyebb tűnődés nélkül átszoktatott a jobb kezem használatára. Mai szakmai tudásommal már értem, hogy sok későbbi és jelenlegi kínlódásomat alapozta meg ezzel.

35 évesen kezdtem el síelni. A tanulás közben átélt nehézségeim és a sipályán tett megfigyeléseim megértésében legtöbbet a szenzoros integráció szerveződéséről szóló elmélet segített.

A szenzoros integráció minden új mozgásos tanulási helyzetben újraszerveződik, ilyen például az írástanulás, a korcsolyázás, biciklizés, táncolás, minden sportmozgás, de az autóvezetés és egy új mobiltelefon használatának megtanulása is. Ez az újraszerveződés gyerekeknél, felnőtteknél egyaránt kisebb-nagyobb mértékű nehézségekkel járhat. Ilyenkor a figyelmünk is könnyebben szétesik, a figyelem mintha ugrálna, hogy az idegrendszer integrálatlan működéseit együvé rendezze. Az átszoktatás egyike azon történéseknek, amelyek súlyosan megzavarják a szenzoros integráció folyamatát. A megzavart szenzoros integráció megnehezíti a mozgásos tanulási helyzetekben történő tanulásunkat.

Az esetek többségében „csak" enyhe szenzoros integrációs nehézségekről van szó, s nem diagnosztizálandó problémáról. Az idegrendszer természetes módon megoldja e nehézségek nagy részét.

Síeléskor alapvető élményünk a *csúszás*. Csúszás közben a *gravitáció érzékelése állandóan változik* a sítalpunk alatt fekvő talaj változó felszíne és síkossága miatt. *Egyensúlyunk* folyamatosan *megbillen*, eközben *testhelyzetünket* és *izmaink tónusát* (pl. térdünk rugózásakor) az állandóan változó körülményekhez kell igazítanunk. *Szemmozgásunkkal is követjük* a csúszás közben változó látványt, a környezet változásait. Az ütközések elkerülése érdekében hasznos, ha súlypontunk és izomtónusunk állandó változtatása, az út megtervezése, saját *sebességünk érzékelése*, a pályán mozgó többi síelő mozgásának észlelése és siklási paramétereinek (irány, sebesség) kikövetkeztetése egymással összhangban történik. Változó, hogy síelés közben mikor melyik érzékelésünkre támaszkodunk jobban. Ködben, hóesésben például kevésbé a látásunkra, inkább „talpérzésre"[2] (ahogy a sípályán mondani szoktuk), tehát mélyérzékelésünkre, s az egyensúlyszervünk jelzéseire figyelünk, de a talp felületének taktilis érzékelése is fontos információt nyújt a mozgásszervezés számára. A lényeg, hogy ezen érzékeléseinket és mozgásunkat minden pillanatban össze kell hangolnunk.

1 Gáti Zoltán – Alfi – emlékére.

2 Talpunk igen fontos testfelület. Kötetünkben a *Legény a talpán – Egy nyolcéves kisfiú terápiája* című esetismertetésében Papp Tímea a talp jelentőségét bontja ki szimbolikus és szenzoros integrációs jelentősége szempontjából egyaránt.

Az összehangolás feladatát nagy részben a *vesztibuláris* rendszer végzi, amelyben *egyensúlyszervünk* fontos szerepet tölt be. Síelés közben agyunk az egyensúlyszerven keresztül sok impulzust kaphat egyre differenciáltabbá váló működéséhez.

Megfigyeltem, hogy a gyerekek szenzoros integrációjának nehézségei a sípályán két fő csoportba sorolhatóan nyilvánul meg:

a) impulzív, hiperaktív vagy
b) bátortalan, nehézkes, visszafogott viselkedés.

A) AZ IMPULZÍV, HIPERAKTÍV GYEREK

- Kanyarodás nélkül, nagy sebességgel, élvezettel (golyóba') száguld le a lejtőn. Ez összefüggésben áll önszabályozási nehézségeivel.
- Nehezen tudja megtanulni a nagyobb technikai tudást igénylő lassítást és kanyarodást.
- Vakmerő siklásai során gyakran elesik, de az ütközésre, fájdalomra rá se hederít, megy tovább.
- Nem ijed meg a váratlan helyzetektől, vakmerő mozdulatait rugalmasan és sokszor sikerrel korrigálja.
- Gyakran erőteljes vesztibuláris ingerléssel járó helyzeteket provokál, például ugrat, rángatja a sífelvonó rúdját, bohóckodik siklás közben, ezzel vesztibulárisan erőteljesen ingerli magát.
- A közelében levőkre gyakran nem figyel, véletlenül fellöki őket, ütközik, rosszul választja meg a saját sebességét és becsüli meg másokét. Ez a viselkedés szenzoros integrációs és figyelemösszpontosítási nehézségeivel függ össze. Meglepő, de a „vagányul" síelő gyereknek is lehetnek szenzoros integrációs nehézségei.

B) A BÁTORTALANUL, NEHÉZKESEN, VISSZAFOGOTTAN SÍELŐ GYEREK

- Megretten, valahányszor „kicsúszik a lába alól a talaj" vagy „megbillen az egyensúlya", mert ilyenkor úgy érzi, hogy eszköztelen az új helyzetben. Az egyensúlyozási nehézséggel élő emberek nagy része – vesztibuláris ingerkerülés miatt – távol marad a sípályától. Aki mégis próbát tesz, szinte az életét érzi veszélyben és arra törekszik, hogy tompítsa a számára bizonytalanságot jelentő helyzetet.
- Általában lassan, óvatosan tanul meg síelni, s a legkisebb változástól visszaesik. Ilyenek lehetnek: a hóesés, változó látási viszonyok, erős napsütés, váratlan bucka, nehezebb pályaszakasz, jeges rész, a hó változásai, fáradtság, fázás, új pálya, a sífelszerelés változtatása.
- Önbizalma csekély, s ha veszélyt sejt, megmerevedik, mert úgy ítéli meg, hogy nem rendelkezik a megoldáshoz szükséges készségekkel (akkor is, ha már korábban rendelkezett). Gyakran már a veszély közeledtére is leblokkol és elesik.
- Teljesítménye nagyon hullámzó, érzékeny a külső-belső körülmények változásaira (lásd fentebb). Jól szervezett idegrendszeri működés esetén létrejön egy belső stabilitás, amelyet a külső változások nem tudnak jelentősen befolyásolni.

- Fokozottan veszélyesnek éli meg a síelés közben fellépő helyzeteket. Szorongása gátolja adaptív mozgásos megoldásait.
- Széles alapon támasztja meg a testét, sokszor „hóekézik" (terpeszállásban, V betűt formáló, elől zárt, hátul nyitott lécekkel síel), hogy egyensúlyát minél biztosabbnak érezze. Nehezére esik a párhuzamos léctartás elsajátítása. Ekkor ugyanis egyik lábát meg kell emelnie, el kell szakadnia a földtől, egy rövid pillanatra egy lábon is egyensúlyban kell maradnia, majd átbillenni a másik lábra.
- A párhuzamos léctartás más okból is nehéz, mivel ez esetben a jobb és bal testfelet, ennek hátterében pedig a jobb és bal agyfélteke működését össze kell hangolni. Szenzoros integrációs nehézségek esetén a két testfél együttműködése „zökkenőkkel jár".
- Az egyik irányba való kanyarodás – általában jobbra – nehezebb, mint a másik irányba. Jobbra kanyarodáskor ugyanis a bal a „völgyláb", erre nehezedik a testsúly, ez a baloldal szenzoros és motoros elhanyagolása esetén nehézségekbe ütközhet.
- A síbotok használatát kiiktatja, húzza maga után a botokat, vagy nehezen tanulja meg a botok kezelését. (Ez a megfigyelés Theobald Borbála gyógypedagógustól származik.) A síbotok használatához a két testfél, az alsó és felső végtag, valamint a törzs összehangolt, ritmikus mozgása szükséges.
- Nehézségei lehetnek a sebességbecsléssel is. Egy másik síelő közeledtére gyakran megretten, megmerevedik ahelyett, hogy kikerülné vagy zavartalanul továbbcsúszna.
- Az izomtónus beállítása, az izmok ritmikus lazítása-feszítése nehezére esik, emiatt mereven, nehézkesen mozog. Ha esik, ügyetlenül esik, mert merevek a mozdulatai.
- Népesebb sípályán könnyen megzavarodik, elveszíti a tájékozódását.
- A követő szemmozgás terén mutatkozó nehézségei (a két szem összehangolt mozgatásának problémája) miatt mások siklásának követése is nehezítheti tájékozódását.
- Saját útvonalának megtervezése sem könnyű feladat.
- A keresztezett dominancia (fülesség–szemesség–kezesség–lábasság) bonyolultabbá teszi a szenzoros integráció folyamatát. Tipikus helyzet például, amikor egy másik síelő közeledésekor hátulról surrogó hang hallható. Hátranézés nélkül füllel be lehet azonosítani a másik várható irányát, így tudjuk utunkat zavartalanul folytatni. Keresztezett dominancia esetén ez az integrációs folyamat is nehézkesebbé válhat.
- A hóba tűzött bot kerülése nehéz koordinációs feladat. Megfelelő kéz-, lábizomtónus, szem-kéz-láb koordináció, posztúrabeállítás és egyensúly kell hozzá, ezért nem mindig sikerül a tervezett helyen megfordulni.

A *b)* csoportban felsorolt jelenségek egy része az impulzív, élénk gyerekek síelésében is megjelenhet. Mindezek a felnőtt korban síelni tanulóknál ugyanúgy előfordulhatnak, csak makacsabb formában, mint gyerekeknél.

A kisebb-nagyobb szenzoros integrációs nehézségekkel élő gyerekek és felnőttek számára a fenti nehézségek leküzdéséhez a síelés nyújtja az egyik legadekvátabb terápiás lehetőséget. A vesztibuláris aktivitás kedvező hatásait aztán a sípályákon kívül is élvezhetjük. Az a kompetenciaérzés, amely a síelés során keletkezik, valódi tapasztalatokon alapuló, erős önbizalommá válik.

Jó lenne, ha a bátortalan gyerekek síoktatói, szülei megértenék, miért viselkednek így ezek a gyerekek. Ők is meg tudnak tanulni síelni, de türelmes, megértő és módszertanilag jól felépített tanításra van szükségük ahhoz, hogy egyre könnyedebben mozogjanak. Ebből tudható, hogy idegrendszerük is egyre érettebben működik.

A használható világ

Manapság egyre több gyerekről állapítják meg azt, hogy az egyensúlyérzéke nem megfelelő. Máskor tudományosabb megállapítások hangzanak el, például hogy a gyermek két agyféltekéje nem jól működik együtt, vagy a gyerek csecsemőreflexei nem épültek le, de az is kiderülhet, hogy nem tud jól figyelni, illetve olyan diagnózisokat is kaphat, mint a hiperaktivitás vagy a diszlexia. A szülők számára ijesztőek lehetnek ezek a megállapítások, nehezükre eshet azok értelmezése, valamint annak megállapítása, hogy e problémák milyen teendőket rónak a családra.

Elég széles terápiás kínálat épült a kisebb vagy nagyobb mértékű fejlődésbeli eltérések, nehézségek kezelésére, és igen nehéz dolga van a szülőknek, amikor szeretnének eligazodni a terápiás és fejlesztőmódszerek, eljárások rengetegében.

Csodálatos fejlesztőjátékok és -eszközök hada született meg, mozgássorokat komponálnak egy-egy probléma megoldására, előírják a szülőnek vagy a gyereknek, hogy a gyermek melyik testrészével milyen mozdulatsor hányszor végzendő el fejlődésének elősegítése érdekében, a fejlődését elősegítendő fejlesztési terveket építenek föl a gyermeknek, mint egy olimpikonnak, növelik, illetve csökkentik bizonyos ingerek mennyiségét. A riadt, lelkiismeretes szülők fejlesztőházakba járatják csecsemőkorú gyerekeiket, hogy megelőzzék a diszlexiát vagy egyéb számukra riasztó következményeket. Egyes esetekben a szakember mozgatja a passzív gyereket, máskor a szülőket is bevonják a gyerekkel folytatott fejlesztő munkába, lelkére kötik, hogy az ő módszerükkel egy időben vihetik-e máshová is a gyereket. A szülők is sokfélék, van, aki ijedten szaladgál egyik szakembertől a másikhoz, de egyikben sem tud bízni, mások évekig megmaradnak egy helyen, bár nem tapasztalnak eredményt.

A fenti helyzettel kapcsolatban Lázár Ervin meséje jut eszembe, amelyben Szörnyeteg Lajos nagyon álmos, a szerző szavaival: „jaj de álmos". Erre az összes körülötte élő lény próbál neki segíteni. Az egyik azt ajánlja, hogy hányjon bukfencet, attól majd elmúlik az álmossága. Vacskamati a hideg-forró zuhanyt kínálgatja, amikor az sem segít, jöhet a két szelíd kis pofon, majd fölmerül, hogy talán a kutyabengekéreg, a koplalás, a favágás segíthet az álmosság ellen. Még biztos jött volna néhány megoldási ötlet, mígnem megérkezett Mikkamakka, aki egyszerűen azt javasolta, hogy Szörnyeteg Lajos aludjon, ha egyszer álmos. Ez az egyszerű és természetes megoldás addig egyiküknek sem jutott eszébe.

A dinamikus szenzoros integrációs terápia szemlélete alapvetően az egészséges gyermeki fejlődésen, a természetes mozgáskésztetésen, a gyermek saját kreatív játékainak megteremtésén alapul, azt igyekszik elősegíteni, és nagyon toleráns az egyéni működésbeli sajátosságokkal kapcsolatban. Fejlődésbeli probléma esetén is bízunk abban, hogy mindnyájunkban megvan az egyre érettebb működés felé tartó egészséges törekvés, a terápiában is ennek a bennünk rejlő törekvésnek a kiteljesedését próbáljuk elősegíteni. Külső irányítás helyett hagyjuk a gyerekeket szabadon mozogni és játszani. Olyan valós és pszichés körülményeket teremtünk, amelyekben biztonságosan kibontakozhatnak, és a megfelelő önszabályozást is megtanulhatják.

E felismerések nyomán a gyerekterápiás helyiségek és a gyerekszobák is megváltoztak, játszóterekhez, dzsungelhez váltak hasonlatossá, ahol hintaágy és mászópiramis lóg a mennyezetről, rugalmas trambulinokon lehet ugrálni, csúszdákon csúszni, kötélen, hintán lendülni, forogni.

Terápiás óra után egy fiú így fogalmazott: „Ez olyan, mintha világot csinálnék magamnak, csak én is tudom használni." Elképzelhetjük, hogyan érzi magát a világban, amely véleménye szerint nem az ő számára készült – majd egyszer csak lehetősége nyílik arra, hogy átalakítsa saját használatra.

„Léleknyitogató bolyongás" – A dinamikus szenzoros integrációs terápia szemlélete gyógypedagógusszemmel

Jánó Annamária – Ódorné Mátyássy Ágnes

Gyógypedagógusok vagyunk, gyakorló dinamikus szenzoros integrációs terápiás (DSZIT) terapeuták. Utólag visszatekintve mindketten életünk egyik sorsfordító eseményeként jelöljük meg azt az időszakot, amikor találkoztunk a szenzoros integrációs terápia (SZIT) módszerével. Abban a szerencsés körülményben részesülhetünk, hogy szakmai munkánkat a magyarországi szenzoros integrációs terápia egyik bölcsőjének számító intézményben, az egykori Ferencvárosi Nevelési Tanácsadóban gyakorolhatjuk. Egyikünk sajátos nézőpontból, a terápia módszerét bemutató tanfolyam egyik szervezőjeként, a hallgatók közvetlen visszajelzéseiből is tájékozódhat arról a folyamatról, amelyről a következőkben beszámolunk.

A gyógypedagógia és a SZIT-terápia kapcsolatát megjelenítő cikkünkben végigtekintjük azt a lehetséges utat, amelyen a szakmai identitását kereső pályakezdő gyógypedagógus terapeutává válik. A gyógypedagógia speciális területére fókuszálva bemutatjuk a képzés során szerzett – általunk is megélt, mások visszajelzéseiből is összegyűjtött – tapasztalatainkat, a terápiás folyamatban megjelenő bizonytalanságainkat, dilemmáinkat, illetve jövőbe mutató elképzeléseinket.

> „Mitől is függ az, hogy milyen útravalóval látják el a diákot, aki valamely tudomány előszobájának ajtaján kopogtat, és mitől az a mód, ahogy ezt az útravalót csomagolják neki? Hajlamosak lennénk azt hinni, hogy azoktól a kihívásoktól, melyek az adott tudomány művelésének göröngyös útján várnak rá, azoktól a feladatoktól, melyek teljesítését az adott diszciplína képviselőjeként elvárnak tőle. A valóság azonban általában rácáfol feltevésünkre. A csomag összeállításánál végül is az a kép a mérvadó, melyet a szóban forgó tudomány elméleti művelői saját diszciplínájukról kialakítottak magukban." (Vargha 1995)

A diploma nem elég – szakmai útkeresés, módszerválasztás

Kezdő gyógypedagógusként, alig száradt tintával a diplománkon, nagy lelkesedéssel vágunk bele szakmánk rejtelmeinek felfedezésébe. Van ebben a kezdeti lelkesedésben valami izgatott vágy arra, hogy az évek alatt felhalmozott tudást végre kamatoztathassuk. Valami megkérdőjelezhetetlen bizonyosság, hogy rendelkezünk olyan kulcskom-

petenciákkal, amelyekhez nem kell más, csak egy gyerek, akit elárasztha tunk ötleteinkkel, illetve amelyekhez precízebbnél precízebb fejlesztési terveket és a szemléltető eszközök tárházát vonultathatjuk fel.

Ez a megkérdőjelezhetetlen bizonyosság jó esetben csak addig marad velünk, amíg meg nem érkezik hozzánk az első gyerek, és nem éppen úgy reagál a fejlesztési tervünk harmadik momentumának negyedik játékára, ahogyan mi ezt elképzeltük. Szélsőséges helyzetben akár azt is megélhetjük, hogy teljes mértékben negligál, és még a kapcsolatépítésig sem juthatunk el. Ekkor hirtelen szorongás áraszt el bennünket, de mivel a kezdők lelkesedése még velünk marad, ez a kis szorongás facilitáló jellegű, és cselekvésre ösztönöz. De mi is lehet a tennivaló ilyenkor? Egyértelmű megoldásként kínálkozik a további tanulás lehetősége. Egy bizonyos elmélet elsajátítása. Ez a gondolat aztán újabb nehézségeket vet föl. Mi is a jó módszer? Minek alapján választunk? Mit ígér egy adott módszer, és ez hogyan találkozik az elvárásainkkal? Vannak-e egyáltalán pontosan megfogalmazott elvárásaink, vagy csak valamilyen biztonságot keresünk, és ehhez szükséges egy bizonyos elméleti rendszer védőernyője, szemléletmódja, szellemisége?

Ha a kérdéskört leszűkítjük csak a mozgásos eljárásokra, akkor sincs sokkal könnyebb dolgunk.

Mit ígér(het)nek a mozgást felhasználó terápiás módszerek?

Annak ellenére, hogy mostanában a világ szerencsésen elfordul a puszta funkciógyakorlástól, nemzetközi és hazai vonatkozásban egyaránt találhatunk a kínálati palettán olyan eljárásokat, amelyek gyors képzést, és pontosan körülhatárolt, hatékony változást ígérnek terápiás kimenetként. Ezekben az esetekben igen veszélyes az is, amit egy-egy módszer ezáltal közvetít: annak sugallmazása, hogy mi, szakemberek teljes mértékben kontrollálhatjuk és irányíthatjuk, adott esetben sürgethetjük a gyermek változásait. Egy másik nehézség, hogy nincsenek egyértelműen meghatározva, hogy melyek azok a képek, amelyek esetében egyik vagy a másik mozgásfejlesztő vagy mozgásterápiás irányzat a sikeresebb, nincsenek életkori sajátosságokhoz kapcsolva, és főképpen nincsenek valamely egészséges fejlődési koncepcióba ágyazva, amely meghatározná egymás melletti működésüket (Szvatkó 2014).

Hívószavak a szenzoros integrációs terápiás módszer kiválasztásához

Lássuk mivel „kecsegteti" a dinamikus szenzoros integrációs megközelítés a megfelelő módszert kiválasztani szándékozó szakembert a tájékozódás fázisában!

A keresgélés folyamata során – akár a nyomtatott, akár az internetes szakirodalmat böngésszük – olyan kifejezésekkel, gondolatokkal találkozhatunk, mint *öröm, hiszen ez csak játék, szabad kibontakozás, belső szerveződés, a gyermek fejlődési erejébe vetett hit, mozgások érzelemkifejező ereje, mozgás és fantázia egysége.* Ha mindezekhez csatoljuk a gazdag és varázslatos eszköztárat, egy-egy szenzoros szoba sajátos hangula-

tát, és megkeressük magunkban gyermeki énünk azon részét, amely valamikor átélte a játék örömét, az elköteleződés egyértelművé válik. Ebben segítségünkre lehetnek olyan értékes gondolatok is, mint például a Temple Grandin autizmussal élő tudós által megfogalmazottak, miszerint érdekes módon, ha egy gyerek tipikusan fejlődik, játszunk vele, ám ha fejlődésében eltér a szokásostól, akkor már csak fejleszteni akarjuk, és elfelejtünk vele játszani (Grandin 2014).

Motivációs háttér a gyakorlatban

Talán éppen az előbbi kecsegtető, biztonságot ígérő gondolatoknak köszönhetően a SZIT-terápiákat bemutató, és alapszintű akkreditált képzést adó tanfolyamra évről évre igen magas számban jelentkeznek a gyógypedagógusok. Néhányan közülük pályakezdők, talán első módszerspecifikus képzésként választják a tanfolyamot ismereteik bővítéséhez, mások akár több évtizedes pedagógiai tapasztalattal a hátuk mögött érkeznek. Motivációs céljaikról saját gondolatokat fogalmazhatnak meg a tanfolyami jelentkezési lapon. A következőkben azokból a gondolatokból válogatunk, amelyeket a képzés bemeneti fázisában a pedagógus részvevők fogalmaztak meg előfeltevéseikkel, várakozásaikkal kapcsolatban.

A továbbképzés iránti érdeklődés egyik leggyakoribb motívumaként jelenik meg, hogy a – többnyire kezdő – pedagógusok különböző előadások, főiskolai vagy egyetemi kurzusok során betekintést nyernek a terápiás ismeretekbe, s törekedni kezdenek így megszerzett tudásuk elmélyítésére, a gyakorlati ismeretszerzésre. Máskor szülőktől, kollégáktól hallanak a terápia eredményességéről, vagy munkatársuk sikeres esetei keltik fel érdeklődésüket.

> „Nagyon hasznos terápiának látom, osztályfőnök gyógypedagógus lévén az osztályomból is részesülnek autista, és beszéd- valamint mozgássérült gyerekek SZIT-ben, nagyon sokat fejlődtek azóta, amióta ez a terápia van a mindennapjaikban."

> „Óvodánkban az Egységes Pedagógiai Szakszolgálat gyógypedagógusa tart foglalkozásokat a gyerekeknek. Eredményességét általa ismerem és tapasztaltam meg."

> „Sok gyerek kerül hozzám megkésett beszédfejlődéssel, illetve diszfáziával. Legkedvezőbb tapasztalataimat a szenzoros integrációs terápiával kapcsolatban az ő terápiájuk során szereztem. Esetükben mindig javaslom a szenzoros integrációs terápiát, és akik részesülnek benne, sokkal gyorsabb és »látványosabb« fejlődést mutatnak."[1]

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karának oktatójaként Reményi Tamás – maga is gyakorló gyógypedagógus, terapeuta – egy szabadon választható kurzus

1 A tanulmányunkban olvasható idézetek a 2011 és 2015 között a Lelki Egészségvédő Alapítvány DSZIT Műhely által szervezett *Szenzoros integrációs terápiák* című tanfolyam jelentkezési lapjairól és a *Szenzoros integrációs terápiák: sajátélményű csoport* tanfolyami modul visszajelző esszéiből származnak.

keretében ismerteti meg a hallgatókkal a SZIT-terápia jellegzetességeit. A gyógypedagógiai fejlesztő gyakorlatban megjelenő SZIT-terápiák ismertetőjegyeiről munkatársaival írt összefoglaló munkájában (Reményi, Schaefgen, Gereben 2014; Reményi, Schaefgen, Gereben 2015) a terápiát meghatározó 13 legfőbb tulajdonság egyikeként említi annak speciális eszközeit. Bár ezek az eszközök ma már egyre hétköznapibb módon elérhetők, számtalan közintézményben akár mindennapos használati tárgyként is jelen vannak, mégis jól beazonosítható módon jelennek meg a terápiával kapcsolatos gondolkodásban.

„A jelenlegi munkahelyem rendelkezik terápiás teremmel, mely kiváló alapot biztosítana az ilyen irányú foglalkozásoknak. Az eszközökkel ismerkedem, órákat látogatok..."

„A tanulmányaim során volt alkalmam a gyakorlati idő teljesítésekor is szenzoros integrációs terápiás eszközök megismerésére és használatára. Továbbá a munkahelyemen is rendelkezésemre áll több ilyen terápiás eszköz, így ezeket gyakorlatban is lehetőségem volt használni, és előnyüket személyesen megtapasztalni."

„Az eszközeit a mindennapi munkám (korai fejlesztés) során rendszeresen felhasználom. Szeretném az erre vonatkozó ismereteimet a képzés segítségével rendszerezni, bővíteni."

Az atípusos fejlődésű gyermekek ellátásához módszereket kereső gyógypedagógiai igyekezet mellett időnként ettől eltérő problematika vagy célcsoport is megjelenik, bár a felnőtt korosztály szenzoros integrációs terápiája mellett elköteleződő pedagógiai szándékot még csak szerény mértékben tapasztaljuk.

„Stroke-betegekkel dolgozom Neurológiai és Rehabilitációs Osztályon. Rehabilitációs Kongresszuson értesültem arról, hogy a terápiát alkalmazzák felnőtt, stroke-on átesett betegekkel is, eredményesen. Ez keltette fel az érdeklődésem."

A szakmai továbbfejlődés egymást követő állomásain egyre tudatosabban fogalmazódik meg az a gyógypedagógiai igény, hogy a gyermek megsegítése holisztikus szemlélet mentén, komplexitásra törekedve történjen, összhangban a pedagógus saját személyiségéhez illeszkedő módszerekkel. A különböző gyógypedagógiai szakterületek képviselői számára kézenfekvő elképzelés a mozgásra épülő terápiás ismeretek elsajátítása, hogy a személyiséget több oldalról is támogatva, hatékonyabban végezhessék fejlesztő munkájukat.

„Az elmúlt évek alatt azoknál a szenzomotoros diszfáziás gyermekeknél, akik szenzoros integrációs terápiára jártak, azt tapasztaltam, hogy logopédiai fejlesztésük is jóval hatékonyabb volt."

„A Meixner Ildikó által kidolgozott dyslexia prevenciós és reedukációs módszer pedagógus-továbbképzési programon vettem részt 2008-ban. Ezen a tanfolyamon hallottam először a szenzoros integrációs terápiáról. Később elvégeztem a fejlesztőpedagógus szakot, ami még jobban rávilágított arra, hogy mennyire fontos a mozgás a gyermekek idegrendszeri fejlődésében. Minél több oldalról szeretném támogatni a gyermekek fejlődését, hogy hatékonyabban tudjam segíteni előrehaladásukat."

Néhány mozgásterápiás program célcsoportja bizonyos életkori kategóriák mentén alakul, a terápiás ismeretek kibővítésének szándékát ez a korlátozottság is inspirálhatja.

„Nagy segítséget jelentene számunkra a módszer bevezetése, mert egy egyesületben olyan kisgyermekek is fordulnak hozzánk segítségül, akiknél az alapozó terápia még nem alkalmazható."

„Minden olyan mozgásterápia érdekel, amellyel hatékonyan lehet fejleszteni az 5 évnél fiatalabb, sérült gyermekeket."

Visszautasíthatatlan motivációs szándék vagy „rizikófaktor"?

Napjainkban rohamosan emelkedik ugyan a különböző módszerspecifikus lehetőségeket kínáló magánpraxisok száma, mégsem lehet figyelmen kívül hagyni azokat a felkiáltójeleket, amelyek bizonyos földrajzi területek terápiás ellátatlanságára utalnak. Itt kívánjuk megjegyezni, mennyire fontos a személyes kompetenciahatárok kijelölése, ha a felkeresett szakember messze földön az egyetlen elérhető terapeuta.

„K...-n óvodás és iskolás korú gyermekek fejlesztésével is foglalkozom. A terápia iránt óriási az igény, és a szülők nagyon elégedettek. A magas gyermeklétszámot már egy ember nem tudja foglalkoztatni, és probléma, hogy a jelenlegi terapeuta nyugdíjazás előtt áll."

„Sajnos térségünkben kevés a szakképzett terapeuta, ugyanakkor jelentős igény merül fel az óvodai, iskolai, korai fejlesztés területén. Egyre több térségünkben az autista, vagy autisztikus tüneteket mutató gyermek, akiknél szintén jól alkalmazható módszernek ítélem meg."

„Szakkönyvekből és interneten igyekszem tájékozódni a szenzoros integrációs terápiás lehetőségekről, mivel a m...-i óvodában 3 gyógypedagógiai megsegítést igénylő kisgyermeknek (1 autizmus spektrumzavar, 1 beszédfogyatékos tanulásban akadályozott, 1 hiperaktív figyelemzavar) a szakértői bizottság javasolta a szenzoros integrációs fejlesztést, és jelenleg ellátatlanok ezen a területen. A környező kistelepüléseken sincs ezirányú szakember, ezért szeretném képezni magam."

A tanfolyami bejelentkezések bizonyos esetekben személyes indíttatásúak, saját családtörténettel kapcsolatosak. A szenzoros integrációs terápiás nehézségeket testközelből, pedagógus végzettségű szülőként megélők kis csoportjában megfogalmazódik a vágy, hogy ismereteket szerezzenek saját gyermekük megsegítéséhez. Bár kétségtelen, hogy a szenzoros integrációs terápiához kötődő szemléletbeli sajátosságok szülőként is messzemenően beépíthetők a gyermekekkel való tartalmas együttlétbe, hangsúlyoznunk kell a szülői és a segítő szerep markáns körülhatárolásának szükségességét.

„Kisfiammal 4 éven keresztül jártunk terápiára. Elképesztő, mire képes a SZIT. Honnan hová el tud juttatni gyermekeket."

„Két fiam fejlesztésével kapcsolatban kerültem kapcsolatba a terápiával, amit szeretnék megtanulni, hogy közvetlenül és aktívan részt vállalhassak a fejlesztésükben."

Emocionális vezérmotívumok

Azok a gyógypedagógusok, akik korábban egy-egy terápiás folyamatban megfigyelőként vagy akár koterapeuta részvevőként is jelen lehettek, többnyire már érzelmileg involválódva érkeznek tanfolyamainkra.

„Erasmus gyakorlati ösztöndíjamat Bergenben, Németországban töltöttem, Rega Schaefgen intézményében (Zentrum für Interdisziplinäre Sensorische Integration). 3 hónapot tanulhattam tőle, s ezalatt megszerettem ezt a terápiás formát."

„Angliában szereztem több éven keresztül tapasztalatot gyógypedagógusként dolgozva; különböző területről érkezett szakemberekkel együtt végezve a terápiás, fejlesztői munkánkat. Az iskola főleg ASD, ADHD[2] diagnózissal rendelkező, továbbá viselkedés- és teljesítményzavarokkal küzdő gyermekeket fogadott. Örömmel követtem végig a szenzoros integrációs terápia jótékony hatását..."

Néhány gyógypedagógus már a kezdetekkor beszámol arról a várakozásról, amelyet a módszer elsajátításával kapcsolatban megél. A játék örömérő, a mozgásterápia személyiségre gyakorolt hatásáról olvashatunk.

„Kollégák munkáját és foglalkozását tekintve azt tapasztaltam, hogy a gyerekek nagyon élvezik az órákat, szabadok, fel tudnak oldódni, játéknak tekintik, nem pedig terápiának."

2 ASD – autism spectrum disorder (autizmus spektrumzavar), ADHD – attention deficit hyperactivity disorder (figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar).

„...elsősorban a hatékonysága fogott meg, illetve az a tény, hogy a gyermekek számára ez a fajta mozgásterápia örömforrásként is szolgál."

„...munkám során gyakran észleltem, hogy fejlesztő mozgásterápián résztvevő gyerekeknél határozott pozitív változás következik be: magabiztosabbak, kitartóbbak, ügyesebbek."

A gyógypedagógus terápiás identitásának formálódása – a tanulás, mint élmény

A képzés első szakaszában az elméleti kifejezések lassan-lassan megtöltődnek tartalommal. A DSZIT budapesti iskolájának meghonosítói alapvetően a pszichoterápiás szemléletükre építették a módszert. A képzés során éppen ezért a gyógypedagógusoknak nagyon sok információ az újdonság erejével hathat. Első pillantásra talán érezhetik úgy is, hogy nehezen illeszthető ez a szemléletmód a megszokott, strukturált kereteikhez. A képzés *sajátélmény* része mintha ezt lenne hivatott feloldani bennük.

Mérföldkő – önismereti tapasztalatok a SZIT-képzés során

Talán semmilyen más oktatási helyzet nem bizonyítja ékesszólóbban egy-egy sajátélményű szenzoros integrációs terápiás továbbképző csoportnál, hogy milyen felkavaró élmény a strukturált, direktív pedagógiai módszerek világából megérkezni egy látszólag kötetlen, játékos térbe. A „sajátélmény" elnevezés a résztvevők aktív jelenlétére és mindenképpen egy intenzív, akár szélsőséges érzelmi tapasztalatok lehetőségét is magába rejtő, feltehetően tartós hatással bíró eseménysorozatra utal. Lássuk hát, mi is történik valójában ennek a gyakorlati egységnek a keretében!

Gyertek lányok, játszunk!
De ugyan mit játszunk?
Csenget, bongot, nagy harangot,
Ádám vaczkot, nagy baraczkot,
Tengeri guggot.

(Kiss 1891)

A továbbképző csoport kezdetén szinte egyöntetű, közös igényként jelenik meg a pedagógusok részéről, hogy ott konkrét feladatokat sajátítsanak el gyógypedagógiai problémákkal küzdő tanítványaik megsegítésére. A csalódottságot, hogy ez másképp történik, személyenként eltérő tempóban váltja fel számos – a terapeutává válás folyamatában nélkülözhetetlen, olykor rendkívül mély, átható erejű – megtapasztalás.

„Az elméleti anyag meghallgatása után el sem tudtam képzelni, hogy mit fogok kezdeni a gyermekkel direkt irányítás nélkül. Az óráimra előre felkészülök, feladatokat gyártok, tudom, hogy mit fogunk tenni. El sem tudtam képzelni, hogy a gyerek irányítsa az óra menetét, nem beszélve arról, hogy mit fogok mondani a szülőnek, ha megkérdezi az óra után, hogy mit csináltunk, ha pl. a tanuló »csak« a hálóban kuporgott egész idő alatt."

„Azt hittem, hogy konkrét feladatokat és ötleteket fogunk kapni, de visszagondolva butaság volt ezt hinnem, hiszen a tanfolyam eddigi része sem arról szólt, hogy konkrét ötleteket vagy recepteket kaptunk volna [...] Most értettem meg, hogy valóban egy szemléletet közvetít felénk ez a terápiás forma, és hogy bizonyos keretek mellett tényleg a mi fantáziánkra van bízva a foglalkozás menete."

A továbbiakban megpróbáljuk csoportosítani azokat az építőköveket, amelyek a sajátélményű csoportban útravalóul formálódnak a leendő terapeuták számára. A vonatkoztatási keret azonban kettős: egyszerre meséli el a sajátélményű csoportban zajló és a terápiás folyamatba átültethető jellegzetességeket.

Korlátok és lehetőségek

A sokat hangoztatott *nondirektív megközelítés* a csoport kezdetéhez érkezve egyesekben várakozással teli kíváncsiságot ébreszt, de a résztvevőkben a korlátok és szabályok még többnyire a „lenni vagy nem lenni" mezsgyéjén mérlegelődnek. Aztán a csoporttagok fizikailag („...kicsit szorongva a berögződött teljesítménykényszertől"), majd szimbolikusan is megérkeznek.

A tanulási folyamatban előrehaladva a visszajelző esszék már a nondirektivitás felszabadító, kreativitást serkentő erejéről szólnak. Az elvárásoknak való megfelelés belső kényszerének érzése háttérbe szorul, az éppen szükséges mennyiségű szabály motiváló, bevonódást segítő hatással bír.

„Amit kissé hiányoltam, az az irányítás volt. Többet szerettem volna megtudni arról, hogy most éppen miért az adott gyakorlatot csináljuk és mi céllal. Talán több magyarázatot igényeltem volna, és ezt fel is vetettem a csoportfoglalkozás végén az első napon a beszélgetésen. A pszichológusoktól azért megnyugtató választ kaptam, hogy csak a saját élmény megélése a cél, az, hogy érezzem, hogy az adott helyzetben milyen lenni. A cél a megtapasztalás, és a kreatív erők felhasználása és felszabadítása saját magunk jobb megismerése érdekében. Ennek a válasznak a birtokában másnap már másfajta beállítódásra igyekeztem magam áthangolni, és sokkal felszabadultabbá váltam."

„A korlátok megtapasztalása ambivalens érzéseket keltett bennem. Egyrészt szükségem van határokra, korlátokra, szabályokra, másrészt igénylem az önállóságot, de a túl nagy szabadsággal nem tudok (vagy nem merek?) mit kezdeni."

„Csak eljátszottam, hogy rongybaba vagyok, és vártam, hogy társam két lábra állítson. Aztán fordult a kocka, és én kínlódtam egy iszonyúan merev, ellenálló testtel, és tehetetlennek éreztem magam, amikor képtelen voltam lazításra bírni..."

„Értelemmel, érzelemmel és élményekkel telítődtek meg az olyan szavak, mint biztonságérzet, elfogadás, alkalmazkodás, befelé figyelés, ráhangolódás, vagy értő figyelemmel hallgatás. Megbizonyosodtam arról is, hogy a nondirektivitás nem feltétlenül torkollik anarchiába, hogy kötelező gyakorlatok helyett a lehetőség felkínálása mennyivel motiválóbb, és hogy az eszközök felhasználási területeit nem a használati utasítás határozza meg, hanem a kreativitás, meg persze a biztonságosság."

Segítőnek és segítséget elfogadónak lenni

A saját élmény elmélyülésével szembetűnő az az egyensúlykeresés, amelyet a résztvevők kissé kettős tudattal élnek meg: hogyan határozzák meg egyéni sajátosságaink az adok-kapok arányát, és hogyan ültethetők át ezek terápiás keretek közé. Hogyan alakul ebben a folyamatban a kontroll elengedése és a biztonságot adó keretek nyújtása.

„Hogy segíteni jó, azt mindig is tudtam, de folyton tanulom, hogy elfogadni is tudni kell. A tréning legnehezebb pontja ez volt. Azt hiszem a segítő szakmák nagy részében dolgozóknak ez komolyabb kihívás, mint gondolnánk. Elfogadni nehéz, mert az alázatra késztet. Mert ez azt tanítja: te is rászorulhatsz valakire. Ezt újra betettem a célkitűzéseim közé: megtanulni elfogadni a segítséget."

„...megéreztem, a folyamatos biztonságérzet és az egyensúly mennyire összefügg. Sokat segített, hogy a társam mindig jelen volt, ha »kézzelfogható« segítség kellett, de engedett szabadon próbálkozni, így sikerült megélnem a »kompetenciát« mint érzést. Képes vagyok rá!"

Figyelni magunkra és másokra

A sajátélményű csoportokban a csoportvezetők által felkínált helyzetek egy elfogadó, nem minősítő, a bizalom kialakulásának alapjául szolgáló, ítéletmentes légkörben zajlanak. A különböző terápiás eszközök kipróbálásának is teret adó egyéni, páros és csoportos játékok során a pedagógusok megérkeznek önmagukhoz: gyakran itt kezdik el felnőtt életükben először tudatosan megfigyelni saját testük jelzéseit, a mozgásos helyzetek hatására előtörő érzelmi minőségeket.

„...próbáljuk elfelejteni diákjainkat és egy kicsit »befelé« önmagunkra figyelni, átélni és nem csak megélni, ami történik. Ez volt számomra az első kihívás: befelé figyelni. Az elején, amikor csak »bejártuk a teret« még kívülről néztem magam és nem értettem mi értelme ennek a lődörgésnek, aztán lassan, ahogy poroszkáltam a teremben, azt éreztem, hogy ez jó. Egyszerűen jó valamit »csak úgy« csinálni, nem számít ki mit gondol, és azt éreztem a folyamatos mozgás biztonságot ad. Egyszerűen jó egy helyre többször visszamenni csak úgy, megállni, várni, továbbmenni, nem csak meg-

nézni, hanem megtapasztalni, hogy hol vagyok. El is neveztem magamban *»léleknyitogató bolyongásnak«*, mert ez a bolyongás segített abban, hogy elfelejtsem a napi problémáimat, korlátaimat, és képes legyek valami újat befogadni."

„Biztonságérzetemet tovább fokozta a kuckóépítő játék. Jó volt egy hely a térben, ami csak az enyém. Bezárhattam, kinyithattam, társulhattam, vagy elszigetelődhettem minden következmény nélkül. Aztán jött a nehezítés: figyeljünk magunkra és a másikra is. Rájöttem, hogy ez egymásra épül. Először magammal kell tisztában lenni ahhoz, hogy tudjak a másikra figyelni. Ezt persze már sokszor olvastam, de más olvasni és más megtapasztalni."

„Az elején még erős kognitív megértést, tudati elmélyülést éreztem, mindent meg akartam érteni az eszemmel, de egy idő után ezek mintha elillantak volna. Megjelentek az élmények, nagyon erősen előhívva bennem a gyerekkoromat, az ahhoz kapcsolódó érzéseket, szagokat, képzeleti elemeket."

Eltérő élményfeldolgozás

A befelé figyelés folyamatában egy következő momentum a *kitekintés*. Azt is érzékeljük, hogy hogyan élünk meg dolgokat másokhoz viszonyítva, és mennyire hat a döbbenet erejével az az egyértelmű tény, hogy mások másképpen működnek.

„Nem volt rossz érzésem semmitől, s fura volt a többiektől hallani, hogy őket megviselte néhány feladat. LEHET, HOGY NEM MINDENKI ÚGY ÉREZ, AHOGY ÉN????"

„Gondoltam, a csoportban kipróbálom, hogy milyen a függőszékben forogni. Na, hát ezt rosszul tettem. Még most is szédülök a gondolatától is. Borzalmas volt."

„...fontos felismerés volt, hogy ami nekem túl sok inger, az nem biztos, hogy a másiknak is az, illetve fordítva. A későbbiek során is szem előtt kell tartanom, hogy ugyanazt a dolgot mennyire különbözőképpen éljük meg. Nincs recept, mindenkinek más az igénye, más a toleranciaküszöbe, és erre oda kell figyelni."

„Fokozatosan kerültem egyre »beljebb« magamba és egyre közelebb a többiekhez is. Megértettem, hogy nem lehet minden terápián – azonos feladaton – résztvevőtől ugyanazt elvárni; van akinek könnyebben megy a ráhangolódás magára vagy a másikra, és van, aki ebből a szempontból lassabb. Érdekes volt megtapasztalni, hogy egészen más szavak, érzelmek jöttek elő más-más emberből ugyanabban a szituációban."

Különböző modalitások

A közvélemény hajlamos hangsúlyozottan és némi kizárólagossággal mozgásterápiaként gondolni a szenzoros integrációs terápiára. Ezzel szemben nagyon is markánsan megjelenik a különböző érzékelési csatornákon érkező élmények sora, hiszen ezeknek az információknak a megfelelő integrációján dolgozunk.

„A szavak embere vagyok. Folyton azzal játszom, arra törekszem, hogy a szavaimmal mindinkább azt mondjam, amit gondolok, mind közelebb kerüljek az általam megélt valósághoz. Amikor a biztonságot nyújtó szavaimat nem használhatom, akkor nehezebb a dolgom. Mintha a cselekvés nem az enyém lenne, a tervek, az álmok, az ideológiák alkotása könnyeden megy, de cselekedni, azt nem könnyű. Ezt itt meg kellett élnem. Csak a tettek. Vigyázni a másikra, vezetni, figyelni és utánozni a mozgását, együtt rajzolni, együtt játszani. Nem volt kis kihívás, de a vége felé belejöttem, úgy éreztem közelebb van hozzám ez a dolog."

„A zenére történő mozgás elkezdte a gátakat feloldani, és egy idő után azt tapasztaltam, hogy nem tervezem el előre az adott mozdulatot, hanem egyszerűen csak hagyom, hogy jöjjön."

„A »csukottszemes« bújócskában vállaltam a hunyó szerepét. Fantasztikus volt megélni azt, hogy az egyik érzékszerv kiesése mennyire felerősíti a működő többit. Persze ezt is sokszor hallottam már, de hunyóként át is éltem, megtapasztaltam, mikor hihetek a fülemnek, mennyire csap be a tapintásom, hogyan tudom legyőzni magamban azt a felvillanó kétségbeesést, hogy nem találok senkit meg elsőre, hogy sötét van és bizonytalanok a lépteim, nem tudom honnan hova tartok."

Megbeszélni az átélteket

Ezen az önismereti úton elindulva a részvevők megtanulnak beszélni saját élményeikről – ezzel is tudatosítva az átélteket –, amely hozzásegíti őket a saját terápiás munkára való reflektálás képességéhez is. A társak visszajelzései, a reakciók sokszínűsége, az élményfeldolgozás egyéni különbözőségei utat nyitnak a gyermekekkel végzett munkára való visszacsatoláshoz, az elfogadó terápiás attitűd elmélyüléséhez. Mindezek együtt szükségesek ahhoz, hogy a terapeuta aktív kísérője lehessen a gyermeknek (Varga, Kiss 2007).

„Az ismerkedés és a napok felépítéséből kiderült, hogy tapasztalatainkról többször szóban is nyilatkozni kell, mely nem egyszerű feladat a legtöbb felnőtt számára. Pedig a kommunikációval, mint eszközzel munkánk során minden nap élünk, de saját magunkról beszélni sokkal nehezebb és talán szokatlan is számunkra."

„A megbeszélések elfogadó, nem minősítő légköre sokat adott számomra. Mindenki szabadon dönthetett arról, hogy mennyit mond személyes élményeiből, és jó volt látni, hogy helyet kaphatnak a negatív érzések is."

„A nyitó körök megteremtették azt az atmoszférát, melyben tökéletesen rá tudtunk hangolódni egymásra és a közös munkára. A záró körök pedig segítettek megkezdeni az élmények feldolgozását, elengedni a többieket és visszazökkenni saját hétvégi ritmusunkba."

IGÉNY AZ ÖNISMERETI MUNKA FOLYTATÁSÁRA

A képzés önismereti része csak ízelítőt ad önmagunkból. Annak tudatosítása, hogy ez egy folyamat kezdete, igen fontos feladat. A DSZIT-terápia műfajából adódóan a terápiás keretek között a terapeuta is újból és újból átéli saját (szenzoros) korlátait. Elengedhetetlen, hogy ennek a folyamatnak a saját önismereti munka is szerves része legyen.

„A napnak nagy felismerése volt, hogy mennyire nem tudok (vagy merek?) önfeledten játszani. Inkább feladatnak fogtam fel a közös játékot, nem tudtam benne elmerülni, és ez bántott. [...] A kreativitásomat is fejlesztenem kell, ez is megfogalmazódott bennem. Ezeken a területeken »dolgoznom kell«."

„Az első két nap végén szárnyaltam, jól éreztem magam, és gyorsan (én akkor úgy gondoltam, következmények nélkül) visszaálltam a régi »üzemmódba«. Természetesen nem így történt. A dolog hozadéka az lett számomra, hogy elkezdtem tornázni, hogy még jobban figyeljek magamra. S hogy a lelkem is kapjon egy kis törődést, elkezdtem egy pszichológus ismerőssel egy passzív tréninget, ahol a légzéstechnikámat szabályozva, javítva kevésbé leszek görcsös."

„Úgy gondolom, szükség lenne még ilyen csoporttréningek szervezésére, akár heti szinten is. Nekünk, akik a személyiségünkkel dolgozunk nap, mint nap, szükségünk lenne a megújulás lehetőségeire, a minél szélesebb körű önismeretre, a mentálhigiénénk folyamatos ápolására."

„Egy következő dolog, amire még feltétlenül reflektálni szeretnék, egyben ismét egy kis ijedtséget generált bennem. Nem voltam korábban tudatában annak a ténynek, hogy a szenzoros integrációs terápia ilyen meghatározóan és erősen pszichoterápiás szemléletű. Én gyógypedagógusnak tanultam, gyógypedagógusként dolgozom. Semmiféle pszichológiai háttértudással nem rendelkezem. A vesztibuláris és taktilis érzékletek talaján olyan archaikus mélységekből jövő tudattartalmak szabadulhatnak fel, amelyekkel nem biztos, hogy fogok tudni mit kezdeni. A csoport folyamán is megéltem, hogy hiányzott a pszichoterápiás szemléletmód ahhoz, hogy minden felkínált élményt, inger be tudjak építeni, használni, értelmezni tudjak."

| Identitás újszerű keretben

A „saját bőrünkön" való tapasztalások révén talán elfogadjuk azt is, hogy az élményalapú megközelítésben nem húzható éles határ a különböző szakmák képviselői között. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy nem szükséges kiemelni, és differenciálni a hangsúlyokat.

A képzés befejezése után mindenki a maga kis élmény-tarisznyájával tér vissza a hétköznapokba, és saját szakterületén kezdi el az illesztés, illeszkedés folyamatát. Azonban nagyon gyorsan ráeszmél, hogy a szemlélet jellegéből adódóan talán még

több kérdése születik, hogy ebben a megközelítésben kevésbé van tere a megkérdőjelezhetetlen kinyilatkoztatásnak, hogy ez egy tanulási folyamat kezdete, amely mindig újabb és újabb kérdéseket vet fel.

Egy módszerspecifikus képzést követően valós igény, hogy a végzett szakember átlássa egyéni szakmai felelősségét. Egy-egy gyógypedagógiai szakterületen azonban az adott gyógypedagógus feladata az, hogy a szenzoros integrációs szemléletet saját kompetenciahatárainak keretébe illessze.

E cikk terjedelme nem teszi lehetővé, hogy kitérjünk az egyes gyógypedagógiai szakterületek specifikumaira. Erre a feladatra nem is vállalkozhatunk, hiszen a mi gondolkodásmódunkban lényeges pont, hogy mindenki a maga területén válhasson szakértővé, munkájába építve a módszer sajátos alappilléreit. Fontos hangsúlyoznunk azonban, hogy ebben a gondolkodásmódban elengedhetetlenül szükséges a szoros szakmai szupervízió. Lényegében az lenne kívánatos, hogy olyan szakmai vezetőket találjunk, akik nemcsak az egyes gyógypedagógiai szakterületek, hanem a szenzoros integrációs szemlélet ismerői is.

KITEKINTÉS – NÉHÁNY AJÁNLOTT ALAPELV

Ha a külföldi szakirodalmat áttekintjük, a szenzoros integrációs terápia gyógypedagógus vonatkozásai igen számottevőek. Amit a magyarországi DSZIT-keretben a gyógypedagógusok munkájáról gondolunk, az leginkább a Stanley Greenspan, amerikai gyermekpszichiáter által kidolgozott DIR/Floortime[3] modellhez hasonlítható.

Greenspan a különböző fejlődési rendellenességekkel élő gyerekekkel való munkát fejlődéslélektani keretbe helyezi, ahol egyszerre fontos az a fejlődési lépcső, ahol a gyermek éppen tart, az egyéni szenzoros profil és a gyermek és a felnőtt között lévő minőségi interakció. Igen fontos gondolat számunkra az is, amelyet a különböző diagnosztikai kategóriák kapcsán megfogalmaz. Hangsúlyozza, hogy a különböző diagnosztikai kategóriák általában az elsődleges szimptómák alapján sorolják be a gyerekeket, és nem fektetnek kellő hangsúlyt a másodlagos tünetekre. Ilyen módon éppen azoknak a folyamatoknak a sajátosságaira nem látunk rá, amelyek a kihívást létrehozzák, arra, ahogyan az adott gyerek a környezetből jövő információt feldolgozza, és nem figyelünk eléggé az egyéni variációkra. Két azonos diagnózissal ellátott gyerek között gyakran nagyon sok a különbözőség, egyéni variáció, és különböző diagnózissal ellátott gyerekek mutathatnak nagyon hasonló másodlagos tüneteket (Greenspan, Wieder, Simons 1998).

Éppen ezért a korai időszakban, ahol a differenciáldiagnosztikai kérdések megválaszolása időnként nehéz, a figyelem fókuszában a feltérképezhető másodlagos tüneteknek kell állniuk, valamint a prevenciós, intervenciós munkának.

Mindezek alapján a terápiás terv kidolgozásánál fontos hangsúlyozni az egyéni variációk figyelembevételét, amely az adott gyerek egyéni sajátosságaira fókuszál, az előírásszerű, minden gyerekre érvényes fejlesztő programok helyett. Néhány általa

3 DIR – Developmental Individual-difference Relationship-based approach

javasolt, fontos alapelv átemelhető abba az elméleti keretbe, amelyben mi gondolkodunk a DSZIT-terápia gyógypedagógiai irányzatáról.

- A gyógypedagógiai fejlesztést érdemes azon a fejlődési szinten kezdeni, ahol a gyerek éppen tart, itt csatlakozni hozzá az éppen megfelelően facilitáló tevékenység szintjén.
- Szükséges a részletes egyéni profil és neurobiológiai kihívások feltérképezése (egyéni szenzoros profil).
- A gyerek kapcsolódási mintázatának meghatározása szintén fontos feladat, a sajátos szenzoros profil meghatározza azt a módot is, ahogy a gyermek a környezetéhez kapcsolódik. Például, ha a taktilisan túlérzékeny gyerek állandóan elzárkózik az anyja közeledésétől, akkor előfordulhat, hogy az anya egyre kevésbé szorgalmazza az interakciókat, hiszen gyermeke viselkedése összezavarhatja. Ezeknek a sajátosságoknak a megértése megfelelő irányba mozdíthatja el az anya-gyerek interakciókat.
- Minden család hoz sajátos vonásokat a gyermeknevelésbe, ezek általános tendenciák. Például egy nagyon körültekintő, óvatos család ideális lehet a túlérzékeny gyerek számára. De egy hipotón gyerek számára – aki auditív és taktilis szempontból alulreagáló – valószínűleg nehezítetté válik az elmélyült, oda-vissza interakciós körök megvalósulása egy visszafogott szülővel. A család egyéni sajátosságainak a megértése lehetővé teszi az adott gyerekkel való interakciós stílus tudatos korrigálását.

Nehezebb a helyzet a klasszikus, és már diagnosztizált kórképek esetén, ahol a szenzoros integrációs diszfunkciók komorbid tünetként vannak jelen. Itt a diagnózisspecifikus sajátosságok, a probléma súlyossága, a gyermek egyéni profilja határozza meg, hogy a gyógypedagógiai munkában milyen mértékben és hangsúllyal építhető be a szenzoros integrációs szemléletmód, a direktivitás-nondirektivitás kérdése. Ezek a kérdések nemcsak nálunk, hanem a külföldi terápiás gyakorlatban is komoly szakmai felvetések tárgyai.

JÖVŐKÉP

Vágyott modellként az lehetne egy jövőbeli cél, hogy az érintettek a tünetek észlelésekor egy terápiás centrumhoz fordulhassanak. Ebben a központban a szenzoros integrációs szemléletben is képződött különböző társszakmák képviselői (neurológus, pszichológus, gyógypedagógus, gyógytornász, logopédus) együttesen vennének részt a diagnosztikai folyamatban, ahol a folyamat végén közösen döntenének arról, hogy az adott gyerek profilja milyen hangsúlyú, milyen szakember által végzett terápiát igényel leginkább, milyen esetleges kiegészítő vizsgálati igények merülnek fel (szemész, ortopédus, gasztroenterológus). Természetesen itt is csak hangsúlyokról beszélhetünk, hiszen annak ellenére, hogy tudatában vagyunk annak, hogy milyen problémakör melyik szakma kompetenciájába tartozik inkább, bizonyos esetekben nagyon nehéz eldönteni, hogy egy taktilis érzékenység differenciáldiagnosztikai

szempontból inkább tartozik e a szenzoros regulációs problémakörbe, vagy koral pszichotrauma tüneteként értelmezhető.

Az egyes társterületeken alkalmazott módszertani különbségeket fontos hangsúlyozni és differenciálni, de a szenzoros tér előreláthatatlan reakciókat, élményeket hív elő a gyermekből, amelyekkel ott, abban a térben kell foglalkoznia az adott szakembernek, kihasználva a kapcsolat gyógyító erejét.

| Összegzés

E cikk megírása során tudományos igényű összefoglalás helyett szubjektív hangvételű áttekintésre vállalkoztunk. A tanfolyamon részt vevő gyógypedagógusok beszámolóira építve törekedtünk általános érvényű tendenciák megfogalmazására a módszerválasztás pillanatától kezdve, figyelembe véve azt a sajátosságot is, hogy ebben a folyamatban mindenki egyéni utakat járhat.

Ha szeretnénk rávilágítani azokra a legfontosabb momentumokra, amelyek a szenzoros integrációs terápiás folyamatban megjelennek, összegzésként mindenképpen ki kell emelnünk annak örömforrásjellegét. Ez a módszer valamennyi résztvevő számára felszabadító, pozitív érzelmi töltetével még a széles körű tudással rendelkező terapeutát is megerősíti, újrahangolja: „Ha én ezt tudtam volna, hogy a fejlesztés ekkora örömet is nyújthat, sokkal korábban választottam volna ezt a módszert!"

Az írás folyamán érdekes volt megtapasztalni azt a „léleknyitogató bolyongás"-t, amelyen a résztvevők végighaladtak ebben a tanulási folyamatban. Mindezek alapján csak bízhatunk abban, hogy az élmények ilyen minőségű megélése segít azok átadásában.

> „…a terápia igazából bár »kívülről jön«, akkor és csak is akkor tud eredményes lenni, ha belső erőket mozgat meg, és majdnem önmagától megindít egy olyan belső folyamatot, amellyel az dolgozik tovább, akin a terápiát alkalmazzák. A terapeuta pedig […] nem a szigorú kiképző, hanem egy érzelmeivel is dolgozó ember, aki ráhangolódik a rábízott személyre, nem csak figyel, hanem megfigyel, nem felszólít, inkább megszólít, és nem csak biztosít, hanem biztonságot ad."

Törekedtünk arra, hogy általánosabb érvényű kérdéseket járjunk körbe, de arra is, hogy bizonyos felvetéseket nyitva hagyjunk a továbbgondolás lehetőségének megteremtésével. Hiszen a szenzoros tér a terapeuta számára is csak egy lehetőség – úgy mozog benne, akárcsak a gyerek, éppen annyit, ahol még biztonságban érzi magát szakemberként.

| Irodalom

GRANDIN, T. (2014): *Képekben gondolkodom: Életem az autizmussal.* Park, Budapest.

GREENSPAN, S. I.; WIEDER, S.; SIMONS, R. (1998): *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth.* Perseus Books, Reading.

KISS Á. (SZERK.) (1891): *Magyar gyermekjáték-gyűjtemény.* Hornyánszky, Budapest. [Újrakiadása: Holnap, Budapest, 2000.] http://mek.oszk.hu/10800/10818/10818.pdf (Letöltve: 2016. január 26.)

REMÉNYI T.; SCHAEFGEN, R.; GEREBEN F.-NÉ (2014): *Szenzoros integrációs terápiák alkalmazása a gyógypedagógiai fejlesztő munkában: 1. rész.* Gyógypedagógiai Szemle, 42/4, 293–304.

REMÉNYI T.; SCHAEFGEN, R.; GEREBEN F.-NÉ (2015): *Szenzoros integrációs terápiák alkalmazása a gyógypedagógiai fejlesztő munkában: 2. rész.* Gyógypedagógiai Szemle, 43/2, 146–155.

SZVATKÓ A. (2014): *Szenzoros integrációs terápia.* In: Vikár A. (szerk.); Vikár Gy. (szerk.); Székács E. (szerk.): *Dinamikus gyermekpszichiátria.* Medicina, Budapest, 226–257.

VARGA I.; KISS T. C. (2007): *Kreatív mozgásos terápiák egyetemi csoportokban: csoportdinamika, a nonverbális megközelítés jellegzetes élménymintázatai.* In: Demetrovics Zs. (szerk.), Kökönyei Gy. (szerk.), Oláh A. (szerk.): *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig: Tanulmányok Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére.* Trefort, Budapest, 379–407.

VARGHA J-L. (1995): *Társadalom a díványon?* Komp-Press, Kolozsvár. http://www.korunk.org/konyvek/letoltkonyvek/Varga%20Jeno%20Laszlo_Tarsadalom_a_divanyon_W.pdf (Letöltve: 2016. január 23.)

Fent és lent, fényben és sötétben – A fizikai környezet és a dinamikus szenzoros integrációs terápia kapcsolata[1]

Bedő Ilona – Papp Tímea

A dinamikus szenzoros integrációs terápia (DSZIT) hatásmechanizmusa a valóságosan átélt, különböző érzékszervi és mozgásos élményeken keresztül megszerezhető tapasztalatokra épül, éppen ezért nagy jelentősége van a terápia fizikai környezetének. A DSZIT-terápia sajátos adottságai közepette a gyermek testében és lelkében felidéződhetnek, elrendeződhetnek, integrálódhatnak korábbi tapasztalatai. A terapeuta értő jelenlétében kipróbálhat új problémamegoldási módokat, rátalálhat személyes erőforrásaira és egyéni fejlődési lehetőségeire.

A következőkben e terápiás környezet fizikai tulajdonságainak és a terápiás történéseknek az összefüggéseiről szeretnénk szólni. Végiggondoljuk a DSZIT-terápia szempontjából legfontosabb fizikai tényezőket – úgymint tér, idő, ritmus, fény és sötétség –, valamint összefüggésüket a terápiás keretben zajló lelki munkával.

Két terápiás helyszínt mutatunk be: míg egyik esetben a „süllyedés, lemerülés" és a mindennapitól való elhatárolódás, addig a másik esetben az „emelkedés" és a mindennapi közegbe való vizuális és auditív belesimulás implikálódhat. Végül elgondolkodunk azon, milyen lehet az a környezet, helyszín, amely „elég jó" a gyerekek, a terapeuta és a szenzoros integrációs terápia szempontjából.

| A térről

Tanulmányunkat a teljesség igénye nélkül készítettük el, s talán a legfontosabb mondandója maga a téma felvetése. Lehet-e valamiféle megragadható kölcsönhatása, összefüggése a terápiás helyszínnek és a terápia folyamatának a DSZIT-terápia esetében? A kérdést továbbgondolva: vajon a külső környezet és a belső környezet milyen kapcsolatban lehet egymással, vonható-e bármiféle párhuzam a kettő között? Felvetődik az is, hogy a DSZIT-terápia szempontjából beszélhetünk-e ideális, illetve minimális helyszíni feltételekről, eszközszükségletről.

Vezető hipotézisünk szerint a környezet egészét a terápia részének tekintjük, így az interakciókhoz és a cselekvésekhez hasonlóan a fizikai miliőt is mint terápiás médiumot vizsgáljuk és elemezzük.

1 A tanulmány a *Pszichoterápia* folyóirat 2014. áprilisi (23/2.) számában ugyanezzel a címmel megjelent cikk átdolgozott változata.

Az embert körülvevő fizikai és absztrakt tér mindig foglalkoztatta a hétköznapi embereket és a tudósokat egyaránt. Az utóbbi két évtizedben a társadalomtudományok kitüntetett figyelemmel fordultak a tér felé. Henri Lefebvre szerint minden társadalom sajátos térrel írható le, minden társadalmi viszony egyben térbeli viszony is (Lefebvre 1991, idézi Benedek 2002).

Az ember fogantatásától kezdve változatos fizikai környezetben fejlődik, él, mozog, alakul, illetve alakítja maga körül a teret. A tér átélése, felfogása konkrét testi-lelki élményekben is kifejeződhet, ennek egyik szélsőséges példája a tér szűkösnek, szorítónak való megélése, ez esetleg meneküléshez, klausztrofóbiához vezethet, míg a tágasság átélése felszabadultságélményt, kíváncsiságot indukálhat.

A térrel kapcsolatos nyelvi kifejezéseink, szavaink sok esetben lelki állapotunk leírására is vonatkoztathatók, alkalmasak, gondoljunk a *rendezetlen, kaotikus, sivár, zsúfolt, otthonos, zsákutcába jutni, kerülőút, személyes tér* kifejezésekre.

| A költözés

Néhány éve a szenzoros integrációs terápia szempontjából közel húsz éve belakott munkahelyünkről másik helyre költöztünk. A költözésünk adta azt a lehetőséget, hogy két DSZIT-helyszínt tapasztalhattunk meg, s ennek révén különböző érzéseink, gondolataink születtek. Írásunkban első tapasztalatainkat szeretnénk ismertetni.

A DSZIT-terápia a gyermek számára konkrét és egyben szimbolikus lehetőséget is nyújt a térben-időben való utazásra, a „térhajlításra", különböző alagutakon, kúszócsöveken – „féreglyukakon" keresztül. A DSZIT-teremben (a feketelyukhoz hasonlóan) megáll az idő, sőt visszafelé is haladhat, megszűnhet a gravitáció, eltűnhet a fény.

A gyermeket körülvevő tér „teret ad" a megmunkálásnak, az alakításnak, az egyes térszintek (talajszint, köztes – „hinta-" – szint, mennyezet alatti régió) áthidalásának, kipróbálásának. A DSZIT-terápiában egyedülálló lehetősége van a gyermeknek arra, hogy egy adott semleges teret a saját belső indíttatása szerint formáljon át, majd képes legyen visszatérni a kiinduló helyszínhez. E folyamat révén a gyermek megtapasztalja saját kompetenciáját, hatóerejét, képessé válik jobban eligazodni a világban, megtanulja, hogy hogyan alakítsa ki a szükségleteinek, komfortigényének megfelelő helyet, környezetet.

Fontos jelentése lehet a térben a gyermek és a felnőtt mozgásának, a térhez való viszonyulásuknak, és ezzel egy időben az egymáshoz való kapcsolódásuknak, együttmozgásuknak.

A szenzoros integrációs terápia mozgáson keresztül zajlik speciális eszközökkel, különleges térben. Ez a tér a hagyományos verbális és játékterápiák terétől merőben különbözik, hiszen biztosítania kell egyrészt a gyermekpáciens, a terapeuta és az eszközök mozgásának lehetőségét, másrészt a terápiához elengedhetetlen egyéb terápiás körülményeket (többek között a világítást, megfelelő hangszigetelést, szeparációt). A tér milyensége, jellemzői részei a terápiának.

A szenzoros integrációs terápia esetében is kettős térről beszélhetünk, hiszen adott a valóságos tér a sajátos eszközeivel, valamint a terapeuta és a gyermek által megteremtett, konstruált, képzeletbeli tér, ahol a gyermek élményei, traumái megjelenhetnek. A DSZIT-terápiában a gyermek a valóságos teret bejárhatja, a mozgással folyamatosan változtathatja, alakíthatja, s benne elhelyezheti önmagát. A folyamatosan változó valóságos tér más és más úton-módon kerül kapcsolatba a szimbolikus térrel. A látható fizikai tér a mozgáson és az eszközökön keresztül lép kölcsönhatásba a belső világgal.

A gyermek legtöbbször a DSZIT-óra elején megfogalmazza, hogy mit szeretne, mit hova tenne, min változtatna, tehát verbálisan elkezdi megkonstruálni a teret. Majd elképzelésének megfelelően megteremtheti a valóságban is, és az óra végén rajzban („tér-kép") megjelenítheti. Ez a folyamat segíti az optimális téri integráció kialakulását. Később a terápiás órák során már az óra elején elővételeződik a megismert tér térképe.

A történelemben is hasonlóan folyt a tér megjelenítésének változása: a kezdeti verbalizálástól haladva a tér vizualizálása a középkor végén jelent meg a térképek elterjedésével.

Azt gondoljuk, hogy a tér olyan fizikai jellemzői, mint a fény és a sötét, a mélység és a magasság, a tágasság, az elszigeteltség befolyásolhatják a lelki tartalmak megjelenését és minőségét.

| A sötétről

Az Óbudai Nevelési Tanácsadóban sok évvel ezelőtt véletlenül adódott számunkra az a lehetőség, hogy a szenzoros integrációs terápiát sötétben is végezhessük.

A sötétet, a sötétséget a gondolkodással kapcsolatban a hétköznapi szóhasználatban, valamint az irodalomban és a művészetben egyaránt – kevés kivétellel – a butasággal, a rosszal, a gonosszal, a démonival, a szomorúsággal, a haraggal rokonítják. A sötétség félelmet, szorongást kelt. A bánattól és haragtól elsötétül valakinek az arca, míg az örömtől felragyog. A mitológiai labirintusban, de a keresztény vallás infernójában is sötét van. A sötétben csak a fény nyit teret, fény nélkül pedig elveszítjük tájékozódóképességünket. A tér, a hely, a helyzet, az idő és a saját test érzékelése is torzulhat.

A tapasztalásban és néha az irodalomban is megjelenik azonban a sötétnek, mint meleg, intim, védő, rejtő, megnyugvást adó élménynek a megélése. Gondoljunk Radnóti Miklós soraira, amelyeket a halál árnyékában vetett papírra: *„Nagy szárnyadat boríts rám virrasztó éji felleg."*[2]

Mi, emberek is a sötétségben, az anyaméh mélyében fejlődünk születésre érett magzattá, itt szerezzük első tapasztalatainkat a külvilágról. És ezek a tapasztalatok szintén lehetnek kellemesek, de traumatikusak is.

A sötétség megteremtéséhez nincs szükség külső környezeti tényezőre, előidézhetjük mi magunk is, ha becsukjuk a szemünket. Mikor a kisgyerek behunyja a szemét, azt hiszi, nem látjuk, és azt mondja „elbújtam".

2 Radnóti Miklós: *Nem tudhatom...* (1944. január 17.)

A sötét azonban a fénytől elválaszthatatlan, a kettő nem létezik egymás nélkül, ezért segíthetik egymást a tapasztalásban. Ha fénynyaláb esik a sötétség által rejtett dologra, környezeti tárgyra, sokkal pontosabban észleljük azt, megnő a jelentősége, ahogy a fény kiemeli a sötétből. A fény segíthet figyelmünk fókuszálásában, gondoljunk csak sok gyermek spontán játékára, a „fényfogócskára" a sötétben.

„Senki emberfia nem érezheti teljességgel önmagát, csak behunyt szemmel, mintha a sötétség volna lényegünk igazi eleme, bár a világosság rokonabb lényünk földből lett felével." – írja Herman Melville.[3]

Terápiás helyszíneink

A következőkben két terápiás helyszínt mutatunk be fizikai jellegzetességeik szempontjából.

Korábbi helyiségünket egy egykori óvóhelyből alakítottuk ki az épület alagsorában. A teremnek nem volt ablaka, láthatóak voltak a majd' méteres közfalak, a két nagy vasajtó. Két sor labirintusszerű lépcsőn lehetett fokozatosan a terembe jutni. A terem megközelítése – a „süllyedés" – a földszinti folyosóról indult, és a mélybe vezető kanyargós út fokozatosan tárult a szemünk elé a szakaszos megvilágításnak köszönhetően. A fentről hallatszó hétköznapi hangoktól, zajoktól egyre távolabb kerültünk, a pince mennyezete megszűrte a hangokat. Némelyik gyermek annyira elmerült ebben a közegben, olyan mértékben képtelen volt a tájékozódásra, hogy nehézséget jelentett számára a külső zajok mibenlétének azonosítása. A hely maga volt a nyugalom szigete intimitásával, zártságával, csöndjével és állandó hőmérsékletével. A terembe lépve gyermek és terapeuta egyaránt azt érezhette, hogy „megérkezett".

Ebben a térben egy kattintással koromsötét lett. A sötétben is végezhető terápia kiszélesítette, gazdagította terápiás „lehetőségeinket". Ez a hely inkubációs élményt jelentett a gyerekek számára, hiszen a külső ingerek mintegy szűrőn keresztül érték őket. A helyszín intimitása szinte érzékelhető közelségbe hozta a magzati és korai gyermekkori emlékeket. A lenti világban megállt az idő, az ablaktalan helyiségben a gyermek kevésbé támaszkodhatott külső információkra az idő múlásával kapcsolatban. A terápia kellékeként gyakran került sor zseblámpák használatára, valamint a fényerő igény szerinti beállítására, szabályozására. Ez a különös hangulatúvá alakítható terápiás helyszín kedvezett a tudattalan folyamatok beindulásának.

Jelenlegi helyszínünk egy iskola második emeletén található, ahol szintén két sor lépcső és hosszú, tekervényes útvonal vezet a terápiás termekhez, csak fölfelé. Egyik falát ablaksor alkotja, melyen keresztül kilátunk a környező városrészre. Hallani lehet a szomszéd szobából, a távolabbi környezetből érkező zajokat, gyerekzsivajt, csengőszót. A környezet és a helyszín iskolaszerű benyomást kelthet némely gyermekben.

Itt a külső valóságnak a terápiával párhuzamosan zajló történései folyamatosan érzékelhetők, s ez hatással van a ráhangolódásra, az intimitás kialakulására, ebben az

3 Herman Melville: *Moby Dick*. Kriterion, Budapest, 1983, 73.

esetben az „emelkedés" és a mindennapi közegbe való vizuális és auditív belesimulás implikálódhat.

Az elsötétíthető és szeparált terápiás szoba tapasztalatunk szerint igen kedvezett a szorongást oldó, feszültséglevezető, belső ritmust beállító, szabályozó, megnyugtató, csöndes játékoknak mind csoportban, mind egyéni terápiás helyzetben: gondolunk itt a „szellemes", „baglyos", „denevéres", „éjszakai állatos", „alvós-felébredős", „kuckós-sutyorgós", „lopakodós" játékokra. A gyerekek élvezték és igényelték a sötétséggel járó izgalmas és halk, visszafogott történéseket, a finomságot és a láthatatlanságot.

Tapasztalataink szerint a láthatatlanság lehetősége elősegíti a visszahúzódó, félénk, esetleg mutista gyerekek mozgásos és verbális aktivitását, valamint a túlizgatott, feszült gyermekek megnyugvását.[4]

Esetvignetták és következtetések

Csillát a pedagógus végzettségű anyai nagymama kezdeményezésére hozták el hozzánk szülei. Négyévesen fejlődésben elmaradt, autisztikus vonásokkal jellemezhető, a biztonságot adó talajt nehezen elhagyó kislány volt. A szenzoros integrációs terápiája eleinte egyéni, később csoportos helyzetben folyt. Csilla sokat fejlődött, képes volt elrugaszkodni a földtől hintával, kötéllel, hálóval. Legjobban sötétben szeretett játszani, bújócskázni. A máskor visszahúzódó gyerek a sötétben magára talált, bátran nyilvánult meg: ugrált, futkározott, kiabált, sikítozott mint bagoly, denevér vagy szellem.

Két éve tartott a terápia, amikor Csilla iskolaköteles lett. Mi, terapeuták még ekkor is bizonytalankodtunk abban, hogy a gyermek organikusan sérült-e, ezért marad el értelmileg kortársaitól, vagy súlyos szenzoros integrációs deficitről van szó, mely gátolja mentális fejlődését. A szülőknek a nehezebben érthető gyermek iránti ambivalenciája, szorongása is terhelte a kislányt. Szinte egyik napról a másikra, mintha ki nem mondott kérdésünket válaszolta volna meg, fejlődése ugrásszerűen megindult. Ebben nagy szerepük volt a társaknak, akik a foglalkozások során mozgás- és kommunikációs, interakciós mintát nyújtottak Csillának, bátorságra ösztönözték, segítették az alkalmazkodásban.

Marcinak, az ötéves, epilepsziás, visszahúzódó, szorongó fiúnak – Csilla csoporttársaként – szintén a sötétben volt először lehetősége mozgással, artikulálatlan hangadással kifejezni a benne dúló indulatokat, elindulva ezzel az énfejlődés útján.

Ádám tizenkét éves korában jött hozzánk a szüleivel. Versenyszerűen teniszezett, ami rendkívül megterhelte. Ez sértődésekben, dührohamokban nyilvánult meg. Apja minden versenyére elkísérte, amit a fiú alig-alig bírt elviselni. Az apa elmondta, hogy a gyerek sokszor olyan állapotban van, hogy nem lehet a szemébe nézni az azonnal

4 Lásd bővebben e kötetben Bedő Ilona *Piroska eltévedt, avagy Lili, hol vagy? – Egy nem beszélő kislány terápiája* és Molnár Magda *Út a sötétben* című írását.

kitörő „hisztiroham" miatt. A teniszedző javasolta a szülőknek, hogy vigyék el őt pszichológushoz. A szülőkkel beszélgetve nyilvánvalóvá vált, hogy az apa megvalósulatlan álmait szeretné fiával beteljesíttetni. Nem tudott lemondani a gyerek sportkarrierjéről Ádi gyerekkora javára.

Az anya szelídebben viszonyult a gyermekhez, de nem volt elég erős ahhoz, hogy az apával szemben képviselje fia érdekeit. Ádival a terápia kezdetén komoly nehézségbe ütközött a kapcsolat kialakítása a felnőttek iránti igen erős ellenérzései miatt. Feloldásában fordulópontot jelentett, hogy megbeszéltem vele, ha nem akar járni, tudomásul veszem, és más lehetőséget ajánlok a szüleinek.

Ezután kezdődött meg az igazi terápia a fiú hosszú-hosszú regressziós időszakával. Játékai a szenzoros eszközökkel gyermetegek voltak, boldog volt az ugrálás, mászkálás, függeszkedés lehetőségétől. Egyszer csak felfedezte, hogy koromsötétet is tud csinálni a helyiségben. Villanyoltás után bebújt az ikeás forgatható „tojásba" egy elemlámpával, kérve, hogy én is fogjak egy lámpát, s az ő fényjeleire válaszoljak vele. Kialakult egy olyan magzati helyzet, melyben a magzati lábacskák és az anyai kezek érintkezése helyett a fényjelek kommunikáltak egymással. Szintén terápiás fordulatot jelentett, amikor lefotóztam Ádit, ahogy a sötétben a tojásban kucorog fényjelet adva, s a képet megnézte. Lassan-lassan ezeken a helyzeteken keresztül újraélhette, illetve megélhette, pótolhatta a magzati és gyermekkorából hiányzó, töredékes élményeket.

A „labirintusteremben" tartott egyéni és csoportos foglalkozásaink során gyakori játékaink voltak a bújócska és az utazós játékok: a „tengerjárós-hajós", „csillagközi utazós", „tengeralattjárós-búváros", „szigetes-átkelős", „mocsaras-lápos", „halászós", „labirintusépítős, alagutas".

A mélység és sötétség által kitágított fantáziatér könnyen előhívta az említett alámerülős, a vízben, űrben, sötétségben utazós játékokat, s ezek a „mintha"-térben megvalósított játékok korrektív élménnyel ajándékozták meg a bennük résztvevőket.

A „labirintusterem", ahogyan a pincét elneveztük, segített a gyermeknek és a terapeutának is elmélyülni, a gyermekben az anyaméh, az anyaöl képzetét, Félicie Affoltertől kölcsönzött kifejezéssel élve: a „kuckó-érzést" kialakítani (Affolter 1987). A sötétség és a világosság változtathatósága, váltakozása segítségével a pszichés problémákkal küzdő, szenzomotoros és szenzoros integrációs zavarral hozzánk került gyerekek saját, belső ritmusa kialakulhatott, belesimulhatott a környezet mikro- és makroritmusaiba.

Barnust édesanyja öt és fél évesen hozta el hozzánk azzal, hogy a kisfiú bátortalan, visszahúzódó. Az óvodában sokat sírt, ezért óvodástársai gyakran csúfolták. Elmondta, hogy Barnabás sírós baba volt, a napszaki ritmus soha nem állt be nála igazán.

Éjszakánként nyugtalanul aludt, felriadt, ijesztő álmai voltak. A terápia kezdetén több héten keresztül „aludt". Beköltözött a sátorba, a villany leoltásával felidézhetővé vált számára az éjszaka. Az egyes órákon a napszakok váltakozása a gyermek igénye szerint alakult, ő irányította, hogy mikor, mennyi ideig legyen nappal, illetve éjszaka. Idővel az „éjszakák" rövidültek, s egyre hosszabb „nappalok" következtek

munkával, utazással, délutáni tevékenységekkel. Ezek során Barnus elkezdte használni a teremben levő eszközöket. A terápiával párhuzamosan otthon megszűntek az éjszaka jelentkező szorongásos tünetek.

Jelenlegi, emeleti helyszínünkön (eddigi tapasztalataink szerint) sok „játszóteres" játékot játszunk: dínós, állatos, mászós-csúszdás, hintázós, köteles, építős, ugrós, pörgős játékokat. Ez a tér kedvez a „repülős, lebegős" játékoknak.

Soma ötéves korában került hozzánk viselkedési problémákkal. Az óvodában a gyerekekkel visszahúzódó volt, otthon viszont szélsőséges magatartást tanúsított. Bizonyos helyzetekben bénult félelmet mutatott, más helyzetekbe viszont vadul belevetette magát, nem észlelve a veszélyt. Az anya elmondta, hogy a gyermek születése nehéz, elhúzódó volt. Talán ezért késett a kisfiú idegrendszeri, szenzoros integráclós érése, melynek következményeként testképe, testhatárai is lassan alakultak ki. Mozgásfejlődése meglassúbbodott, sokat balesetezett, veszélyérzete nem alakult kl. Értelmi képességei viszont előrefutottak, kis „szórakozott professzor" benyomását keltette, aki nem számol a realitással. Hosszú, szobán belüli terápiás előkészítés után lehetett rávenni a szenzoros integrációs foglalkozásokra.

Soma a szenzoros teremben elrugaszkodva a valóságtól, „kitágította a terem falait", bevonta a külvilágot a terápia terébe, az ablakon keresztül tervezgetett, menekülő útvonalat keresett veszély esetére. A kisfiú kezdeti fantáziája szerint képesnek érezte magát, hogy átrepüljön a mellettünk levő háznak a tetejére, majd onnan ereszkedjen le a falon. Az ablakon nézelődve továbbgondolta valós esélyeit, és rájött, hogy előbb gyíkká kell változnia a biztonságos „falmászáshoz". Később eltervezte, hová rögzítené a kötelet, amelynek segítségével ténylegesen véghezvihetné a korábban eltervezett mozdulatsort. Játékaiban egyre közelebb került a realitáshoz, képessé vált annak beépítésére is elképzeléseibe. Így jutott el a mesék világától az „akciófilmes" fantáziákon keresztül a valóságba. A terápia eredményeként szellemi és testi fejlődése egyensúlyba került, harmonizálódott.

Ezen a helyszínen a gyermek aktivitása beágyazódhat a realitásba, mivel hangsúlyos, állandóan érzékelhető a kinti világ jelenléte és változása. Az időjárás, a falióra, a szomszéd iskolából áthallatszó csengetés, az ablakból látható épületek folyamatosan érzékelhetővé teszik a valós külvilágot. Ez a helyszín mindenképpen permeábilisebb az előző termünknél.

Tapasztalataink szerint korábbi termünk inkább idézett mesebeli helyszíneket, ott könnyen inspirálódtak dramatikus játékok. Mostani helyünkön az eszközök funkcionális használatát hangsúlyosabbnak érezzük. Megfigyeléseinket a később gyűjtött tapasztalatok valószínűleg tovább árnyalják, módosítják.

A szenzoros integrációs eszközök és a terapeuta szakmai tudása, kreativitása, gondoskodása,valamint a terápiás tér szervezése révén helyszíntől függetlenül is megvalósul az elmélyülés, az élmények felidézése, átdolgozása. A különböző terekkel való bánásmód, a terek adottságainak figyelembevétele a terápiás folyamat része.

| Irodalom

Affolter, F. (1987): *Wahrnehmung, Wirklichkeitund Sprache.* Neckar-Verlag, Villingen-Schwenningen.

Ayres, A. J. (1972): *Sensory integration and learning disorders.* Western Psychological Services, Los Angeles.

Bedő I., Molnár M.; Kékesi A. (1998): *Labirintus.* A tudományos-ismeretterjesztő film szövegkönyve. Budapest, Arted Művészeti Kft.

Bedő I. (1995): *Ritmus. Autista gyermekek szenzoros integrációs terápiájának lehetőségéről és a ritmus terápiás jelentőségéről.* In: Szvatkó A. (szerk.); Varga I. (szerk.): *Szenzoros integrációs terápiák.* Tanfolyami segédanyag, kézirat, Budapest, 139–145.

Bedő I.; Kékesi A. (1999): *Szellemvilágban. Egy örökbefogadott, nárcisztikus gyermek szenzoros integrációs terápiája.* Oktatófilm, Arted Művészeti Kft., Budapest.

Benedek J. (2002): *A földrajz térszemléletének hullámai.* Tér és Társadalom, 16/2, 21–39.

Lefebvre, H. (1991): *The production of space.* Wiley-Blackwell, Oxford.

Molnár M. (2005): *Pszichoterápia a „Labirintus"-ban (egy gyakorlati szakember gondolatai).* Pszichoterápia, 14/1, 433–440.

Kulcsár Zs. (1995): *Szenzoros integrációs eljárások, elsősorban a vesztibuláris stimulációs módszerek elméleti alapjai.* A szenzoros integrációs terápiák tanfolyam segédanyaga, Budapest.

Út a sötétben[1]

Molnár Magda

„Vigyázz, hogy világosat gondolsz-e vagy sötétet; mert amit gondoltál, megteremtetted."

(Weöres Sándor: *A teljesség felé*)

A gyerekek anamnézisének, vizsgálati eredményeinek és a velük töltött terápiás órák tapasztalatainak ismeretében úgy gondolom, hogy a sötétben megtett út során, a sötéttel való játékokban megjelenhetnek a gyermek perinatális tapasztalatai, életének korai történései. A sötétség olyan „vetítési felület" lehet, amely elsősorban szorongásunkat, a szorongással kapcsolatos megküzdési módjainkat, a világgal kapcsolatos bizalmi viszonyunkat, a halállal, a szexualitással, az agresszióval, a tudattalannal való kapcsolatunkat jelenítheti meg.

Az életkor változásával érzelmi autonómiánk alakul, feszültségeinkre újabb feloldási módokat találunk, s ezek változtatják a sötéttel való kapcsolatunkat.

A sötétség azóta ihlette terápiás munkánkat, amióta dinamikus szenzoros integrációs terápiát (DSZIT) végeztünk a „labirintusban". Óra elején felgyújtottuk a fényt, óra végén ismét sötétbe borult a pincében kialakított, általunk „labirintusnak" nevezett terápiás terem. Ebben a sötétséget is magában rejtő terápiás térben különleges lehetőségként kínálkoztak a sötétben, a sötéttel folyó játékok. Eleinte spontán adódott, s megfigyeléseink nyomán egyre jobban megértettük ennek a speciális terápiás tényezőnek a hatásait, azután el is kezdtük alkalmazni a sötétet a DSZIT-órákon.

Korábban írtam egy tanulmányt (Molnár 2002) arról, vajon mi történik, amikor a gyerekek elbújnak, bújócskát játszanak a DSZIT-terápia során, hol világosban, hol pedig sötétben. Elgondolásom szerint a sötétben való elbújós játék a magzatkor élményeit idézi, míg a világosban való elbújás – bújócska játék – inkább a későbbi életkorban bekövetkezett elszakadással áll kapcsolatban. Egy igen tájékozott, jó beszédkészségű 6 éves gyerekem úgy fogalmazott, amikor a félköríves építőelemmel megtoldott, takarókkal besötétített mászóalagútból előbújt: „Arra emlékeztet, amikor az anyukám pocójából kijöttem. Itt van a vér" – mutatott az alagút nyílására, amelyen előtte

1 Köszönet kolléganőmnek, Kapusy Zsuzsának, akivel több éven át együtt vezettük azt a gyerekcsoportot, amelynek záró foglalkozásáról írok ebben a munkámban. A terápiás órák után folytatott hosszas megbeszéléseink, egymást inspiráló részletes dekurzálásaink és közös műhelymunkánk évekig hozzájárult az óbudai szenzoros integrációs terápiás (SZIT-) műhely szakmai életének pezsgéséhez, többek között ennek az írásnak az elkészültéhez. Írásom a Nevelési Tanácsadók 40 éves Jubileumi Konferenciáján 2008. novemberében elhangzott előadásom átdolgozott változata.

kibújt. Utalása nem aktuális, hanem múltbeli, a születéskori vérről való ismereteire vonatkozott.

Életünk első hónapjait az anyaméh sötétjében töltjük, azután a nappal és az éjszaka, a világos és a sötét váltja egymást, így a születés utáni életünk nagy részében is jelen van a sötétség. A sötétség befolyásolja a melatonintermelődést, ezáltal a biológiai ritmusunkat,[2] az alapvető idegrendszeri mintázódást, vagyis azt az idegrendszeri konstitúciót, amellyel a különböző helyzetekre reagálunk. A kutatásokból tudjuk, hogy a sötéthez és a világoshoz eltérő izomtónus, szívritmus, általános aktivitási szint párosul. A sötétben megváltoznak az érzékszervi tapasztalatok is: a vizualitás háttérbe kerül, nagyobb hangsúlyt kap a szenzoros integráció fejlődése szempontjából fontos egyensúlyérzékelés, tapintás, mélyérzékelés, szaglás, hallás.

A DSZIT-órák végén rövid pihenésre biztatjuk a gyerekeket, s hogy ehhez keressenek vagy készítsenek maguknak pihenőhelyet. A gyerekek abban is választási lehetőséget kapnak, hogy a pihenő idején sötét legyen-e, leoltsuk-e a lámpát, vagy világosban szeretnének inkább maradni. Elsötétítéssel minden terápiás órán lehetőség nyílik az ellazulás és a sötétség hatásainak megélésére, átdolgozására.

A gyerekek nagyon különböznek abban is, hogy az aktív játék után hogyan tudnak ellazulni, mit jelent számukra testük passzivitása, az az állapot, amikor magukban vannak, „elbújnak a világ szeme elől". Változó, hogy szükségük van-e sötétre az ellazuláshoz, hogyan hat rájuk a sötét: élénkíti, nyugtalanítja vagy ellazítja őket. Egyes gyerekek számára nagyon szorongáskeltő élmény elvonultan, egyedül lenni, s igénylik egy másik gyerek vagy felnőtt társaságát, a szorosabb testi kontaktust. Más gyerekek viszont óra közben is igénylik a sötétet, könnyedén, szorongás nélkül mozognak benne, és féktelen, merész játékötletekkel állnak elő.

Gyakori eset, hogy a gyerekek szivacs építőelemekből, tornatermi eszközökből építenek maguknak kuckót, „bunkit" a rövid elvonuláshoz. Az egy ponton felfüggesztett, szivacsmatraccal bélelt függőágy is kedvelt pihenőhelyük. Egyes gyerekek határozottan ragaszkodnak ahhoz, hogy sötétben szeretnének pihenni, ezért gyakran letakarjuk ezeket a helyeket egy takaróval, hogy a kért sötét/félhomály rendelkezésükre álljon.

Vajon mit mozgósít bennünk a sötétség, mit rejt a tér, amelyben nincs fény vagy kevés fény van? Johann Jakob Bachofen megállapítása szerint az anyaprincípiumhoz tartozó legfontosabb fogalmak: az éjszaka, a hold, az anyaméh sötétje, a bal oldal kiváltsága (Bachofen 1978).

A terápia során fontosnak tartjuk, hogy a gyerekek biztonságban érezzék magukat, ezért nem provokáljuk félelmeiket, a sötét helyzeteket. Ellenben azt is elfogadjuk, ha a sötétben próbára akarják tenni magukat, a terápiás kapcsolatot, vagy csoportos foglalkozáson csoporttársaikkal együtt szeretnének kalandozni a sötétben. Erre azt a csoportszabályt alakítottuk ki, hogy a játék során csak a többiek beleegyezésével lehet lekapcsolni a lámpát. Terápiás eszközeink között megjelentek különböző

2 Lásd bővebben Varga Izabella *Az idői mintázódások jelentősége a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című írását jelen kötetben.

zseblámpák is (pl. elemes, dinamós, kisebb-nagyobb, színes fényű), amelyek fénye a sötétben való játékok során segíthet a tájékozódásban, az „alvilággal" való küzdelemben. Az a gyerek, aki a zseblámpa gombján tartja az ujját, és úgy akar sötéteset játszani, lépéseket tesz afelé, hogy kontrollálja a saját félelmeit, és próbáljon aktívan megküzdeni velük.

Kapusy Zsuzsa pszichológussal évekig tartottunk DSZIT-csoportot tanulási és magatartási nehézségekkel küzdő kisiskolás korú gyerekek számára. A gyerekek problémái sokrétűek, szüleik együttműködők voltak, így a jelen írásban olvasható csoportos terápia 4 éven át tartott. Mint tudjuk, minden csoportnak megvannak a saját játékai, hagyományai. Az említett csoport kedvenc játékai voltak: „Veszélyek színháza", „Idegbeteg ember", „Műtét", „Sötétbe/mélybe ugrás/esés/zuhanás" és „Házépítő" játék. Ezek a játékcímek beszédesen utalnak a gyerekek nehézségeire: az elfogadással, a testi és lelki egészség megszerzésével, családi életük bizonytalanságával, az ismeretlennel kapcsolatos szorongásaikra. Egy-egy év során legalább 25 foglalkozás közös élményét éltük át, a 4 év 100 foglalkozása alatt számtalan közös játékot alakítottunk ki.

Az első év végén meglepetésórát tartottunk a gyerekeknek. Azután minden évben kérték – így szokásunkká vált –, hogy a terápiás év befejezéseképpen az utolsó alkalommal különleges búcsúórát tartunk. A szokásos évközi DSZIT-óráinkon a gyerekek kreativitása, spontán ötletei bontakozhattak ki szabadon, a mi kerettartásunk, terelgetésünk, kísérésünk mellett.

A búcsúóra a szokásostól abban tért el, hogy a gyerekek által már jól ismert, „bejátszott", a játékok során többféleképpen berendezett termet és az odavezető utat – meglepetésképpen – ez alkalommal a foglalkozás előtt mi, felnőttek rendeztük be számukra. Beépítettük a kedvenc mozgásos játékaikat, de arra törekedtünk, hogy minél változatosabb szenzoros élményeket élhessenek át út közben, minden ismerős és mégis újszerű legyen.

„Az út" a nevelési tanácsadó várószobájából indult, majd a folyosón át, a kanyargós lépcsősoron lefelé a pincébe ért, ahol az általunk kialakított talaj is izgalmasan változatos volt, hol finoman emelkedett, hol süppedt, máshol enyhén billegett. Az úton haladó gyermek testéhez a sötétben a magasból lelógó, különböző anyagból készült textíliák értek, ezek cirógatták a fejét ahogy haladt, végül egy alagúton átmászva a terápiás terembe érkezett.

A gyerekek egyenként haladtak, s előre eldönthették, hogy nyitott, becsukott vagy bekötött szemmel járják-e végig „az utat". Arra gondoltunk, hogy a testvérsorban elfoglalt hely ugyan adott, de ebben a játékban maguk választhatnak, illetve egymás között megállapodhatnak az áthaladási s egyben érkezési sorrendben.

Volt, aki két lábon járta végig az utat, mások az első bizonytalanabb szakaszon négykézlábra ereszkedtek. A gyerekek izgalmasnak találták, különösen abban az esetben, amikor bekötött szemmel „vakon" vállalkoztak az út megtételére.

Az egyik csoportvezető mindig az éppen úton levő gyerek mellett haladt, kísérte őt, a másik lenn, a teremben fogadta az egymás után megérkezőket. A kísérő arra törekedett, hogy az ismeretlen úton kalandozó gyerek biztonságban érezze magát. A gyerek igényeihez igazodva segítette ebben: volt olyan, aki önállóan haladt, csak a kísérő néma jelenlétére volt szüksége, más viszont szóbeli eligazítást, gyakori megerő-

sítést, biztatást igényelt, esetleg bátorító, óvó, megnyugtató érintést, kézfogást, testi kontaktust.

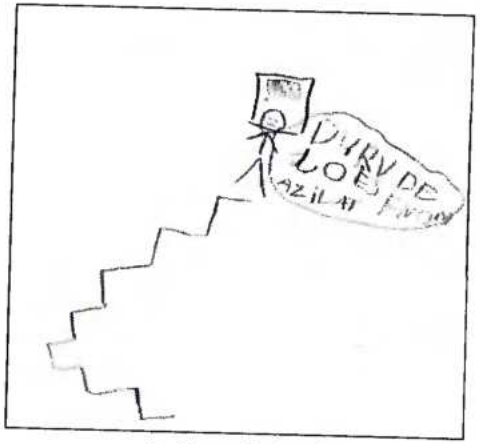
A „labirintustermet" ilyenkor zseblámpákkal és mécsesekkel világítottuk meg finoman, ebben a fényben minden megváltozott. Nyugodt, relaxációs zene szólt, kellemes illat szállt a levegőben, és a csoport kedvenc „szenzoros" játékai várták a gyerekeket. A megérkezett gyermek a félhomályos teremben nyugalomban, a fogadó terapeuta társaságában várta a csoport többi tagját. Levehette a szeméről a kendőt, és tetszés szerint időzhetett a nagy kaland után: csendben várta a többieket, játszhatott, kipihenhette az út izgalmait, szemlélődhetett a gyenge fényben. Az élmények megbeszélésével megvártuk az utolsó gyerek és kísérője célba érését.

A sötétben a gyerekek kivétel nélkül intenzívebben élték meg a teret, mint a szokásos órákon. Az út alatt szerzett élmények, tapasztalatok megbeszélése után kíváncsiságból visszafele irányban is megtették az utat. Nem tudtak betelni azzal az élménnyel, hogy újra és újra végigjárják oda-vissza. Az ismétléskor már mindenki – az is, aki korábban nem mert rá vállalkozni – bekötött szemmel ment, vihráncoltak, kísérték egymást, kapcsolatuk elmélyült a közösen megtett út során. Nagyon élvezték ezt a rendhagyó órát, amely mégis alapvetően a DSZIT szellemében zajlott.

Az élmények megosztása után a szokásos rend szerint lerajzolták az aznapi legfontosabb élményüket.

A rajzokról pár szó:

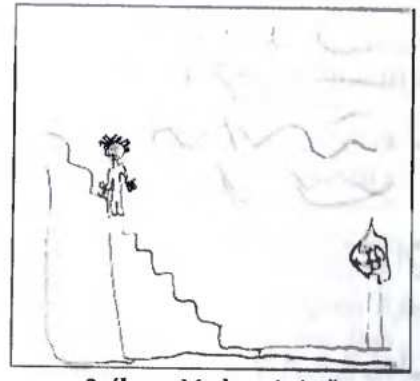
1. A legszorongóbb, súlyosan diszlexiás fiú veszélyesnek, félelmetesnek élte meg az utat, mesélte utólag. Ijesztgetésre számított (!), ezért a fejét érő cirógatásra megrázkódott és kellemetlennek találta, míg a többiek alig tudtak betelni vele. Rajzán ő a lépcső tetején áll, és azt mondja: „Durva, de jó és finom az illat.", az ő leírásában: „Durv de jó és fnom az ilat". Annak ellenére, hogy elővételezte a rossz történést, utólag jónak ítélte meg a helyzetet. Többéves terápiája ennek a rossz elővételezésnek az oldását tűzte ki célul. Rajzának a „Sötétség" címet adta, de magát a sötétséget nem próbálta ábrázolni (1. ábra). Születésnaposként – társai felajánlásából – ő indulhatott elsőként a felfedező útra. Amíg a többieket várta, alig tudta késleltetni, magában tartani az élményeit. Társai érkezését alaposan megfigyelte. Hosszasan, lelkesen számolt be tapasztalatairól.



1. ábra. *„Sötétség"*

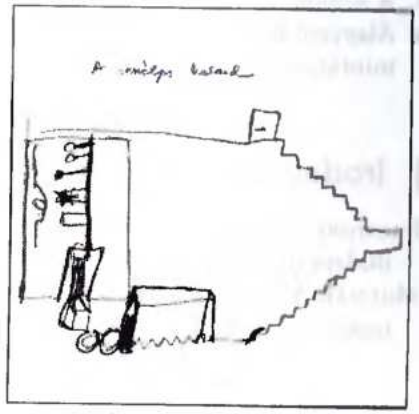
2. A következő gyerek rajzán (címe: „Meglepetés óra") szintén a pincébe vezető lépcsősor látható, ő a sötétséget is ábrázolta (érdekes módon, lazán hullámzó vonalakkal), a lépcső tetején ő maga áll, égnek meredő hajjal, nagy kezekkel, a lépcső alján „Stop" feliratú táblával (2. ábra). Szorongásáról nem tett említést, csak rajzán látható.

3. „Veszélyes kaland" című rajzán a rajzoló gyerek a térbeli irányok és a mélység megragadására, ábrázolására törekedett, talán, mert ezek támpontot jelentettek számára a sötétben való tájékozódása során. Minél mélyebbre jutott a térben, annál erősebb nyomatékkal rajzolt, annál sötétebbek lettek fekete vonalai (3. ábra). Merészen vállalta, hogy bekötött szemmel járja végig az utat. Tüzetesen megvizsgálta és próbálta beazonosítani az egyes játéktárgyakat. Útját folyamatos beszéddel kísérte.

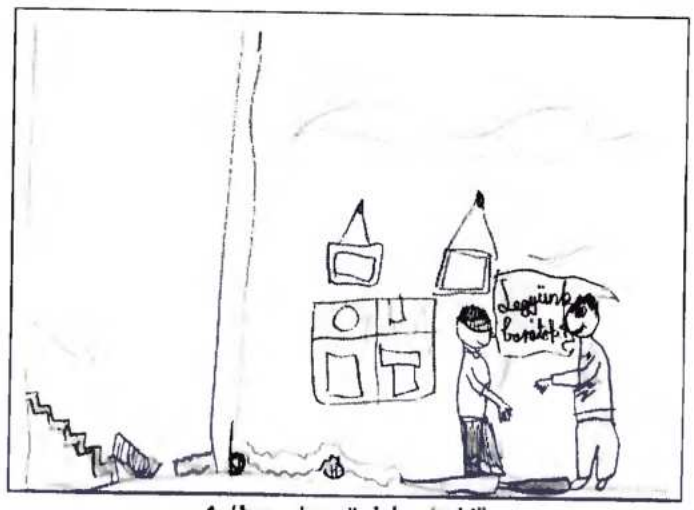


2. ábra. *„Meglepetés óra"*

4. A jó rajzkészségű fiú a talaj egyenetlenségét és egy számára fontos szociális aktust ábrázol: „Legyünk barátok!". A sötétet jelzésszerűen rajzolta. Számára ez az óra sötétség és veszély helyett inkább a barátkozás bensőséges lehetőségéről szólt (4. ábra). Mindent nagyon szépnek talált az út során. A terembe érkezve hintába ült, és emelkedett hangulatban hosszasan hintázott.



3. ábra. *„Veszélyes kaland"*



4. ábra. *„Legyünk barátok!"*

Annak ellenére, hogy a meglepetésórákon nem a gyerekek kreatív ötletei alakították a játékokat, hanem előre berendezett teremben játszottak, mégis azt mondhatjuk, hogy a játék minősége, a „hogyan" hangsúlya miatt igazi DSZIT-órák voltak ezek is, mert:

- Kedvenc játékaik felidézéseként, őket ismerő felnőttként választottuk ki számukra a játékokat.
- Személyre szóló figyelmet kaptak.
- Saját tempójukban, egyéni igényeik szerint haladhattak útjukon.
- A kísérő felnőtt érzelmileg is ráhangolódva próbálta kísérni az adott gyereket.
- A mozgásos játékaik során megszületett érzéseik, gondolataik, szándékaik is az órák szerves tartozékai voltak.
- Az egyéni élményeikről szóló közösségi beszámoló, az egymás élményeire történő reagálás is a foglalkozás részét képezte.
- A megélésen túl a szimbolikus ábrázolásra is sor került.
- Alapvető törekvésünk volt, hogy a gyerekek mentalizációját, illetve idegrendszeri mintázódását segítsék foglalkozásaink.

| Irodalom

Bachofen, J. J. (1978): *A mítosz és az ősi társadalom: Válogatott írások.* Gondolat, Budapest, 99–180.

Molnár M. (2002): *Elbújás-játék a Labirintusban.* Serdülő- és gyermekpszichoterápia, 2002/1, 27–37.

TAPASZTALATAINK TÚLMOZGÁSOS ÉS AUTISTA GYEREKEKKEL

Tartóhálót a semmibe – Az idegrendszer mintázódásának elősegítése a dinamikus szenzoros integrációs terápia során[1]

Molnár Magda

„Minden elpattan
a fegyelemben.
Minden kétséges
a kegyelemben.
Minden megérik
a figyelemben."

(Weöres Sándor: *Út*)

Aktivitása szempontjából szélsőségesnek tekinthető a másoknál többet és rendezetlenebbül mozgó, ide-oda futkározó, figyelmével csapongó, kapkodó, nyugtalan, állandóan újdonságot kereső gyermek, aki nem a megfelelő időben, helyen és módon mozog, nem tud ellazulni, megnyugodni, szakadatlanul újdonságot keres, viszont olyan alacsony a stressztűrése, hogy hétköznapi helyzetekben sűrűn kiborul. Ugyanígy vélekedünk arról a gyermekről, akinek viselkedése éppen ellenkező: keveset és óvatosan mozog, figyelme elkószál, teste megül vagy elfekszik, kerüli az új mozgásos tapasztalatokat, tart a mozgástól, inkább gubbaszt egy helyen. *Mivel függhet össze mindez?*

A hiperaktív gyermekek nehézségeit régóta, sokféle megközelítéssel próbálom megérteni, tüneteiket, nehézségeiket egységbe rendezni, azonban valami mindig „kilógott" az értelmezési keretből.

Milyen gondolatok segítik a terapeutát abban, hogy nyugodtan tudja kísérni, ki tudja várni a belső folyamatokat akkor is, amikor sokan a gyors, aktív beavatkozást sürgetik?

Hiperaktív gyermekekkel végzett munkám során eddig két dolog jelentett nekem komoly segítséget. Elsőként a szenzoros integrációs terápia *nondirektív* szemlélete, amely jelentősen hozzájárult mindennapos pszichológusi gyakorlatom kialakításához. A hiperaktív gyermekek viselkedésében pregnánsan megmutatkoznak szenzoros integrációs nehézségeik, szenzoros integrációjuk éretlensége. A legtöbb terápiás iskola egyetért a mozgásos terápia szükségességében és hatékonyságában.

Tapasztalatom szerint a dinamikus szenrozoros integrációs terápia (DSZIT) szemléletével a korábbiaknál:

---

1 Ez az írás a DSZIT Műhely 2013. március 22-én tartott szakmai szimpóziumán elhangzott előadás bővített változata. A szakmai napot *TEMPO RUBATO – a gyermeki aktivitás szélsőségei és variációk az adaptív mintázódás támogatására* címmel szerveztük.

nára próbáljon figyelni. Kapcsolati szinten az történt, hogy elfogadtam a játékát, kapcsolódtam hozzá, ezért elfogadta a célt, amelyet kínáltam a tevékenységéhez, ő pedig kompetensebbé válhatott. (Kezdő kollegáim örömére fölsorolhatnám eredménytelen próbálkozásaimat is, de akkor nehezen érnék írásom végére.)

Ha a *mintázódás* szempontjából nézzük, a gyermekterapeuta azzal a céllal játszik a gyermekkel, hogy a belső mintázódást, az idegrendszeri működés struktúráinak kialakulását segítse. Az első órák káosza után rendre elkezdenek megmutatkozni e struktúra részletei, és működésbe lépnek a nehezen beinduló belső fékek is.

A mintázódás kialakításához fontos segítséget jelent a stabil szokás- és szabályrendszer, amelyet minden pedagógus tud és használ is a munkájában. A hiperaktív, kószáló figyelmű gyermekeknél a mintázódás sokkal nehezebben alakul ki, és könnyebben „megbomlik, szétesik", mint stabilabb idegrendszerű társaiknál. A DSZIT-terápia esetében a gyermeket úgy kísérjük, hogy a terápiás óra kereteit, a tevékenységek sorrendjét – mint egy biztonsági hálót – következetesen a gyermek köré vonjuk, és ebben a gyermek biztonságosan kibontakozhat.

A terápiás foglalkozásokat rövid beszélgetéssel kezdjük, ezután következhet a játék, amelyet a rendrakást követően az óra végi rövid pihenőidő, majd az aznapi játékról készült rajz elkészítése vált fel. Azoknál a gyerekeknél, akiknél a mintázódás alapvetően rendben van, az egyik tevékenységről a másikra történő váltás, az óra kereteinek a betartatása a kezdeti zökkenők után rutinszerűen történik. Mintázódás hiányában azonban a határok is bizonytalanabbak: a gyermek beszélgetés helyett játszani szalad, a rendrakás idején is még játszani szeretne, a nehezen elkezdett relaxációba néha úgy belelazul, hogy abba sem akarja hagyni, a rajzolást viszont nehezen kezdi el, ezért alig marad ideje a rajz elkészítésére, így veszélybe kerül az óra időben történő befejezése. Ilyen gyerekekkel a megoldhatatlannak látszó feladat kínját érzem sokszor, amikor a terápiás óra kereteit képviselem, mintha bomlékony tartóhálót próbálnék feszíteni a semmibe. Ennek ellenére érdemes következetesen tartani magunkat a terápiás keretekhez, tartani a gyermeket, ameddig ő meg tudja tartani önmagát. A stabil szokás- és szabályrendszer minden esetben az idegrendszeri mintázódás kialakulását szolgálja.

I.

A figyelemproblémával küzdő hiperaktív gyermekekkel való DSZIT-terápiás munkáról szóló leírásomat – a téma bonyolultságára tekintettel – két szempont, a *kötődés*, majd *(a biológiai és idegrendszeri) mintázódás* köré szervezem.

Néhány részletet ismertetek a már bemutatott túlmozgékony kisfiú terápiájából. Végig egyetlen egy gyermekről lesz szó, akinek esete – mint cseppben a tenger – demonstrálja mondanivalómat. A gyermekkel együtt megéltem nehézségeit, kínlódtunk fejlődésének vontatott tempójától, és örültünk, amikor sikerült neki valami.

Ismeretségünk kezdetekor 3 éves és 1,5 hónapos volt, bár a rendszeres munkát egy évvel később kezdtük el.

Születésébe – a mai szülészeti gyakorlatnak megfelelően – beavatkoztak, születése tempóját „gyorsították", másfél óra alatt született meg a gyermek. Mozgásfejlődése

viszont megkésett, pedig túlfeszített izmai miatt járt mozgásos fejlesztésre. A család folyamatos feszültségben élt, szülei nehezen tudták őt következetesen nevelni.

Első pillantásra kedves arca, huncut mosolya tűnik fel, viselkedéséből derül ki, hogy idegrendszere éretlenebb, mint életkora alapján elvárható lenne. Sok körülménynek kell optimálisan alakulnia ahhoz, hogy befogadásra kész állapotban legyen. A hétköznapi helyzetekben nehezebben tanul magától, mint más gyerekek. Önszabályozása bizonytalan, izomtónusa változó, teste nem a korának megfelelően engedelmeskedik neki, érzelmei szélsőségesek. Néha csak egyéni foglalkozás keretében foglalkoztatható. Könnyen elfárad, fáradtan felgyorsul, és még kevésbé tudja magát kontrollálni. A délutáni alvás után alig tud magához térni. Óvodai csoportjában sokszor nehéz őt irányítani, sokszor durváskodik társaival, senkinek sem könnyű őt elviselnie. Nehéz feladat megelőzni, hogy ő legyen a csoport fekete báránya. Annyira nehezen alkalmazkodik, hogy szinte az egész világot át kellene alakítani az igényei szerint. Érzékeny a körülmények változására, fejlődése állandó visszaesésekkel jár. Esendő, sérülékeny, könnyen kibillen a lelki egyensúlyából, gyakran beteg. Figyelemzavara miatt 6 éves korában is nehezen tud a finom részletekre, a modulációra (pl. tempó, hangerő, ritmus), a differenciált részletekre figyelni, impulzivitása elsodorja.

Készült róla pedagógiai és pszichológiai jellemzés az óvodában, történt nevelési tanácsadós vizsgálat, gyermekpszichiátriai vizsgálatra is sor került egy gyermekkórházban, írtak róla szakvéleményt a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságnál, de tanulmányomban közös DSZIT-terápiás játékaink tükrében szeretném őt bemutatni.

Játékaink elemzése során arra a következtetésre jutottam, hogy a gyermek *ambivalensen kötődik*. Ennek alátámasztásául ismertetem néhány a DSZIT-terápiás órán tapasztalt, kötődéssel összefüggő viselkedését, játékát.

Játékaink bemutatásakor jelen időt használok, annak ellenére, hogy a 3 év történetén belül időben előre-hátra mozgunk. A játékok ugyan időrendben vannak, de változó időközzel. Az volt a célom, hogy az adott témakör – először a kötődés, majd a mintázódás – szerint állítsam össze a példákat, ezért félretettem az időbeli sorrend szempontját.

A kötődéssel összefüggő játékok:

- A felnőtt közeledésére/közelségére sokszor távolodással reagál, elszalad, incselkedik, elkezd „rosszalkodni". A terápia első időszakában ez a viselkedése a kapcsolat kialakulását, a kötődést nehezíti. Önszabályozása még fejletlen, viselkedésével szinte provokálja a felnőtteket arra, hogy szabályozzák őt. A mintázódás kialakulása szempontjából azonban nem mindegy, hogy ez hogyan – kívülről vagy belülről – történik. A belső folyamat során létrejövő mintázódás alapozhatja meg az igazi önszabályozást.
- A csepphálóhintában kuporog, közben kéri, hogy lökjem, sőt magasra lökjem. Feszülten kacag, testbeszéde is elárulja, hogy bár szeretné, feszültséget kelt benne,

amikor felém közeledik, mintha veszélyt jelentene számára a másik ember közeledése. A testi közelség szinte rémülettel tölti el, majd' kiugrik a hálóból, amikor felém leng, és közeledünk egymáshoz. Ebből a helyzetből végül a következő játék alakul ki. Amikor felém lendül, elkapom őt, átkarolom úgy, hogy közben a levegőben függ, hálóstul, picit megtartom – teste feszülésétől-lazulásától függő ideig („tempo rubato"!), és utána elengedem, hadd lendüljön tovább. Ez a „csepphálóban hintázós, lökéskor elszakadós majd visszalendüléskor közeledős" játék visszatérő játékunk lett a terápia során. A közelségben nehezen élte meg a kötődés biztonságát (vagy inkább veszélyességét), ezért távolabbra menekült. Kevés gyermeknél tapasztaltam, hogy ez a hétköznapi játék ekkora feszültséggel jár, ezért figyeltem arra, hogy mindig az ő előzetes beleegyezésével játsszuk.

- Minden lelógó kötélbe, amelyet meglát a terápiás teremben, impulzívan belekapaszkodik, kicsit csimpaszkodik rajta, majd váratlanul lepottyan. Ebben – konkrét szinten – izomtónus-szabályozási nehézségei mutatkoznak meg, szimbolikusan pedig megkapaszkodási nehézségei. Más helyzetben is tapasztalom, hogy nehezen uralja a testét, nehezen tud figyelni magára vagy másokra (például a bot, amellyel vadul csapkod, szándéka ellenére kiröpül a kezéből, és megsebesíthet másokat). Még nem tudja megtartani magát, mégis – vakmerő ötlettel – a mászókötélbe kapaszkodva lendül. Izomtónusával nehezen követi a lengő kötél ritmusát, idő előtt elengedi, és az odakészített szivacsmatrac mellé eshet. Izomtónus-szabályozása bizonytalan, izmai kontrollálatlanul feszülnek-lazulnak, csetlik-botlik, leejt tárgyakat. Kezei kipirosodnak a kapaszkodástól. Taktilis túlérzékenységét jelzi, hogy kesztyűt kér (!) a csimpaszkodáshoz. A megkapaszkodási nehézség több területen megmutatkozik, mert nehezen tud megkapaszkodni a kezével, de tekintetével, figyelmével is. Ugyanez szintén megfigyelhető tevékenységeiben, kapcsolataiban.
- A hosszú plüsskígyóval sokat játszik az egyik órán. Beleteszi a csepphálóba és fölhúzza, majd bedugja az alagútba. Dédelgeti, némán tesz-vesz vele, közben nem beszél hozzá. Nehéz kapcsolódnom néma játékához, végül a hosszú mászókötelet odateszem a plüsskígyó mellé a földre, válaszul a mászókötelet „apakígyónak" nevezi. Ezt kapcsolati szempontból bíztató jelnek tekintem.
- Sokszor foglalatoskodik a kötelekkel, csomót kötne, kötözne, bogozgatja őket, vonzzák őt a terápiás teremben található kötelek, zsinórok, bár még nem tud velük bánni. Ezt a játékot a kötelek rejtelmeinek a megismerésén túl szimbolikusan is értelmezem, a kötődés szempontjából.
- Sokszor megbotlik, elesik, megsérül. „Nem fájt!" kiáltja, és továbbrohan. Nem fogadja el a kötődést teremtő vigasztalásomat sem.
- Állandó aktivitását alig tudja leállítani, több hónap után (!) talál rá először a pihenés számára leginkább megfelelő formájára. (Óvodai csoportjában is hosszasan vergődik alvásidőben.)

Az óra végi pihenő perceiben az alagútba fekszik és kéri, hogy takarjam le az alagút két végét egy-egy takaróval. Először szinte megugrik az alagútban, amikor letakarás után kívülről óvatlanul megérintem, és megkérdezem tőle, hogy így képzelte-e a pihenését. Aztán megnyugszik. Megegyezésünk szerint 10 számolásig tart a pihenő

ideje. Máskor a 10-et is alig tudja kivárni, de ezúttal hosszabbítást kér, még 5 számolásig. Meglepetésemre türelmesen kivárja. Nyugodt pihenését már az aktivitás-passzivitás mintázódásának jeleként üdvözlöm. A mintázódás alapját nehezen kialakuló kötődése képezi.

II.

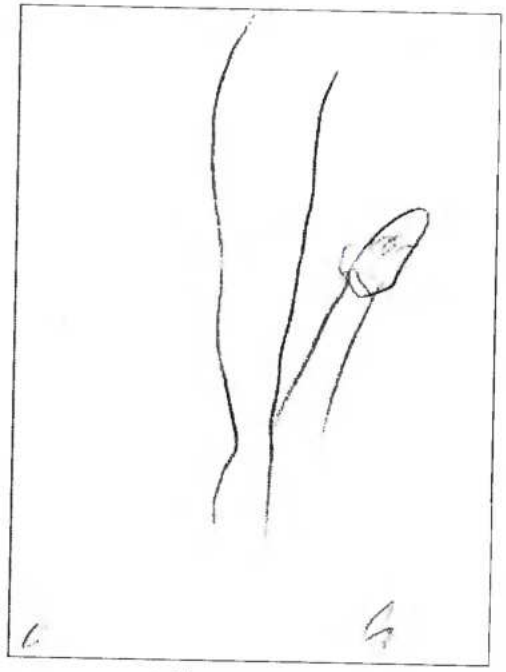
Tanulmányom második részében a kisfiúnak a DSZIT-terápiás órán megfigyelt *mintázódást* segítő, vagy a mintázódás folyamatának haladását jelző jellegzetes játékairól írok.

Játékait az intenzív vesztibuláris és taktilis ingerkeresés jellemzi. Sokat tevékenykedik, keveset szimbolizál. Ezért egyedülálló a DSZIT-terápia az ilyen gyermekek esetében, akik a konkrét tevékenység szintjén vannak, és még kevéssé tudnak szimbolizálni. Idővel természetesen nő a szimbolizáció (szimbolikus játék, beszéd, rajzolás) aránya is, s a fantázia is bekapcsolódik a játékba. A fantáziatevékenység kettős szerepet játszik, részben jelzi, részben elősegíti a mintázódás folyamatát.

Nagy erőfeszítésembe kerül, hogy keretet, jelentést adjak cselekvéseinek, játékainak, amelyeknek sokszor „se füle, se farka". Amikor nem értem a játékát, sokszor a „helyszíni közvetítés" módszeréhez folyamodom, szavakkal leírom azt, amit látok, így tükrözöm vissza számára a viselkedését. Ez gyakran beválik. Beszéde nehezen érthető: hangképzése hibás, tartalmilag zavaros, fragmentált, szó- és mondattöredékek integrálatlan halmaza. Nehezen tudja tartani a szabályokat, kötődése ambivalens, ezért gyakran megpróbálja kijátszani a felnőtteket, de páros kapcsolatban egyre irányíthatóbbá válik. Intenzív figyelemre és határozott kerettartásra van szüksége, emellett arra, hogy szabadságot élvezzen a tevékenységek, a tempó megválasztásában, és serkentésre, hogy a képzeletét is játékba tudja vonni.

A mintázódással összefüggő, vagy annak csekély mértékét jelző játékai:

- Motorozós játék sorompóval, amely nyitott állásban szabadon engedi mozogni, de a lezárt sorompó előtt meg kell állnia. A sorompó ötletét én illesztem össze-vissza motorozásába, s ő elfogadja. Ez egyértelműen az önszabályozást, szabálytartást segítő játék. 4 évesen 10 percig tudja tartani a játékszabályokat, utána elfárad, és teljes erőből nekiront a sorompónak, lerombolja, vagy beront a saját maga által lezárt területre. Ennyi ideig tudja uralni impulzivitását.
- Szívesen csúszik le a bordásfalra támasztott csúszdán. Csúszdás rajza (1. ábra) lényegre törő ábrázolás. A csúszdát 2 párhuzamos vonal alkotja, önmagát egy karikával és két párhuzamos vonallal ábrázolja, korának (4 év 2 hó) nem éppen megfelelő fej-láb emberábrázolással. A rajzon nincs talaj, minden „a levegőben" van, és nincs érintkezés az ember és a tárgy között. A rajz kifejezi, mennyire hiányoznak az orientációt szolgáló mintázatok.
- Visszatérő játéka: küzdelem a levegőbe függesztett nagy gumikarikák, a hálóban lengő nagylabda és a mászókötél ellen. Kézzel, rúddal küzd a himbálózó ellenfél ellen, támad-védekezik, kerget-menekül. Identifikációja: nincs. Nem ad jelentést



1. ábra. *Csúszdázás*

a rúdnak sem, az csak egy hosszú bot, amellyel csapkodni lehet. Kitartó, hosszú küzdelmet folytat a minden irányból érkező támadás ellen. Sokféle formában küzd: csapkod, lő, dobál, kergeti „Elkaplak!" vagy „Takarodj!" kiáltással, ráveti magát, vagy a földre lapul a lengő gumikarika elől. Sokszor megbotlik, elesik. Amikor megüti magát, „Nem fáj!" rikkantja, és továbbszalad. Máskor gyorsan a lengő gumikarika elé áll, s az nekicsapódik a testének.

A szenzoros integrációs terápiás elmélet szerint ezzel intenzív taktilis ingereket gyűjt, testhatárait erősíti. A figyelemzavaros kisfiú teljes figyelmével részt vesz ebben az intenzív játékban. DSZIT-terápiás szemlélettel öngyógyítónak tartjuk az ilyen játékot, mert az idegrendszeri integráció szintjét növeli.

- Küzd, ezúttal a nagy, lengő gumikarikán átdugott, onnan kilógó másfél méteres hengerrel. Identifikációja továbbra sincs.

  Már a henger gumikarikán történő átgyömöszölése is jelentős együttműködést igényelt kettőnktől. Szándékának közlése cselekvéssel történt – miután verbálisan még nem képes közölni, így kell megértenem szándékait. Közös alkotó folyamatban vagyunk a DSZIT-órákon, előre nem lehet tudni, mi az, ami kialakul, organikusan formálódik a gyorsan pergő játék során.

  A küzdelem során egyre kevesebbszer esik a földre, megőrzi egyensúlyát, talpon tud maradni, izomtónusa láthatóan javul ettől az intenzív játéktól. Amikor beüti a fejét, elfogadja fájdalmát, hagyja, hogy vigasztaljam (!). A játék utáni pihenésre nehezen tud átváltani, játszana tovább, ezzel újabb lehetőség kínálkozik az aktivitás-pihenés váltakozó mintázatának megtanulására.
- Az egyik órán váratlanul a földre veti magát és hengeredik, gurul, bukfencezik. Ezt látva építek neki egy kis dombot, amelyen gurulhat. Anamnéziséből felidézem, hogy kisbaba korában fontos mozgásformája volt a hempergés. 6 hónaposan még nem forgott, s amikor megtanulta, hemperedve közlekedett, mielőtt mászni vagy járni tudott volna.

  A hempergés/hengeredés vesztibuláris ingerlést biztosít az idegrendszer éréséhez. A hempergés, a mászás, illetve a járás egyre magasabb szintű idegrendszeri érettséget igénylő mozgásformák. A korábbi szintekre történő visszatérés erősíti az integrációt.

A DSZIT nondirektív terápia ugyan, de a terapeuta feladata, hogy figyelje a gyermek mozgását, játékát, és (1) észrevegye a terápia során megjelenő új mozgásformákat, kínálkozó lehetőségeket, a gyermekben mozgással vagy szimbolikusan utat kereső törekvéseket, valamint (2) további mozgásos vagy szimbolikus lehetőséget teremtsen a gyermeknek ahhoz, hogy tovább bontakozhasson (jelen esetben dombépítés, máskor identifikációra vonatkozó kérdés, javaslattétel stb. formájában).

- A kis motorral többször nekihajt a terem üvegajtajának (határtartás nehézsége). A direkt tiltás helyett javaslom neki, hogy fékezőset játsszunk. Hajlandónak mutatkozik a fékezésre, de kiderül, nem tudja, hogy kell fékeznie! Impulzivitása miatt eddig föl sem merült benne, hogy fékezni is lehet, nem csak hajtani. Minden alkalommal elámulok azon, ahogyan a gyermekek aktuális nehézségeik megmutatására, ill. megoldására szolgáló játékokat választanak.
- A féktelen gyermeknek gyógyító értékű az a játék, amely lehetőséget teremt az önkontroll kialakítására.
- Egyik lába véletlenül beleakad a mászókötél aljára kötött hurokba, elesik. Jobb lába a levegőben, mert fogva tartja a kötél, teste a földön, a karjaival húzza magát a földön. A „helyszíni közvetítés" során „csapdának" nevezem a hurkot. A gyermek számára szavakba foglalom a történteket, ezzel konkrét tapasztalatát magasabb feldolgozási szintre, a játék „mintha" világába emelem. Kézzel, rúddal, rugdosással próbálja magát kiszabadítani. Erősen küzd, többször is kiszabadítja magát, azután már szándékosan visszabújik a hurokba és kezdi elölről. Örül kompetens megküzdésének.
- Szerepjátékot játszik társával a hajóként szolgáló függőágyban (amikor az egyéni terápiát felváltotta a páros terápia). Mivel a másik fiú mindenképpen kapitány szeretne lenni, neki a másodkapitány szerepe jut. Nem tiltakozik a szereposztás ellen, de jellegzetes, tekintéllyel opponáló módján alakítja játékbeli szerepét. A kapitány szavának nem engedelmeskedik, sőt szembeszegül, nem hajlandó teljesíteni a parancsot, alkudozik a kapitánnyal, vagy a saját elképzeléseit akarja követni. Még nem érti, hogy az ilyen játékban a kapitány szava parancs, amelyet a másodkapitánynak teljesítenie kell. A közös tengeri kalandozás vitába fúl. Így ez a játék is az önszabályozás alakításáról szól.
- Szaladgál, hadonászik a teremben. Nem értem, mi történik, ezért tudakolom, mit játszik. Kérdésemre azt mondja, hogy „Tomésdzserrit". Hiába kérdezem, melyik szereplővel azonosul, Tom-e, vagy Jerry, ő ismételgeti, hogy „Tomésdzserri". Az egész történetet játssza el úgy, ahogy felfogja, tehát globálisan. 5 és fél évesen nem tudja differenciálni a mese elemeit, nem érti pontosan a cselekményét. Differenciálatlanság jellemző a percepciójára éppúgy, mint a gondolkodására. Finom mintázódás helyett még nagy, megmunkálatlan tömbök reprezentálódnak az agyában.
- Egyszer csak elkezd ritmusos szövegeket, refréneket kántálni. Spontán ismételgeti a ritmusokat, ahogy megragadtak benne:

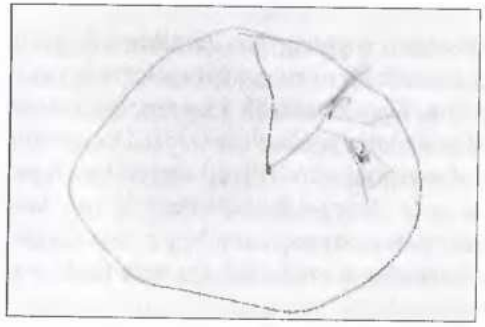
  „El-haj rece-ruca kukorica haj!"
  „Nekem bejön, nekem bejön, nekem bejön ez a szitu, mizu, mizu, mizu." A nyelv ritmusa is elősegíti a mintázódást, hiszen maga a ritmus is mintázódás.

- Legtöbbször robotot rajzol ember helyett.

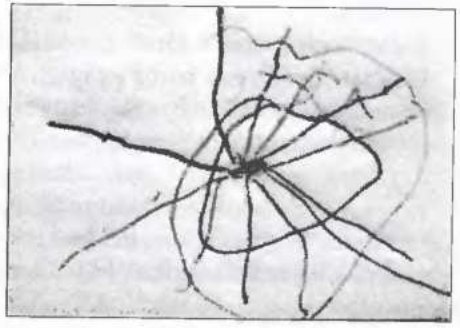
  4 éves 10 hónapos korában készítette „Föld, ég, kereszt, ember" című rajzát (2. ábra). Rajza kifejezi, hogy alapvető ismeretei vannak a világról, megvannak a koordináták, viszonyítási pontok, a vízszintes és a függőleges metszéspontjában ott áll egy ember, alatta a föld, fölötte az ég.
- Első játékbeli identifikációja a Pókember, aki a tartófonalát saját testéből ereszti ki. Ezzel párhuzamosan kezdődik a pókhálót-rajzolós korszaka. Szeretné, de nem tudja megrajzolni a Pókember hálóját, segítséget kér a rajzoláshoz.

  Pókhálót ábrázoló rajza (3. ábra), mintha azt jelenítené meg, hol tart az ő mintázódásának folyamata: hiányos, gyenge, rendezetlen.

2. ábra. *Föld, ég, kereszt, ember*



3. ábra. *Pókháló 1.*



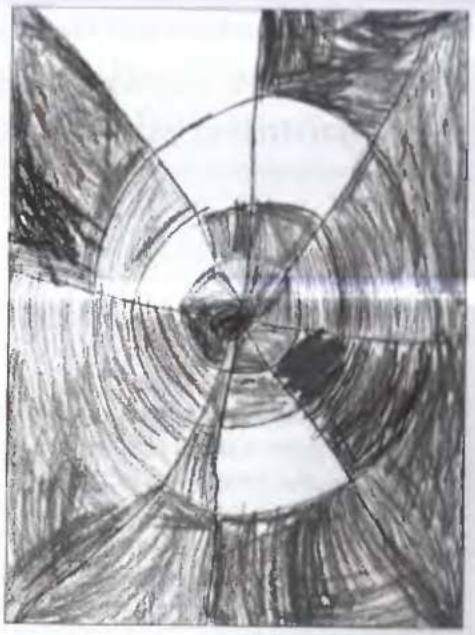
4. ábra. *Pókháló 2.*

Három éven át követtem figyelemmel ennek a gyermeknek a fejlődését, ebből két évig járt hozzám heti 1 alkalommal, rendszeresen DSZIT-terápiára. Terápiás célomnak tekintettem azt, hogy minél erősebb legyen az a háló, amely az idegrendszeri mintázódást szimbolizálja, és belülről képes őt megtartani. Fejlődésbeli lemaradása ellenére a strukturáltabb működés egyértelműen tapasztalható volt.

Fél év után már mutatkoztak a mintázódás első jelei, ekkor elkezdtem az egyéni órákat páros órákkal váltogatni. 6,5 éves korára páros terápiás órákon szerepjátékban társával közös figyelmet alakít ki, együttműködve játszik vele, szándékát figyeli és követi, de ehhez még külső segítséget igényeltek.

5. ábra. *Pókember*

Pókember-ábrázolás 3 hónap múlva kéz körberajzolással



6. ábra. *Pókháló (társának rajza ugyanarról a témáról).*

Nála 1 évvel fiatalabb kislány párja, akit szintén megihletett a pókháló struktúrája, 3 foglalkozáson át rajzolta meg a pókhálóját

Átlagos értelmi képességei ellenére beiskolázásakor a szakértői bizottság vizsgálata vált szükségessé a gyermek hiperaktivitása, figyelemzavara és teljesítményproblémái miatt. A bizottság a fiút sajátos nevelési igényűnek minősítette.

Ritmus – Az autista gyermekek szenzoros integrációs terápiájának lehetőségéről és a ritmus terápiás jelentőségéről[1]

Bedő Ilona

Az utóbbi időben rendkívüli érdeklődés veszi körül az autizmust. A diagnosztikában már komoly előrelépések történtek, a terápia és az oktatás terén is nagy fejlődés tapasztalható. A szenzoros integrációs terápia egyike azon módszereknek, amelyekkel az autisták legfőbb problémáit kezelhetjük. A szenzoros ingerek befogadásának és a hozzájuk kapcsolódó jelentésadási folyamatnak pontosabbá, biztosabbá tételével elősegíthetjük érzelmi, társas fejlődésüket, ezáltal begyökerezettségüket a „valódi" világba. E tanulmányban az autista gyerekek körében végzett szenzoros integrációs terápiás munkám tapasztalatait szeretném bemutatni.

Sok évvel ezelőtt láttam egy figyelemfelkeltő filmet, amely a kisgyermekek alvásával, alvászavaraival foglalkozott (Bertrand Cramer pszichoanalitikus és Paule Zejdermann alkotása *Az alvás nem könnyű* című francia film,[2] lásd Cramer, Zajdermann 1991). A filmen néhány percben látható szenegáli altatási szokások mély nyomot hagytak bennem.

Akkor még semmit sem tudtam az Anna Jean Ayres-féle szenzoros integrációs terápiáról. Csak amikor később megismertem azt, hasított belém a felismerés, hogy az említett néhány képsor azóta is mindvégig ott munkált bennem anélkül, hogy tudtam volna róla. Számomra ezek a filmkockák a szenzoros integrációs terápia ősforrását esszenciális tömörséggel, szinte archetipikusan jelenítik meg.

Szenegál egy hazánknál több mint kétszer nagyobb területű, az Atlanti-óceán partján fekvő ország Afrika legnyugatibb kiszögellésén. Lakói törzsközösségi társadalomban élnek.

Képzeletben tartsanak velem, és ismerjék meg ennek a népnek a megnyugtatási, altatási szokásait, amelyek az idők során ritualizálódtak, ceremóniákká szerveződtek.

Szenegálban vagyunk. Micsoda színkavalkád! A távolból ütemes dobpergést hallani, a közelben anyák, nagyanyák és apák is mondókákat és gyermekdalokat kántálnak a gyermekeknek.

Az egész megnyugtatási, altatási rituálénak fontos része a ringatás, amelyhez szájmozgások is hozzátartoznak. A ringatás követi az anya testének ritmusát és a hangokat.

---

1 A tanulmány a Szvatkó Anna és Varga Ilona által (1995) szerkesztett *Szenzoros integrációs terápiák* című tanfolyami segédanyagban megjelent írás átdolgozott változata.

2 Köszönettel tartozom Dr. Csillag Máriának, hogy a filmet rendelkezésemre bocsátotta, és Isztrayné Bíró Annának, aki a francia nyelvű szöveget számomra lefordította.

A gyermekeket sokféle élethelyzetben a legkülönbözőbb pozitúrákban hintáztatják, ringatják, lóbálják, rázogatják, veregetik. Munka közben, fürdetéskor és alvás előtt. Fejjel fölfelé és lefelé, háton és hason. A gyermek minden porcikáját tapintják, kenegetik, masszírozzák. Elalvás után a levegőt mozgatják fölötte ritmikusan.

Micsoda ingerözön árasztja el ezeket a szenegáli kisbabákat! Vesztibuláris, taktilis, vizuális, auditív és proprioceptív ingerek sokasága éri őket folyamatosan. Az életüket szabályozó napszaki ritmust jelző ingerek igen élesek, egyértelműek. Nincs alkonyat mint nálunk, az éjszaka minden átmenet nélkül egy pillanat alatt hull le. Ilyenkor azonnal aludni viszik a gyerekeket. Körülbelül egyéves korukig anyjukkal alszanak, aki megóvja őket a rossz szellemektől, mielőtt azonban aludni térnek, az éjszakai szellemek, boszorkányok elől az apa védelme alá helyezik őket.

A filmrészletben megjelenik egy szenegáli közmondás: „A gyermek háztető, és több kar kell ahhoz, hogy tartsa őt."

Szenegálban nem hagyják sírni a gyermekeket, mert az balszerencsét jelent a családban. Vajon honnan tudják a szenegáli anyák, hogy hogyan kell megelőzniük gyermekük sírását? Láttuk, hogy a legnagyobb természetességgel, csodálatos nyugalommal és hozzáértéssel bánnak a kicsikkel.

Szenegálban az a szokás, hogy amikor megszületik egy gyermek, akkor anyja külön helyiségbe költözik vele, s körülbelül két hónapig az a dolga, hogy „kitanulja" az újszülöttet. Ez idő alatt tapogatja, mozgatja a gyermeket, és figyeli reakcióit. Reagálásaiból megtanulja, hogy mi jó neki. A „gyermekágy" tehát kreatív attitűdöt igényel az anyától.

Mindannak, amit leírtam, hitük ad vallásos keretet. Úgy tartják, hogy Isten három ismeretlent teremtett: az óceánt, a nőt és az éjszakát. Az éjszaka bizonytalan, a szellemeké és a démonoké, amelyektől meg kell védeni a kisdedeket. Ezt a védelmet szolgálják a filmben bemutatott rítusok.

A mi témánk szempontjából az anyával való együttlét folytonossága, szorossága érdemel figyelmet, de legfőképpen és mindenekelőtt a ritmus, amelyet valamennyi érzékleti modalitásban nyújt az anya és a család többi tagja a gyermeknek.

Mi is a *ritmus?* Szótári jelentése szerint bizonyos elemek, folyamatok, mozgások sorának idő- és térbeli tagolódása, rendje. Lüktetés, hullámzás. Sorrend és ismétlődés. Kezdet és vég. Szabály és egyensúly. Harmónia, amely megnyugvást és biztonságot ad. Szabályozza életciklusaink változását. Elválaszthatatlan a kommunikációtól, a szociális léttől.

A kognitív fejlődés ritmicitás nélkül elképzelhetetlen. Jean Piaget fejlődéslélektani modelljében az asszimiláció és akkomodáció váltakozása révén alakul ki szenzomotoros (cirkuláris) sémáink rendszere, konkrét és fogalmi gondolkodásunk. Piaget a szabályok és a csoportosítás mellett a lelki élet alapstruktúrájának tartja a ritmust (Piaget 1942).

Mint rendezőelv életünk legkülönbözőbb szféráiban, legkülönbözőbb szintjein jelen van, gondoljunk csak a tudományra és a kultúrára.

Az ember személyes életében már születése előtt megjelenik, szabályozza születésünk pillanatát. És bizony, születés és halál is egy nagy transzcendens ritmus része.

Az egészséges gyermekeknél veleszületett mechanizmusok biztosítják a ritmusra, az élet ritmikus változásaira való érzékenységet. Ismert, hogy ennek az érzékenységnek az érvényesüléséhez mennyire fontos a folyamatos interakció az anyával.

A mi kultúránkban nem tűnnek olyan ideálisnak a körülmények, mint Szenegálban. Az ottlakók életét évszázados hagyományok szabályozzák, s időhorizontjuk végtelen. Nálunk anya és gyermeke csak időszakosan, „szaggatottan" tanulhatja egymást, ami egyúttal az együttlét minőségére is utalhat.

Egyes kutatások szerint az anyák már a magzatnak közvetítenek idői ritmicitást rejtélyes biokémiai utakon. Ez a nevezetes „melatoninjel" (Varga 1994).[3]

De mi történik akkor, ha egy gyermek genetikus vagy más okból olyan organikus sérülést szenved, amelynek következtében nem tudja venni az anyai jelzéseket (Bedő 1996)?

Az egészséges csecsemőkkel szemben, akiknek van valami homályos, előzetes „tudásuk" arról, hogy hová érkeztek, mi várja őket, ezek a gyermekek felkészületlenül, védtelenül jönnek a világra. Számukra minden pillanat súlyos traumával fenyeget, amelyre mint vitális veszélyhelyzetre válaszolnak.

A látvány és a hangok, érintés a testen, hideg és meleg mind-mind ismeretlen, dimenzió nélküli, egymástól függetlenül megjelenő félelmetes környezeti hatásokká válhatnak. Melanie Klein nem véletlenül nevezte el a korai csecsemőkort paranoid fázisnak.

A tipikusan fejlődő gyerekek számára előbb-utóbb ezek az ingerek megszokottá válnak, jó vagy rossz érzések társulnak hozzájuk. A különböző érzékletek összefűződnek, amelyben aktív szerepe van a gyermeknek, aki önindította és célvezérelt mozgásaival elősegíti ezt a folyamatot. A világ élő és élettelen tárgyakra tagolódik, amelyek lassan állandóságot nyernek. A külső tárgyak belsővé válnak, s majd ezekhez a belső képekhez kapcsolódnak a nyelvi szimbólumok. Ez a fejlődés a gyermek és környezete közötti szakadatlan kölcsönhatások sorozatán keresztül megy végbe.

Az autista gyermeknél nem ez történik. A világ nagyon hosszú ideig megmarad a félelmes jelenések zűrzavarának. Az ingerek nem habituálódnak, vagy csak nagyon lassan. A különböző érzékletek nem, vagy hiányosan kapcsolódnak össze. Egymásba nem, vagy csak kismértékben transzferálhatók.

A tárgyállandóság nem alakul ki, Én és nem-Én nem differenciálódik, a külső világ nem válik belsővé. Mihez kapcsolódjon akkor a nyelvi jel? Ismert az autista gyermekek beszédfejlődési zavara.

Kognitívan, és érzelmileg hiányos a világ jelentése. Uta Frith az autizmusról írott könyvében az információk központi koherenciájára, a jelentés-, és értelemadására irányuló hajtóerő gyengeségében jelöli meg ennek az állapotnak az okát (Frith 1991).

A súlyosan autista gyereknél a fejlődés legfeljebb annyit jelent, hogy az őt szorosan körülvevő környezet ismertté és biztonságossá válik számára, s annak változatlanságához azután mereven ragaszkodik. A jó értelmű autista gyerek a saját és családtagjai, nevelői erőfeszítése ellenére is töredezett képet épít föl a világról.

3 Erről részletesebben is olvashatunk a kötetben Varga Izabella *Az időt mintázódások jelentősége a dinamikus szenzoros integrációs terápiában* című tanulmányában.

A mozgásoldalt vizsgálva a cselekvések, mint a célirányos mozgásra, manipulációra tett kísérletek, az érzékeléshez hasonlóan töredezettek lesznek. Gondoljunk csak az autista gyerekek ismétlődő, sztereotip viselkedésformáira. Mintha egy centrális kikapcsoló funkció hiányozna, amely nyugtázná a végrehajtott szenzoros vagy motoros akciót (Frith 1991).

Vizsgálódásunkat folytassuk a jelentésadás folyamatának áttekintésével!

A kognitív tevékenység során az ismétlődő ingerhatások eredményeként szekvenciális sorokból álló *kategóriákat* hozunk létre. A beérkező, jelentésre váró információkat ezekkel a kategóriákkal hasonlítjuk össze. S ha egy befutó, sorba rendezett információ az összevetés során megegyezik egy már meglévő szekvenciális kóddal, megszülethet a „döntés" a jelentésről.

Az autista gyerekeknél már ott kezdődik a zavar, hogy míg az egészséges gyerekek megtanulják a *rendezett információfelvételt,* az autista gyerekeknél feltehetően nem, vagy csak nagyon lassan alakul ki ez a működés. Az ingerek véletlenszerűen kerülnek felvételre. Bizonyos ingerek érzékelésének lehetőségét eleve kizárja az autista gyermek azzal, hogy a nem kívántak ellen érzékszervi elhárítással védekezik.

Már ezen a ponton érthető, hogy az autista gyermek idegrendszere miért olyan szeszélyes a szenzoros impulzusok regisztrálásában. Hiszen ha valahogyan kialakul egy kategória, és egy inputsorozatban véletlenül – mint egy kockadobásnál – a kategóriának megfelelően sorba rendeződnek az érzékleti elemek, akkor ez az egybeesés az ingeregyüttes jelentéssel bíró észlelését eredményezi.

Azután itt van a *szenzoros ingerfelvétel* és a *szenzoros szabályozás nehézsége,* amely különösen a *vesztibuláris* és a *taktilis* érzékelést érinti. Néha úgy tűnik, hogy a gyermek egy mozgástól fél, pedig az okozza szorongását, hogy elvesztette a „talajon levés" biztonságos érzését. Az autista gyermek extrém szorongást érezhet a gravitációhoz való viszonyának függvényében. „Nagyon megrémül, ha valaki emelgetni próbálja őt, vagy felteszi egy magas helyre, vagy kimozdítja megszokott pozíciójából" – írja Ayres (Ayres 1979), aki azon kevesek közé tartozott, akik az autista gyerekek szenzoros integrációs terápiájával foglalkoztak. Szintén szabályozási problémára utal, hogy az autista gyerekek vagy egyáltalán nem észlelnek semmilyen taktilis ingert, vagy csak az erős taktilis ingereket veszik tudomásul. Lehetséges az is, hogy félnek az érintéstől, tapintástól.

Léteznek olyan módszerek, amelyek a szenzoros ingerfeldolgozás felől közelítik meg az autisták viselkedését. Az egyik ilyen elmélet és ún. *szenzoros profil* kidolgozója Olga Bogdashina, skálája hét területen vizsgálja az érzékelés és észlelés feldolgozási szintjét (Bogdashina 2008).

Nagy lépést jelentett ezen a téren a DSM–5[4] megjelenése 2013-ban: az autizmusnak egy egységesebb, „ernyőszerű" diagnosztikus kritériumrendszere került bele, amelynek döntő jelentőségű része az autizmusra jellemző szenzoros deficitek belefoglalása a diagnosztikus tünetsorba. Így került a jellegzetes tünetek közé a szenzoros ingerek-

4 DSM–5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mentális Rendellenességek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve).

re adott túlzott vagy a vártnál gyengébb válaszreakció, illetve a környezeti szenzoros ingerek iránti szokatlan érdeklődés.

Idetartozik az izomtónus szabályozásának kérdése is, hiszen az előbb említett két érzékelőrendszer funkciói között szerepel az izomtónus befolyásolása. Az autista gyerekek általában hipotóniásnak tűnnek. Anyjuk közeledésére izomtónusuk nem változik meg az érintés elővételezésére, mint más gyerekeknél. Stresszhelyzetre pedig túlzott feszítéssel reagálnak.

Az autista gyermek számára a végre felvett *szenzoros információk összehangolása* is végtelenül nehéz. Egy dolgot minden érzékszervével sokszor meg kell tapasztalnia ahhoz, hogy azt mint egész tárgyat észlelje, megismerje. Mindaddig, amíg egy objektumról nem formál integrált percepciót, amely a tárgyállandóság kialakulásához elengedhetetlen, az illető tárgy minden alkalommal riadalmat fog kiváltani a gyerekből.

A jelentésadáshoz vezető kacskaringós utak után vessünk egy pillantást a *szociális környezetre,* amelyben a gyermek kognitív fejlődése végbemegy.

A kölcsönös kommunikáció és interakció zavara már az igen kicsiny autista gyerekeknél megmutatkozik abban, hogy kimarad a fejlődésből a deixis, a rámutatás, amelyet a verbális fejlődés előfutáraként tartunk számon. A figyelemkeltő tárgyra való rámutatás hiányában a figyelem közös célra irányításának képtelensége tükröződik. Az autista gyerekek kerülik a szemkontaktust. A beszélő autista gyerekek a beszélgetőpartnert figyelmen kívül hagyva hosszú monológokat folytatnak.

Ezek a jelenségek a „tudatteóriához" vezetnek bennünket (Frith 1991). „Tudatt állapotot", szándékot, érzelmet, gondolatot tulajdonítunk másoknak – enélkül nem létezik emberi kapcsolat. Erre nem képes az autista gyermek, vagy csak szűk határok között. Saját emocionális állapotairól sincsenek elképzelései, vagy csak korlátozott mértékben, érzelmeit kevéssé tudja felismerni, diszkriminálni.

Egy példa arra, hogy a központi koherenciára irányuló hajtóerő gyengesége, a tudatteória hiánya nem minden esetben kielégítő magyarázat: láttam autista gyereket olyan állapotban, hogy megfelelő szándéktulajdonítással, jól regisztrált szociális aktus mellett dezorganizálta viselkedését az idősíkok keveredése, mivel a memórlában nem történt meg a sorbarendezés. Jelen idejű kétségbeeséssel sírt az egy évvel azelőtt őt ért támadás miatt.

Remélem, ezekkel a gondolatokkal sikerült valamit átadnom arról, hogy miért tartom a *ritmust* mint szervezőelvet és a *sorbarendezést* mint funkciót a testi, szellemi és érzelmi fejlődés immanens részének.

Nézzük tovább az autista gyermekek helyzetét a világban, amely más gyereknél szorosan összefügg az anyával való kapcsolattal.

Thomas Harris modelljében az „I am not OK – you are not OK" élethelyzettel írható le az autista gyermek közérzete a bizalom és önbizalom hiányával (Harris 1973, idézi Kulcsár 1992).

Harris az előbb említett élethelyzetről azt írja, hogy ez „az éretlen szervezet válasza a katasztrofális stresszre a külvilágban, ahol nincs olyan simogatás, amely elérne hozzá." És nem azért, mert az anya nem simogatja gyermekét, hanem mert a stressz-

tényezőhöz fiziológiai faktor is társul, „a magas ingerkorlát, amely miatt a kapott simogatást a szervezet nem regisztrálja" (Kulcsár 1992, 177.).

Segíthet-e ezen a szenzoros integrációs terápia?

Edward Ornitz és Edward Ritvo (Ornitz, Ritvo 1968, idézi Kulcsár 1992) feltételezi, hogy az autizmus kialakulásáért felelőssé tehető agyi struktúrák között kitüntetett szerepet játszik a *vesztibuláris rendszer* működészavara. Az autista gyerekek nagy része foroghat, pöröghet, nem szédül el, és nincs hányingere. Posztrotációs nisztagmusuk általában rövid idejű és csökkent mértékű. Ez arra utal, hogy a vesztibuláris rendszer nem veszi föl normális mértékben a beáramló ingereket. Mivel azonban némi posztrotációs mozgás mégis van, ez azt jelenti, hogy bizonyos mértékű ingerfeldolgozás is történik a vesztibuláris rendszerben. Itt léphet be a szenzoros integrációs terápia.

A *taktilis érzékelésnek* ismerjük a *testi-Én* kialakulásában, Én és *nem-Én* elkülönülésében, a világ kognitív és érzelmi tanulásában játszott szerepét. Az érzékelésben integratív funkciót tölt be, említettük az izomtónusra gyakorolt befolyását, továbbá energizáló hatású. Az autista gyerekek mind az érintést, mind a tapintást általában elhárítják. Ez jelzésértékű a terápia szempontjából, hiszen a defenzív válaszból az inger észlelésére következtethetünk. A taktilis érzékelés fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni. Kiesése alapvetően befolyásolja a fejlődést, bár sokkal kevésbé szembetűnő, mint más érzékleti modalitásban, ezért felismerése igen nehéz.

Félicie Affolter (Affolter 1987) – aki Piaget munkatársa volt – behatóan foglalkozott olyan idegrendszeri sérültekkel, akiknek taktilis érzékeléskiesésük volt. Szerinte a süketséggel és a vaksággal szemben a taktilis érzék kiesése a normális fejlődéshez viszonyítva nem megfelelő szintű érzékeléshez, így a világról való alapvető tapasztalatok hiányához vezet.

Leírja a „kuckóhatást", és terápiájában nagymértékben támaszkodik erre a felismerésre. Elképzelése szerint a környezet és a valóság megismerésének alapja a stabil alap- és oldalérzet kialakulása, majd a saját test ezektől való megkülönböztetése. Az „észleléshiányos" személyek ismereteiket nem az alap vagy oldal érintésén keresztül, hanem a szabad térből kiindulva keresik.

Könyve rendkívül alapos és részletes leírása annak, hogyan juttatja betegeit megfelelő információkhoz. Észrevette, hogy úgy próbálnak taktilis információt szerezni, hogy a lehető legnagyobb ellenállás-változást hozzák létre a környezet tárgyaival. Ez a leírás ráillik az autista gyerekekre is. A szenzoros integrációs terápiában a taktilis érzékelés normalizálásához felhasználhatók megfigyelései, elképzelései és gyakorlatsorai.

A szakirodalomban a látást, hallást kevésbé tartják deficitesnek az autista gyermekeknél, mint az eddig tárgyalt vesztibuláris és taktilis érzékelést.

Eddig az elmélet. Tapogatózunk, hogy hol lehet a baj. Keressük, mit lehetne tenni. Hogyan tudnánk több jól regisztrált és modulált információhoz juttatni kis pácienseinket?

A szenzoros integrációs terápia lehetőségeivel, nem utolsósorban a vesztibuláris rendszer sokoldalú ingerlése által segíthetjük az autista gyermeket abban, hogy nagyobb teljességében élje meg azt a világot, amely körülveszi őt.

Milyen következtetések vonhatók le a terápiás órák tapasztalatai alapján?

Az autista gyerekekkel való foglalkozás legnagyobb nehézsége, hogy nem motiváltak a cselekvésre. A terapeutára az a feladat vár, hogy – követve a gyermek viselkedését – felfedezze azokat a réseket, vagy az éppen végzett tevékenységben azt a lehetőséget, amikor beavatkozhat. Véletlen cirkuláris reakciókat kell előidéznie, majd az ismétlődések révén másodlagos reakciókká alakításukat kell elérnie a gyermeknél.

A terápia kezdetén, de később is, legalább az óra elején, a gyermeknek újra és újra tapasztalnia kell, hogy a hely ismerős, biztonságos. A terápiás szoba kissé más elrendezése, mint amelyet megszokott, extrém szorongást válthat ki a gyerekből. Minden olyan eszköz és tevékenység, amelyet nem ismer, a gyermek ellenállását váltja ki. Ennek az alaphelyzetnek az elfogadása mellett sem mondhatunk le a terápiás aktivitásról, a rávezetés módjainak kereséséről. Előbb-utóbb egy cselekvés véghezvitele megvalósul, majd talán ismétlésre kerül, egy idő múlva megszokottá, ismerőssé válik, s előbb-utóbb élvezni fogja a gyermek. Eddig megpróbálunk eljutni, hiszen ha egyszer élvezetet fog találni egy mozgásban vagy egy eszköz használatában, akkor ő maga fogja keresni és kezdeményezni ismét ugyanazt a tevékenységet (Bedő, Molnár, Kékesi 1998).

Az autista gyermek a „csináláson", a cselekvésen keresztül tanul (Ayres 1979), csak ezen a módon motiválható. A viselkedésterápia, amely igen hatékony az autista gyermekek fejlesztésében, az adaptív viselkedés elsajátításában és a maladaptívak leépítésében, külső megerősítést alkalmaz. A szenzoros integrációs terápia is megkísérli ösztönözni a gyermeket, de „ez az ösztönzés belső és természetes" (Ayres 1979).

A szenzoros integrációs foglalkozásokon kialakítottam néhány olyan szempontot, amelyet megpróbálok szem előtt tartani az autista gyermekek terápiájában:

- Olyan helyzetbe hozom a gyermeket, hogy szinte automatikusan szemkontaktust tarthatok vele.
- Igyekszem figyelmét közös célra irányítani.
- Tevékenységét tulajdonításjellegű szöveggel kísérem, ami segíthet a gyermeknek saját szándékai, állapotai és érzelmei felismerésében és megkülönböztetésében.
- Felnagyított reakciókkal próbálom elérni, hogy pontosabban regisztrálja az őt érő impulzusokat, hogy örömét lelje az éppen végzett tevékenységben, és hogy hasonló érzések keletkezzenek benne, mint bennem.
- Figyelek arra, hogy mivel a látvány és a hang elragadhatja őt a valóságtól nem kívánt irányba, taktilis és proprioceptív úton mielőbb megtapasztalhassa a tárgyakat, tevékenységeket és helyzeteket.
- Folyamatosan beszélek hozzá, és úgy, mint más gyerekekhez. A beszédben, mondókákban és dalokban párbeszédjellegű ritmust tartok, időt, helyet hagyva az ő reakcióinak.
- Figyelem az izomtónusát, mikor lazul el. Amikor görcsös feszülése enged, akkor válnak ismerőssé számára a dolgok, s ekkor képes új információk, élmények befogadására.
- Megfigyeltem, hogy a forgás, pörgés, együttmozgás adekvát megnyilvánulásokat vált ki a gyerekből. Felveszi a szemkontaktust, ő maga kezdeményez testi érintést,

rám mosolyog, sőt – mintha elfelejtkezne magáról – teljesen helyzethez illő dolgot mond.
- Az érintés, ringatás révén „testre" szoktatom. Velem, egy élőlénnyel, egy emberrel, egy anyahelyettessel kapcsolatban éljen meg kellemes dolgokat, élje meg a bizalmat. Nagyobb jelentőségre tegyek szert, mint az őt érdeklő élettelen tárgyak.
- Az anyai magatartásmintában a csecsemőkorig megyek vissza, és ritmust próbálok közvetíteni a gyermeknek. A édesanyját általában bevonom a terápiába, hogy közvetítésemmel „kitanulja" gyermekét.

A szenzoros integrációs terápia nem mindenható, különösen nem az autista gyerekek esetében, azonban az utóbbi időben már gyűlnek a kedvező tapasztalatok ezen a téren, s a szakirodalom is egyre gazdagabb. Ayres szerint a fiatal autista gyerekek hasznosítják a terápiát. Úgy tűnik, hogy ez a terápia eléri az autista gyermekek idegrendszerét, és változást hoz létre organizációjában.

Az autizmus kezelésében mindent meg kell próbálnunk mindaddig, amíg ezt a rejtélyes állapotot alapvetően, az agyi mechanizmusok szintjén befolyásoló terápiás módszer vagy gyógyszeres kezelés nem áll rendelkezésre. Mindent meg kell tennünk azért, hogy ezeknek a gyerekeknek nappal is fenyegető démonait elűzzük.

| Irodalom

Affolter, F. (1987): *Wahrnehmung. Wirklichkeit und Sprache.* Neckar,Villingen-Schwenningen.

Ayres, A. J. (1979): *The autistic child.* In: *Sensory Integration and the Child.* Western Psychological Services, 123–130.

Bedő I. (1996): *Autisztikus fejlődési zavar és a nárcisztikus személyiség-rendellenességek.* In: *Beilleszkedési zavarok.* Kézirat, belső használatra (az Óbudai Nevelési Tanácsadó hasonló című előadássorozata nyomán a Soros Alapítvány támogatásával).

Bedő I., Molnár M.; Kékesi A. (1998): *Labirintus.* A tudományos-ismeretterjesztő film szövegkönyve. Budapest, Arted Művészeti Kft.

Bogdashina, O. (2008): *Valódi színek: Érzékelés és észlelés az autizmus spektrum zavarokban.* Geobook, Budapest.

Cramer, B.; Zajdermann, P. (1991): *Le sommeil n'est pas de tout repos.* Antenne 2, Match-Images Parents, Film Office, France.

Frith, U. (1991): *Autizmus: A rejtély nyomában.* Kapocs, Budapest.

Harris, T. A. (1973): *I'm OK – You're OK.* Pan Books, London.

Kulcsár Zs. (1992): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók.* ELTE Egyetemi jegyzet.

Piaget, J. (1942): *Les trois structures fondamentales de la vie psychique: rythme, regulations et groupement.* Revue Suisse de Psychologie et de Psychologie appliquée, 1–2, 9–21.

Ornitz, E. M.; Ritvo, E. R. (1968): *Perceptual inconstancy in early infantile autism: The syndrome of early infant autism and its variants including certain cases of childhood schizophrenia.* Archive of General Psychiatry, 18/1, 76–98.

Varga I. (1994): *A biológiai ritmusok korai szerveződésének zavarai mint a pszichiátriai, pszichoszomatikus sérülékenység lehetséges forrásai.* Magyar Pszichológiai Szemle, 3–4, 216–238.

ESETVIGNETTÁK

Születés az alagútban... – Egy öt és fél éves kisfiú játéka

Arató Domonkos

| A játék

Pali az órát jól ismert játékunkkal kezdi. Zsámolyból, szivacsokból, takarókból házat épít, majd ki-be kúszik, mászik a házacska szűk ajtaján. Hirtelen új irányba fordul a figyelme, s beül a plafonról lógó, egyik oldalán nyitott szürke zsákba. Kicsit hintázik benne, majd egy „ajtót" kér tőlem. Adok is neki egy közepes méretű tüskés, zöld műanyag lábtörlőt, amivel Pali alaposan igyekszik elfedni a zsák nyílását. Amint elfedte, hirtelen nagyon szeretne kijönni a kuckóból, s ebben a segítségemet kéri. A közös erőfeszítés sikerre vezet, Pali megnyugodva ül le a padlóra, és kommentálja a történteket: „Ez az ajtó rozsdás volt. Majdnem beszorultam! Ha nem segítesz, örökre ott ragadok."

Miután kipihente magát, új játékba kezd. A játék láthatóan nagyon megmozgatja őt, teljes figyelmét leköti, s nagy érzelmi energiákat szabadít fel benne. Az alagutat (vagyis a hosszú, puhafalú, de merevítő karikákkal ellátott hengert) felteszi keresztbe egy padra, így az egy hátat felpúpozó hernyó alakját veszi fel. Pali megpróbál átkúszni az alagúton, de amikor odaér, ahol a pad keresztezi az útját, és megtapasztalja, hogy a pad miatt az út jelentősen beszűkült, kiabálni kezd: „Segítség, megfulladok, beszorultam!", s visszahátrál az alagút bejáratához. Nem adja fel a célját, ahelyett azonban, hogy valamilyen módon megkönnyítené a dolgát, újabb akadályt iktat be. Abba a nyílásba, ahol kezdte a mászást, egy összehajtogatott puha szivacsot töm, így most már az is akadályozza a továbbjutásban. Hamar el is akad az alagútban. Először ijedt hangon kiabálni kezd („Segítség! Megfojt!"), majd engem kér arra, hogy húzzam vissza őt oda, ahonnan elindult. Mikor kibukkan az alagútból, hálásan köszöni meg a segítséget, és azt állítja, nélkülem megfulladt volna. Ezután többször nekifut a feladatnak, s újra és újra ugyanaz játszódik le. Félelem- és fájdalomkiáltások után kisebb-nagyobb segítséggel visszavonul a kiindulási pontra. Egyszercsak kihúzza a szivacsot a „bejárati oldalról" és bedugja a „kijárati oldal" felől. Ez azonban nem sokat változtat a dolgon, erőfeszítés, kudarc, kiabálás, visszavonulás továbbra is a sorrend. Bennem is erős érzéseket kelt a „játék", hiszen érzelmi töltete ellenállhatatlanul magával ragadó, szimbolikus jelentése pedig félreérthetetlennek tűnik. Ugyanakkor Pali számára a játék mélyebb jelentése tudatosan nyilvánvalóan nem hozzáférhető. Mit tudok hát tenni, azon kívül, hogy mellette vagyok, érzem, értem, amit ő érez, és „megmentem a megfulladástól"? Végül a pillanat hevében egy kérdés csúszik ki a számon: „Minek van ott az a szivacs?" Pali elgyötört arca váratlanul felderül, és örömmel kiáltja: „Hát azért, hogy kinyomjam!" Új lendülettel mászik végig az alagúton, és határozott mozdulatokkal nyomja ki az őt akadályozó matracot a túloldalon. Büszke arccal bukkan

ki az alagút végén, én pedig visszamosolygok rá, s magamban mondom csak ki megkönnyebbülten: „Megszülettél!" (Illusztráció: Képmelléklet 5. ábra. *Az alagút)*

| Pali története

A szülők Pali mozgásában 2-3 éves korban vettek észre először valami furcsát. Az enyhén lejtős utcán is megtorpant, és négykézláb próbált lemászni. Lépcsőn sokáig csak szülei kezét fogva mert lemenni. Játszótéren máig nem szívesen mászik fel a magasabb mászókákra. Két évvel fiatalabb húga több mozgásterületen szinte utolérte őt. Rajzolni nem szeret, a finomabb mozgásokat igénylő játékokba bele se kezd.

Ennél azonban sokkal több feszültséget okoznak (a szülőkben és a szülők között is, meg persze Pali és szülei között) a kisfiú viselkedéses problémái. Pali nehezen alkalmazkodik a szabályokhoz, mindig valami olyasmit csinálna, „amit nem szabad", nem akar délután aludni, kishúgával és szüleivel folyamatos konfliktusokba kerül, ahogy a szülők fogalmaznak: „mindig egy külön embert igényelne".

Az óvodában ő a „fekete bárány". Nem fogad szót az óvónéniknek, nem tud beilleszkedni a közösségbe. Sétánál nem fogja meg a másik gyerek kezét, játéknál meglökdösi a többieket, rátapos homokvárukra. Gyakran csak cél nélkül rohangál. Csak úgy tud együtt játszani valakivel (ez leginkább a testvére), ha ő irányíthat. Az óvónénik ezért kezelhetetlennek tartják, magatartásproblémáit szigorúsággal próbálják orvosolni, és ezt tanácsolják a szülőknek is.

Pali szülei között ebben a kérdésben nincs egyetértés. Az anya, bár igyekszik következetes lenni, úgy érzi, „nem erőssége a szabályok betartatása". Fontosabbnak tartja, hogy a kisfiút érzelmileg támogassa a nehéz helyzetekben. Az apa sokszor úgy érzi, és ki is mondja, hogy Pali el van kényeztetve. A közte és fia között menetrendszerűen megjelenő konfliktusokat nagy indulatokkal, hevesen próbálja kezelni, ez azonban a házaspár között teremt újabb feszültséget.

Kérdésemre, hogy mit várnak a terápiától, az anya válaszol: a terhesség, a szülés körüli negatív élmények feldolgozását. Az elvárás megfogalmazása meglep, hiszen az első beszélgetés során nem tudtunk az aktuális problémáknál sokkal messzebb jutni. Elgondolkodom, vajon honnan jön ez a nagyon konkrét várakozás, milyen fantáziák, érzések vannak mögötte, mennyire tudatos (esetleg megnevezett?) téma ez a családban. Az anamnézis megismerése után válik számomra világossá, az anya mennyire saját vágyait fogalmazza meg, hiszen a terhesség, a szülés történései benne is feldolgozást igénylő traumaként maradtak meg.

Pali szülei mindketten mérnökök. Harmincöt éves koruk után ismerték meg egymást, így rövid együttélés után elhatározták, hogy gyermeket szeretnének. Két év sikertelen próbálkozás után nagyon nagy volt az öröm, amikor Pali megfogant.

A terhesség harmadik hónapjában az anya szervezetében nagy mennyiségű Streptococcust fedeztek fel, ez növelte a vetélés veszélyét, így sok antibiotikumot kellett beszednie. A terhesség középső szakasza lelkileg sem volt könnyű az anya számára. Saját szüleivel komoly konfliktusba keveredett, s apja durva kiabálása sokkolóan hatott rá.

Fantáziáiban akaratlanul arra vágyott, hogy veszítse el a magzatot, akkor talán szülei is meglátnák, milyen kíméletlenül bántak vele. Ezek az akaratlan fantáziák komoly bűntudatot keltettek benne.

A szülés kapcsán az anya egy régi családi történetet mesél el: ő maga a hetedik hónapra született, s ez abban a falusi környezetben, ahol a család élt, rosszindulatú pletykákra, megjegyzésekre adott alkalmat. Meg is kapta szüleitől később: „Hogy tehettél velünk ilyet?" A kellemetlen emlék hatása alatt azt kívánta, hogy gyermeke időre szülessen meg, s mikor Pali már nyolc és fél hónap után érezhetően készülődött, hogy a világra jöjjön, szíve szerint még „húzta volna a dolgot", hogy kisfia „ne járjon úgy, mint ő". Az anya beszámolója szerint a fájások megkezdődése után nem sokkal elment a magzatvíz, a kórházba érkezés után azonban elmúltak a fájások. A vajúdás két és fél napon át tartott, a fájások hol megjelentek, hol újra eltűntek. Végül, amikor már nagyon fáradt volt, „kinyomták belőle a babát". A újszülöttön azonban nem látszottak a nagy küzdelem nyomai, „masszív gyerek" benyomását keltette, Apgar-értéke a maximális volt, s azonnal, ügyesen tudott már szopizni is.

Pali nem volt könnyű kisbaba. Keveset aludt, nappal szinte nem is, emiatt meglehetősen érzékeny volt, sokat kellett kézben tartani, szórakoztatni. Valamit segített az altatásban, ha babakocsiba téve „macskakövön rázatták" őt. Mozgásfejlődése a szülők emlékei szerint megfelelt az átlagosnak, beszédfejlődése kifejezetten gyorsnak mondható, másfél évesen már szépen, igényesen, „szabályos bővített mondatokban" beszélt. Értelmes, érdeklődő kisgyermek volt, ugyanakkor nagyon mozgékony, egyedül nem tudta elfoglalni magát, folyamatosan le kellett őt kötni. Az önellátást ugyanakkor csak nagyon lassan sajátította el, szobatiszta csak négy és fél évesen lett, az öltözködés sokszor még ma is nehézséget jelent számára. Pali nevelésébe, gondozásába a két nagymama is aktívan bekapcsolódott, nagyon sokat segítették az anyát. Szüksége is volt erre, ugyanis nem sokkal Pali születése után az apát egy magasabb pozícióba helyezték, és így munkája miatt hosszabb időre szinte kivonult a gyermek(ek) gondozásából. Egy évvel ezelőtt változott ismét a munkabeosztása, ekkor – az anya szerint – szinte elölről kellett kezdenie családbeli helyének, kapcsolatainak felépítését.

A vizsgálat során a strukturált megfigyelések feladatait használtam fel.[1] Pali sötét hajú, kedves arcú, tömzsi kisfiú, a fej méretaránya a testhez képest viszonylag nagy. Lelkesen jön be hozzám, szívesen teremt kapcsolatot velem. Jó intellektuális színvonalú, gazdag szókinccsel, logikusan fogalmaz. Szinte folyamatosan kimondja, amit gondol vagy érez. A vizsgálat során igyekszik együttműködni, jól teljesíteni. Ki is mondja: „Szeretnék erős, ügyes, bátor lenni!" Intenzív mozgásvágya, a figyelem tartásának nehézsége azonban sokszor nehezíti számára a sikeres kivitelezést.

A vizsgálatok szerint Palinál megállapítható a szenzoros integrációs zavar. Mozgását elsősorban a több területen is megjelenő éretlenség, differenciálatlanság jellemzi. Ez az éretlenség a száj és a szem egyedi, finom mozgatásának nehézségében, és az egyes izomcsoportok kényszerű együttmozgásában éppen úgy tetten érhető,

1 A DSZIT strukturált megfigyelések feladatsora, amely az alapvető érzékeléses és mozgásos funkciók mellett az ősi, primitív reflexek vizsgálatát is tartalmazza.

mint a két kéz összehangolásának akadályozottságában, vagy egyes korai reflexek fennmaradásában. Ezek a tünetek az egyensúlyozási problémákkal és az inadaptív mozgáskontrollal együtt a szenzoros alapú mozgásrendellenesség (poszturális zavar) jelenlétét valószínűsítik. Más jelek a szenzoros szabályozás zavarára, az érzékszervi rendszer csökkent érzékenységére is utalnak (gyenge szomatoszenzoros teljesítmény, a figyelem és a motiváció hullámzása).

Ha a szenzoros integrációs vizsgálatból nyert diagnózist egy tágabb keretbe illesztjük, és kiegészítjük a családtól kapott egyéb információkkal, jól láthatjuk, hogy Pali fejlődésében, személyiségében nagyfokú egyensúlyhiány figyelhető meg, s mozgásos gyengeségeit a család dinamikai háttere is látványosan felerősíti. Ezért a szülőkkel egy pszichoterápiás célokat kitűző dinamikus szenzoros integrációs terápiában állapodtunk meg. A terápia célja az idegrendszer érésének támogatásán túl az volt, hogy Pali a mozgásos játékokon keresztül önmagát és képességeit jobban megismerje és megbecsülje. Ezzel párhuzamosan a szülőkkel is konzultációs alkalmakat beszéltünk meg, Palival való kapcsolatuk, és a felmerülő nevelési kérdések átbeszélésére.

A kisfiú a terápia kezdetén saját maga a „bátorságot" nevezi meg, mint vágyott célt, nem tartja magát elég bátornak, s szeretne erősebb, ügyesebb is lenni. (A terápia egy későbbi szakaszában már arról is tud beszélni, hogy apjához, illetve apja elvárásaihoz képest nem elég bátor. Egyszerre szeretne megfelelni és azonosulni az apával, ugyanakkor az alkalmatlanság érzése sok indulatot is kelt benne.)

A terápiás órákon könnyen feltalálja magát, ritmusa impulzív, energikus. Nagyon kreatív, sokféle, változatos játékot talál ki. Eleinte rövidebb ideig tart egy-egy tevékenység, majd a gyors váltások helyét az egyre kitartóbb, elmélyültebb mozgások veszik át.

Az órákat sokáig a „bátorságpróba-szerű" játékok teszik ki. Felmászik a bordásfalra, majd láthatóan rettenetesen félni, izgulni kezd, de azért leugrik a szivacsokra. Újra felmászik, de most egy fokkal magasabbról kell leugrania. Pályát épít padból, zsámolyból, billenő lapból, gördeszkából, csupa magas, vagy billegő, bizonytalan tárgyból, és egyre ügyesebben, bátrabban kell rajta végigmennie. Ha sikerült, megünnepeljük, sőt teljesítményéért aranyérmet érdemel!

A másik terápiás szál, amely kezdettől fogva a felszínen van, a kettőnk közötti kapcsolat minősége. Folyamatosan próbára tesz, vajon mennyire lehet bennem megbízni, mennyire tudom elfogadni, „megtartani" őt. Mindig van egy-két ugrás, ahol a szivacsok helyett nekem kell elkapnom őt. Ha beüti a kezét, adjak rá puszit, mint anya vagy apa. Megdicsér, hogy milyen aranyos vagyok. Ad nekem egy kis ajándékot, ha „szentül megígérem", hogy nem adom tovább senkinek.

Négy-öt hónap alatt jut túl azon a szükségletén, hogy bátorságát folyamatosan próbára tegye, és saját maga számára, illetve nekem bebizonyítsa. Már a kettőnk közötti kapcsolat teherbírásának szüntelen ellenőrzésére vagy megerősítésére sincs szüksége. Új játékok jönnek: gátakat, ütközőket épít, hogy azok megállítsák őt. Egy kis plüssállatot választ ki magának, és arról gondoskodik, mindenféle veszélyektől megmentve őt. Házat épít, ahol minden gonosz támadás ellen biztonságban lehet, varázslatos eszközökkel kergeti el a gonoszokat, vagy éppen rövid időre épp az ő bőrükbe bújik.

A szülők visszajelzése szerint Pali egyre ügyesebben mozog. Az oviban jobban tartja a szabályokat, és könnyebben kapcsolódik a többi gyerekhez. Továbbra sem szeret azonban rajzolni, és a feladatoknál gyakran nincs türelme végigvárni, míg elmondják, mit is kell tulajdonképpen csinálni.

Így kerül sor körülbelül öt hónap után a bevezetőben ismertetett játékra, amely – utólag ebből a szemszögből végigtekintve a terápiás folyamaton – egyáltalán nem előzmények nélkül való. Már az első hetekben kialakul egy játék az alagúttal: a rugalmas hengert egy – a bordásfalra feltámasztott – padra kötjük fel, így „csőcsúszdává" válik, amelyen át egy titokzatos tenger alatti világba lehet eljutni. Néhány alkalom múlva a leejtős alagútban új mozgást próbál ki: fejjel előre csúszik le, miközben egy kötelet húz a kezében, így biztosítva magát. Nem tudok ellenállni a gondolatnak, hogy párhuzamot vonjak a kötél és a köldökzsinór között. A játék a negyedik hónapban tér ismét vissza. Lecsúszik a „csőcsúszdán", visszamászik, majd megáll valahol középen. Kéri, hogy nyúljak be a hengerbe, azzal játszik, hogy elérem-e őt, vagy el tud-e húzódni előlem. Most már a játék után egy kicsit beszélgetni is lehet vele az élményről. Az nem tetszett neki, amikor a lábát érintettem meg, s arról is beszámol, hogy amikor kiért az alagútból, valami furcsa rossz érzése volt, valahogy „a feje félrenyaklott". Ezután egy hónappal következik tehát a részletesen bemutatott alkalom.

A játék elemzése

Pali születésére édesanyja nem tud harmonikus, nyugodt körülmények között felkészülni. A magzatot védelmező anyai test – egy fertőzés révén – már többé nem ugyanaz a minden veszélytől megóvó védőburok. A saját szüleivel való heves konfliktus révén pedig az anya maga veszti el a – kiszolgáltatottabb helyzetében is – támogató, biztonságot nyújtó kapcsolat lehetőségét. Ezek a veszteségek nagy indulatokat keltenek benne, amelyek akaratlanul a magzatra is irányulnak. A hosszan várt, nagyon akart és szeretett gyermek iránti indulat pedig bűntudattal tölti el.

A képet tovább árnyalja, hogy az édesanya gyakran nagymértékben azonosul kisfiával, fellazítva a kettejük élményei, érzései közötti határ szilárdságát. Így az anyát ért sérelmek által keltett érzelmek könnyen élednek újra akkor, amikor Pali hasonló helyzetekbe kerül, mint ő (előbb születik, mint kilenc hónap, az apja kiabál vele stb.).

Ebben a diszharmonikus lelki környezetben következik be Pali megszületése. Az elmondott narratíva több kérdést vet fel, a realitáshoz való viszonya sem egészen tisztázott. Az azonban biztos, hogy a mama számára nagyon nagy küzdelem volt, amely egészen megviselte őt. Egyszerre visszatartotta volna magzatát, ugyanakkor szerette volna, ha véget ér a szenvedés, ha karjában tarthatja gyermekét („a fájások hol megjelentek, hol újra eltűntek"). Végül csak külső segítséggel tudott eldőlni a kérdés („kinyomták belőle a babát"). Milyen lehetett a születés hosszú folyamata a baba számára? Az elmondott történet alapján elképzelve rettenetes. Ugyanakkor az újszülöttön ebből a család számára semmi nem jelent meg, sőt mozgásos ügyességének rögtön tanújelét adta (azonnal ügyesen szopott). A születés története tudatosan-tudattalanul, de a felszínen maradt a családban, hiszen ez volt az anya első kérése, várakozása,

ami motiválta a terápiára, és Pali játékai között is búvópatakként bukkant fel újra és újra ez a téma.

A terápiás folyamat során Pali több szempontból is óvatosan, lépésről lépésre készül fel a számára fontos játékra. Először olyan témákat hoz, amelyek a mindennapokhoz kapcsolódnak, s tudatosan is könnyebben megközelíthetők. Mennyire bátor ő valójában, mit bír ki, és mit tud megcsinálni, mi történik, ha sikerül legyőznie a félelmét? Ha bátran el tud rugaszkodni, hol lesznek a határok, korlátok, mit lehet ezekkel kezdeni, miben segítik és miben gátolják őt? A mozgalmas játékok közben kitapasztalja, mennyire bízhat meg bennem, hogyan reagálok sikerére, kudarcára, hol húzom meg a határokat közeledési kísérleteinél, s mennyire tudom – a szó fizikai és szimbolikus értelmében – tartani őt. Az órák során újra és újra előkerül az alagút, egyre mélyebb szimbolikus játékokat hívva elő. Végül megjelennek azok az eszközök, amelyek tartalmazni tudják Palit (házikó, kuckó, lógó fészekszerű zsák).

A jelen írásban bemutatott órán is ilyen játékokkal indít. A házikó és a lógó zsák egyaránt lehetőséget biztosít számára, hogy kipróbálja, milyen érzés kint lenni és milyen bent. Vajon ha belül van, az a biztonságot nyújtó védett kuckót jelenti számára, vagy éppen a szorító, fullasztó fogságot? Tud-e a saját erejéből változtatni ezen, tudja-e ő kontrollálni érzései, vágyai alapján, a „kibújást vagy bebújást"?

Amikor megbizonyosodik róla, hogy „szorult helyzetében" számíthat a külső segítségre, támogatásra, belevág a számára nagy érzelmi megterheléssel járó, kiemelt jelentőségű játékba. Többféle akadályt is beiktatva éri el, hogy minél intenzívebben élje át ezt az erős félelemmel, heves testi ingerekkel, kiszolgáltatottsággal teli beszorulásélményt. Érdekes, hogy tőlem már nem azt várja, hogy kisegítsem a szabadba, hiszen ez az ő feladata, ezt neki egyedül kell megoldania. Én vagyok az az erő (az anya?), aki visszahúzza őt a „benti világba", ami céljával ugyan ellentétes, mégis egy átmeneti megkönnyebbülést, biztonságot ad. (Könnyebb elmenekülni a fejlődésben előrevivő krízis elől, mint éppen benne lenni, küzdeni és szenvedni.) A próbálkozások sora egyszercsak elakad. Kifáradt, úgy érzi, csak újra és újra megismétlődik ugyanaz, nincs ereje legyőzni az akadályt. Miért segít neki ebben a helyzetben az én kérdésem? („Minek van ott az a szivacs?") Talán a lehetőséget jelenti, hogy megjelenhet a beszéd szintjén is ez az összetett helyzet, vagy hogy én is érzem, elege van már ebből a küzdelemből, fáradt, de ugyanakkor dühös, véget vetne már a harcnak. Nem tudhatom pontosan, talán nem is a konkrét szavaknak van jelentősége. Az azonban biztos, hogy megadja neki azt a szükséges támogatást, lendületet, amelynek révén saját erejéből tud kiszabadulni szorongató helyzetéből, megküzdeni az őt visszafogó akadályokkal, és túllendülni a szenvedést okozó, de egyszersmind fejlődést hozó krízisen. A játék tehát egyszerre szimbolizálja a sok szempontból megnehezített születés tudattalanul megőrzött fájdalmas emlékeit, és a jelen fejlődési állapotban megélt krízis küszködését, szorongató élményét.

A játék még a következő alkalommal is visszatér, de már leegyszerűsített formában, sokkal kisebb érzelmi töltettel. Aztán az órák során fokozatosan változik a közös tevékenység – egyre többet lehet vele beszélgetni aktuális élményeiről, és azokhoz kapcsolódó érzéseiről, gondolatairól. Új, összetettebb játékokat talál ki, több fantáziaelemmel és szociális tartalommal. Kifejezetten ügyesen, szinte bravúrosan mozog. A

szülők visszajelzése szerint az óvodában fokozatosan beilleszkedik, és otthon is javul a kapcsolat apa és fia között.

Ugyanakkor az egyéves folyamat végére a hangsúly fokozatosan eltolódott a DSZIT-terápiában megragadható mozgásos és érzelmi problémákról a család dinamikus működése felé. Úgy tűnt, ennek fókuszba helyezése nélkül Pali fejlődésének támogatásában az elért eredmények ellenére is csak helyben járhatunk. Ezért a lezáráskor javaslatom is ebbe az irányba mutatott.

Az írásomban bemutatott játék Pali terápiájának egy fontos fordulópontja volt. A terápiában kitűzött célok eléréséhez, az önmagával való kapcsolat tisztázásához a kisfiúnak újra át kellett élnie élete küzdelmes kezdetét, talán éppen azért, hogy ebből jelenlegi kiútkereséséhez is erőt merítsen. Büszke, boldog arca, csillogó szemei, és a terápia további alakulása jól jelezte, hogy mit jelentett neki ez a saját erejéből végrehajtott szabadulás.

Piroska eltévedt, avagy Lili, hol vagy? – Egy nem beszélő kislány terápiája

Bedő Ilona

Én az erdőn keresztül megyek, te pedig az úton. A végén meglátjuk, ki ér előbb a nagymamához. A farkas, miután kimondta ezeket a szavakat, futásnak eredt. Ravaszul a hosszabb utat mutatta Piroskának...

Írásomban egy mutista kislány dinamikus szenzoros integrációs terápiájának (DSZIT) részleteit mutatom be. Az eset rávilágít arra, hogy a DSZIT-terápia különleges kerete és módszere sikerrel képes megnyitni az utat a hagyományos terápiák felé is.

| A játék

Első alkalommal voltunk Lilivel a szenzoros teremben, melyet adottságai miatt labirintusnak neveztünk el. Arra törekedtem, hogy valamiképp megindítsam a „néma" kislánnyal a kommunikációt, legyen az akár szavak nélkül. Fogtam egy kisebb labdát, és Lili kezébe dobtam, ő pedig visszadobta. Nagyon meglepődtem, mert addig a kislány semmi jelét nem adta a kölcsönösségnek. Egy ideig némán dobáltuk a labdát egymás kezébe, majd, hogy megtörjem a csendet, amikor dobtam a labdát, mondtam egy-egy szót, amelyről azt gondoltam, hogy semleges: szék, labda, baba, játék... És Lili visszadobta a labdát, csodálkozásomra válaszként a szavak megfelelő párját adva az azonos kategóriában: például a székre asztalt mondott, a játékra babát. Később a kislány személyközelibb, intimebb szférájába is bemerészkedtem az anya, apa, testvér szavakkal, melyekre szintén adekvát módon válaszolt.

| Lili története

Lili története úgy kezdődött, mint egy mese. Volt egyszer egy pici lány, szőke, kékszemű, szépséges. Minden úgy volt rajta, ahogy kell. Csak éppen majd hatévesen még nem beszélt. A szülei elmondása szerint otthon beszél, csak az óvodában nem.

Elmeséltek egy történetet, amelyből az is kiderült, hogy nagyobb lehet a probléma, mint gondolhatnánk, a kislány még szorong az óvodában.

A család négy gyerekével, ahol Lili volt a legkisebb, felkerekedett egy hétvégén, és kirándulni indultak a budai hegyekbe. Egy erdős részen telepedtek le, jól érezték

magukat, játszottak, uzsonnáztak, ettek, ittak. Igen ám, de egyszer csak észrevették, hogy Lili nincs sehol. Eleinte csak úgy tessék-lássék keresték, gondolván, hogy mindjárt előtűnik az egyik fa vagy bokor mögül. Nem így lett. Megijedt az egész család, a szülők és testvérek. Szétszéledtek, hogy bejárják a terepet, ahol Lili lehet. Kiabálva hívogatták: „Lili!" „Hol vagy?" „Gyere elő!" Hosszú percek, negyedóra, félóra is eltelt, ami a szülőknek egy örökkévalóságnak tűnt. Szülőként ismerjük ezt a rettenetes érzést, remegés az egész testben, légszomj. Végül persze egyik testvére szerencsésen megtalálta Lilit, kissé távolabb, egy bokorcsoport mögött. Megkönnyebbülten kérdezgették a szülők, hallotta-e, hogy szólítgatják. Lili egy szót sem szólt, csak bólintott.

Lili negyedik, legkisebb gyerekként érkezett családjába. Szülei mindketten mérnökök. Az anyától megtudtam, hogy a férje nem akart négy gyereket, az ő igénye volt a nagycsalád. Anyagi és lakáskörülményeik az átlagosnál magasabb színvonalúak. Az apa sokat dolgozott, általában későn ért haza. Az anya szerint férjének sokszor fárasztó, megterhelő a négy gyerek. Azon meglepődtem, hogy az anya a család mellett gyakorlatilag folyamatosan tanul. A főiskola elvégzése óta különféle tanfolyamokra járt, jelentkezésükkor is vizsgákra készült. A kisebb gyerekek gondja sokszor mégiscsak az apára, a nagyszülőkre, vagy a nagyobb gyerekekre hárult. Az volt a benyomásom, hogy az anyának a nagycsalád megvalósulása nem azt hozta, amit várt, és mintha a tanulásba menekült volna az otthonától. Lili testi, mozgás- és beszédfejlődése lassúbb ütemben zajlott a kora szerint elvárhatónál. Elkezdett beszélni, de szókincse lassan gyarapodott, verbális kommunikációja csökkent mértékű volt. Az óvoda megkezdése után jelezték az óvónők, hogy Lili egyáltalán nem beszél se a felnőttekkel, se a társaival. Egy szót sem. Elvitték hallásvizsgálatra, mely eredménytelennek bizonyult, a gyermek visszajelzésének bizonytalansága miatt.

A terápiás folyamat

Amikor először találkoztam Lilivel, nagyon félénknek, merevnek láttam. Karját szorosan teste mellett tartotta, fejét nem forgatta, nem nézett körbe, csak álldogált. Arcán semmilyen érzelem nem jelent meg. Amikor bemutatkoztam neki, és később, amikor beszéltem hozzá, kérdeztem tőle valamit, szeme elhomályosult, valami különös módon úgy intézte, hogy rám nézett, de valahogy mégsem. Nézett, de nem látott. Úgy tűnt, mint aki elfelejtette, hogy hol van, mintha hirtelen egy másik, számomra láthatatlan világba távozott volna. Olyan volt, mint a mesebeli Piroska, aki véletlenül eltévedt az erdőben a nagymamához menet, csak a kosárkája hiányzott.

Szobámban a rengeteg játék Lilit nem érdekelte. Nem nyúlt semmihez, nem homokozott, nem gyurmázott, nem bábozott, és *nem beszélt*. Az órákon játékokat ajánlottam, játékkezdeményekkel próbálkoztam, hogy valamilyen módon kapcsolatba kerüljek vele. Annyi történt csak, hogy néha bólintott valamelyik kérdésre, ajánlatra. A rajz volt az egyetlen tevékenység, melyre hajlandónak mutatkozott. Rajzai szemet gyönyörködtetően színesek, de nem figurálisak voltak, mint inkább színkavalkád, virágszerű alakzatok jelentek meg rajtuk. A Lilihez hasonló, feltételekhez kötötten

beszélő, mutista gyerekek beszéd helyett sok esetben rajzban fejezik ki magukat. Lili rajzának színei is beszéltek, elárulták, hogy sokféle érzelem gomolyog, rejtőzik a lelkében.

Lilit vizsgálni sem lehetett. Viselkedése nem ellenségesnek, hanem inkább mélységesen bizonytalannak, elveszettnek tűnt. Éretlensége a korához képest nyilvánvalónak látszott. Arra gondoltam, hogy a DSZIT-teremben folytatom Lilivel az ismerkedést, talán a különös hely, a különleges eszközök, játékok között könnyebben tudok hozzá kapcsolódni.

Már gazdag tapasztalatom volt arról, hogy a szenzoros teremben „csodák" történnek. Lilivel kapcsolatban mégis csak pillanatnyi mentőötletnek tetszett, hogy találkozásainkat a labirintusban folytassuk. A *Labirintus* című filmben tanúi lehetünk valóban meglepő, csodás történéseknek (Bedő, Molnár, Kékesi 1998).

Intézményünkben a valamikori óvóhelyen, a pincében van a szenzoros terem. Adottságai – ablaka nincs, nehéz vasajtók, lépcsők és csönd van benne – megkülönböztetik a gyermek által ismert helyektől, alkalmas arra, hogy olyan dolgokat, mozgást, érzelmeket, játékokat indukáljon, amelyek azelőtt soha nem jelentek meg.

A teremben lévő szenzoros eszközök előhívják a gyerekek kreativitását, megmozgatják képzeletüket. Az eszközök használata, az eljátszott történetek érlelik az idegrendszert és a személyiséget. Ügyesebbek, önállóbbak lesznek, biztosabbak önmagukban, traumáikat testi úton is megdolgozhatják a lelki mellett. Hiányzó élményeiket is pótolhatják.

Amikor Lili legközelebb jött hozzám, lesétáltunk a kacskaringós lépcsőn ebbe a különleges eszközökkel felszerelt terembe. A mennyezetről mindenféle *kötelek, mászókák, hinták* lógtak, körben *óriáslabdák, hengerek, billenős játékok*, a falon nagy *tükör*. Ide érkeztünk Lilivel, az „erdőbe". A bevezetőben felidézett egyszerű játék, a labda egymásnak dobálása megteremtette a kölcsönösséget közöttünk, Lili megnyílt, a labda oda-vissza röpte „vitte a kapcsolat fonalát" köztem és Lili között. A játék során a labda mozgatása, a köztünk lévő tér átívelése segítette a kapcsolat kialakulását, szorosabbá válását közöttünk, de a gyermektől még mindig csak szavakat, egy-egy udvarias formulát hallottam, nem szólalt meg igazán.

Ugyanakkor az volt az érzésem, hogy a gyermek megnevezve a környezet élő és élettelen tárgyait talán ekkor kapcsolta össze a kezeivel, szemével, tehát a szenzomotorosan és képileg már megtapasztalt világ tárgyait a szóbeliséggel. A világnak ez a megkettőződése a kognitív folyamatokhoz nélkülözhetetlen.

Ekkortájt már ritkán láttam Lili szemében a furcsa homályt. Ahogy a világ kezdett legalább részeiben összefüggő mentális képződménnyé integrálódni Lili kis fejében, úgy szűnt meg az önmagával és környezetével, illetve velem szembeni bizonytalansága, bizalmatlansága.

Bár a dél-kaliforniai szenzoros integrációs teszteket nem tudtam vele felvenni, ahogy viselkedését, érzékszervi viszonyulásait, mozgását különböző helyzetekben megfigyelhettem, nyilvánvalóvá vált idegrendszeri éretlensége, a szenzoros szabályozás zavara. Lili „jó gyerek" volt, ahova letették, ott maradt. A környezet ingerei alig-alig jutottak el hozzá. Gyakorlatilag valamennyi érzékszervi csatornán csökkent működést

tapasztaltam. Hallásával kapcsolatban nem volt megbízható adatunk. Tekintete furcsa volt, eleinte sosem tudtam pontosan, hogy amit néz, azt vajon látja is. Végtagjai még nem működtek szabadon a törzsétől. Testképe még nem alakult ki, izomtónusa gyenge volt. Egyes primitív reflexek fennmaradtak nála. Testvérei között és az óvodában is magányos maradt, motiválatlannak tűnt a játékra és a kapcsolatokra.

A kezdeti labdázás után Lili egyre bátrabb lett, kipróbálta a *csúszdát,* a *gumiköteles játékokat,* a *hengert,* a *függőhálókat,* lecsúszott, felmászott, leugrott, felkapaszkodott, be- és kimászott, gurult, fel-alá lengett, keringett. Ahogy teret kapott fizikai és szimbolikus értelemben egyaránt, tevékenysége beindult, mozgása egyre bátrabb lett. Az órákon megismerte saját testét, annak határait, élvezte a gravitációtól való elszakadást, a gravitáció legyőzésének örömét, beszéde azonban még mindig kezdetleges szinten maradt.

A DSZIT-terápiában az egyensúlyszerv fejlődése, fejlesztése áll a középpontban. A szenzoros terem eszközei, a velük és rajtuk való játék révén a gyermek kibillen egyensúlyából, majd visszabillen. A billenés gyakorlása a „földön lét", az egyensúly biztonságának érzését hozza magával, melynek hatása a testi, szellemi és lelki működés fejlődésére felbecsülhetetlen.

Ezért a *billenés* az integráció mellett a másik legfontosabb történés konkrétan és átvitt értelemben is a DSZIT-terápiában. Billenés a testiből a szellemibe, a szellemileg alsóbb szintről a magasabba, testiből, szellemiből érzelmibe, billenés a tudattalanba, s a tudatalattiból a tudatosba, billenés a magzati létbe, onnan a mába, a részlegesből az egészbe, a káoszból a rendbe.

Lili-Piroskánál meglehetősen hosszú idő telt el addig, amíg létrejött a nagy billenés: *az erdőből kivezető ösvény megtalálása.* Amikor már úgy játszottunk a szenzoros teremben, hogy kis történeteket is hozzáfűztünk az egyes tevékenységekhez – strandon vagyunk és belecsúszunk a vízbe, vagy dombról gurulunk a völgybe –, kiderült, hogy Lili nem tud bújócskázni. Nem értette a játék lényegét, előttem bújt el, és úgy gondolta, hogy ha ő nem lát engem, én sem látom őt. Ez a kisgyerekes látásmód az ő korában már ritka. Ez arra utalt, hogy még nem tart a testi, lelki önállóvá válás, az anyjától való elszakadás szintjén. A családi helyzet és az anya elfoglaltsága miatt feltehetően az anyával való korai egység, együttlét nem lehetett zavartalan, ennek rendszerint nehéz leválás, önállótlanság, az anyába való kapaszkodás, túlzott ragaszkodás a következménye. Lili még nem született meg mint önálló, egyedi lény. Ebben a fázisban elakadva, anyja részeként úgy érezhette, hogy az szavak nélkül is érti őt, tudja, mi jár a fejében, mit gondol, mit érez. Ezt példázza az a helyzet is, amikor elveszett, és nem válaszolt a hívogatásra, hiszen kisgyermekes, mágikus gondolkodásának megfelelően anyjának tudnia kellett, hol van.

Lili lassan benépesítette a szobát állatokkal, akiktől félni kellett, elfutni, menekülni előlük, nekem is kiosztva egy-egy vadállat szerepét. Majd ő játszott el egy oroszlán- vagy tigrisszerepet, hangos, agresszív hangokat kiadva üldözött engem. Ez komoly előrehaladást jelentett a terápiában, megjelent az idáig rejtett agresszió, mely a legtöbb esetben megtalálható a mutizmus hátterében.[1]

1 E kötetben a mutizmusról lásd még Filep Hajnalka *A büdös sün* című tanulmányát.

Ekkor már egy ideje szűkszavúan ugyan, de beszélt velem, az óvodában viszont még nem. Viselkedését, játékait figyelve, elérkezettnek láttam az időt, hogy Lili közvetlenből (amikor ő maga, testi mivoltában van játékban) *átbillenhessen* a közvetett szintre (amikor valamilyen közvetítőt – rajz, bábok, gyerekjátékok – használ). A pincében lévő szenzoros teremből áttettem találkozásaink helyét a földszinti terápiás szobába. Mintha a változás mesehősök útját idézte volna, az alvilágból a felvilágba kerülést, a titkokat rejtő mélyből feljutást a napvilágra, ahol minden látható, tudható. Lili könnyedén vette az akadályt, azonnal megtalálta az állatokat, a kezdeti strukturálatlanabb támadó-menekülő játék lassan szelídebbé vált, a háziállatok és a vadállatok külön-külön elkerített, körülhatárolt helyre kerültek. A kis- és nagyállatok családokba rendeződtek. Az elefántcsaládot külön kitüntette figyelmével, talán nem véletlenül, mert volt két nagyobb és négy kisebb elefánt a készletben, éppen, mint ahány tagja volt Lili családjának. A családtagok beszélgettek egymással, veszekedtek is, ilyenkor az „elefántapuka" ormányával rendszerint rácsapott a kisebbekre, megrendszabályozva őket. Lili ezzel meglépett egy fejlődési szintet, képessé vált gondolatai, érzései kifejezésére közvetítőkön keresztül is.

| Záró gondolatok

Összefűzve a családról, Liliről kapott információkat a terápiában tapasztaltakkal, a következő kép állt össze bennem a gyermek problematikájáról. Lili volt a legkisebb a családban, a többiek mellett nehezen nyilvánulhatott meg. Az apának sokat kellett pihennie, az anya szerint idegesítették a gyerekek, zavarta a zajongás, tehát a kislánynak csöndben kellett lennie. Ezt láthattuk talán áttételesen az elefántos játékban, amikor az apaelefánt ráütött a kicsikre. Eszünkbe juthat azonban Jacques Lacan gondolata, hogy az apát, az apaképet az anya közvetíti a gyerekek felé (Füzesséry 1993). Elképzelhető, hogy az anya saját elfogadhatatlan érzéseit vetítette az apára, és Lili apaképe nem volt reális. Valószínű, hogy a gyerek rivalizált a figyelemért a testvéreivel, az óvodai társakkal, úgy érezhette, hogy nem hagyják őt szóhoz jutni. A nárcisztikus sérülés (Bedő 1996) dagasztotta a gyermekben az agressziót, mely már akkorára nőtt, hogy kis gyermeklelkében attól félhetett, ha talán kinyitja a száját, és megszólal, annyi minden dől ki belőle, hogy kő kövön nem marad. Ez a félelem némíthatta el Lilit (ahogy ezt később látni fogjuk). Szinte megbénult, testi, lelki, szellemi fejlődése elakadt. A labirintus és eszközei megadták Lilinek a vágyott teret, módot a megnyilvánulásra, a DSZIT-terápia segítségével öngyógyító mechanizmusai működésbe léptek. Világa differenciálódott, a verbalitás nyomán megkettőződött. Megismerte saját testét, kinyílt számára a világ. Az elfojtott agresszió csatornát kapott, így Lili kiszabadulhatott a nyomása alól. Környezetét kezdetben összeredezetlen zűrzavarnak láthatta, de végül képes lett a szemét elhomályosító káoszt struktúrába rendezni.

A nagy áttörés viszont az óvodában történt meg, ahol addig egy szót sem szólt. A farsangi jelmezbálon elkérte az óvónő boszorkányjelmezét, és a jelmez védelmében haragosan beolvasott óvodástársainak. Felemlegette, ki és hogyan bántotta meg őt.

A terápiából egy csillogó szemű, értett és értő gyermek lépett ki a nagyvilágba.

Irodalom

Bedő I. (1996): *Autisztikus fejlődési zavar és a nárcisztikus személyiség-rendellenességek.* In: *Beilleszkedési zavarok.* Kézirat, belső használatra, Óbudai Nevelési Tanácsadó.

Bedő I., Molnár M.; Kékesi A. (1998): *Labirintus.* A tudományos-ismeretterjesztő film szövegkönyve. Budapest, Arted Művészeti Kft.

Füzesséry É. (1993): *Lacan és az „apa neve".* Thalassa, 4/2, 45–61.

A büdös sün – Egy nem beszélő kislány terápiája[1]

Filep Hajnalka

A játék

Emma átlagos, de törékeny termetű kislány, arcán mindig kis merev mosoly ül. Fején általában hajpánt van, amely a játék közben sohasem akar a fején maradni, inkább zavarja őt. Kissé elhasznált ruhákban, plüssfigurával a kezében érkezik. Egy kis szerény szolgálólányt, mese- vagy irodalmi figurát juttat eszembe.

Már az első alkalommal erős dühöt fejezett ki játékában, amelynek intenzitása engem is meglepett. Elővett egy nagy rücskös gumilabdát, javaslatomra gurítgatni kezdtük egymásnak, majd egymásnak dobtuk, miközben lepattintottuk a földre (a későbbi sün figurájának előfutára). Később már csak egyedül pattogtatta a labdát, egyre erősebben, egyre intenzívebben, aztán teljes erőből ütni kezdte. Arckifejezése kezdett megváltozni, a kis arcára fagyott mosoly eltűnt, düh jelent meg. Ezután a gumibelsőt függesztettük föl. Ebben forgott Emma, majd a nagy plüsskrokodilt tette bele a gumikarika-hintába. Végül ütni, lökdösni kezdte a gumit, futva forgott körülötte, miközben kezében tartotta. Ez a terápia első szakaszában visszatérő játékává vált. Sokszor a hintát lökte a mellette lógó gumikarikának. A játék végén arcára szomorúság ült ki, talán azért, mert mennie kellett, talán túl sokat mutathatott meg dühéből. Közös társalgás híján én foglaltam össze a játékban történteket, elképzeléseimet.

Emma története

Emmát az óvoda által kezdeményezett kivizsgálás keretében hozta el édesanyja a szakszolgálat (korábbi nevén az Óbudai Nevelési Tanácsadó) vizsgálatára. Az óvoda által leírtakból és az édesanya által elmondottakból az derült ki, hogy a majdnem hatéves, nagycsoportos kislány az óvodában egyáltalán nem beszél. Csak metakommunikatív jelzéseket ad. Ha vécére kell mennie, vagy valamilyen szükségletét kifejeznie, akkor sír, játék közben mosolyog. Felmérni őt vagy feladathelyzetbe hozni nem igazán sikerül, mert általában sírva fakad. Leírják, hogy sok támogatást igényel. Az édesanya kiemelte, hogy otthon vagy játszótéren, semleges környezetben viszont kommunikál a kislány, nem okoz számára gondot a barátkozás sem. A szülőktől hosszabb különválása még nem volt.

Találkozásunk idején a kislány már két és fél éve járt az óvodába, így látható, hogy régóta rögzült tünetről van szó.

---

1 Köszönetemet fejezem ki munkatársaimnak az eset feldolgozásában nyújtott segítségükért, iránymutató megfigyeléseikért, tanácsaikért.

Az édesanya igazából nem volt motivált a terápiára, ez mind a vele folytatott beszélgetésből, mind az óvodapszichológus által elmondottakból kiderült. Már korábban is megkísérelték beküldeni a gyermeket, de az meghiúsult. A felmérő szakaszt és a néhány alkalmas terápiát követően az óvodával, az intézménypszichológussal való szoros együttműködésre volt szükség ahhoz, hogy megkezdődhessen és egy teljes tanéven át folytatódhasson a terápia. A vizsgálat végére elmaradtak, a terápia folyamán is sokszor kihagytak egy-egy alkalmat. Az anyában felmerült, hogy a kislány állapotára való tekintettel a sajátos nevelési igény kategóriába való kerülést kezdeményezi, mert nem volt meggyőződve arról, hogy az egy tanévvel később esedékes iskolakezdésre rendeződhet Emma állapota.

Az anya egyszerű megjelenésű hölgy, takarítói, pénztárosi munkákat vállalt. Beszélgetésünk idején nem volt éppen munkája. A család anyagi nehézségekkel küzdött. Emmának egy két évvel idősebb bátyja van. Az apát is hívtam közös beszélgetéseinkre, de az anya őt mindig kimentette. Később, a már zajló terápia folyamán kiderült, az apa egy új kapcsolat miatt elköltözött a családtól, válni fognak. Bár az apa tartja a kapcsolatot a gyerekekkel, néha elmarad a látogatása, és Emma ilyenkor nagyon csalódott, szomorú. Az anamnézisből két dolgot emelnék ki: Emma csecsemőként „nehezen jött rá a szopásra", rossz evő volt. Fél évig kizárólagos szoptatással táplálta édesanyja, ezután viszont kevésnek bizonyult az anyatej. Beszélni későn, hároméves korában kezdett.

Emma első alkalommal kis vonakodás után vált meg anyukájától, úgy tűnt, édesanyja legalább olyan nehezen engedi el őt, mint amennyire ő tart a bejöveteltől. Vizsgálati helyzetbe hozni nem lehetett.

Megfigyeléseim és az anamnesztikus adatok alapján a dinamikus szenzoros integrációs terápia (DSZIT) fogalomrendszerét használva Emma esetében szenzoros alapú mozgásrendellenesség állapítható meg a szopás, beszéd, valamint az ábrázolókészség jellemzői (lásd később a rajzok elemzését), fejlődése és a terápiában látható jellegzetességek alapján. Emellett a szenzoros szabályozás zavarával kapcsolatban is láthatók jelzések. A gyermek vesztibuláris érzékenysége csökkent (lásd később az apával közös játékot). Mindez nem megfelelően alkalmazkodó viselkedéssel, nehezebben modulálható érzelmekkel társul.

Mivel a mutizmus mint tünet rögzült az óvodai környezetben, és Emma ugyanezzel az attitűddel volt jelen a játszószoba hagyományos, számára az intézményéből ismerős közegében, úgy döntöttem, testi-lelki „megmozgatása", „kibillentése" érdekében – kollégáim korábbi terápiás tapasztalataira is alapozva – következő alkalommal a szenzoros teremben folytatom a vizsgálatot.

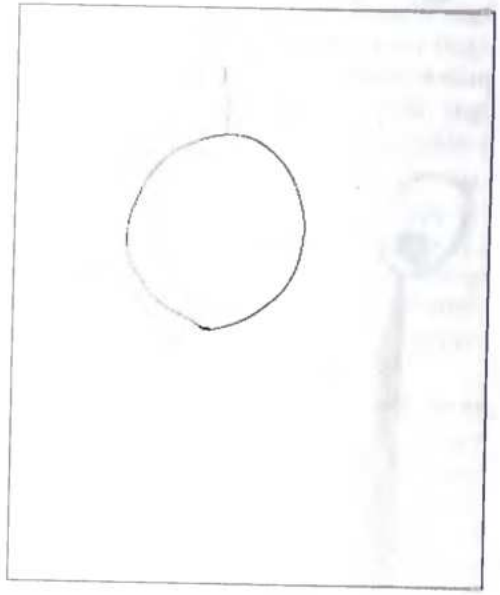
Meglátásom szerint a mutizmus „rögzült" pszichés tünet a szó több jelentéstartományában is. Rögzült a viselkedés, a zárt száj, sokszor – ahogy Emmi esetében – a mimika is. A kommunikáció hiánya és rögzültsége mellett a mutizmusnak szintén fontos jellemzője a változatlansága, „mindent vagy semmit" jellege. Nincs eltérés, a gyermek sohasem beszél, nem ejt el egy-egy szót, miközben nembeszélő marad. Mereven elválik az otthoni és az intézménybeli viselkedés is. Emellett másodlagos előnyökkel is jár a gyermek számára a tünete. Az óvó néni és óvodástársai sokszor egymással versengve próbálják szóra bírni, vagy kitalálni, mit szeretne. Rögzült tehát a viselkedés abban a tekintetben is, hogy a sokszor hisztériás viszonyulásmód

mellett kialakuló tünet ugyanabban a környezetben, „kellékek", „színfalak" között jelentkezik. Ilyen értelemben az óvodai babakonyha, a játékok hasonló környezetet alkotnak, mint a terápiás szoba játékkörnyezete. Ehhez képest is elmozdulást, szokatlanságot jelentenek a szenzoros integrációs terápiás szoba jellegzetes játékai, erős felhívó jelleggel bíró eszközei (Bogár Judit észrevétele szerint). Feltételezzük, hogy amikor a gyermek „mozgásba lendül", személyiségszerkezete, megcsontosodott, sokszor inadekvát megküzdési módjai, elhárító mechanizmusai is változni kezdenek. Fontos terápiás megfigyelés továbbá, hogy a szenzoros teremben a gyermek és a terapeuta kettősében mászáskor, egy-egy eszköz használtba vételekor néha elkerülhetetlenné válik, hogy a gyermek a felnőttet spontán módon megszólítsa, tőle segítséget kérjen, így a rögzültség ily módon is oldódhat.

Ulla Kiesling (Kiesling 2014) a mutizmust azok között a problémák között sorolja föl, amelyek esetében a „szenzoros integrációs terápia mint dialógus" módszere jó eredményekkel használható.

Emma további játékai

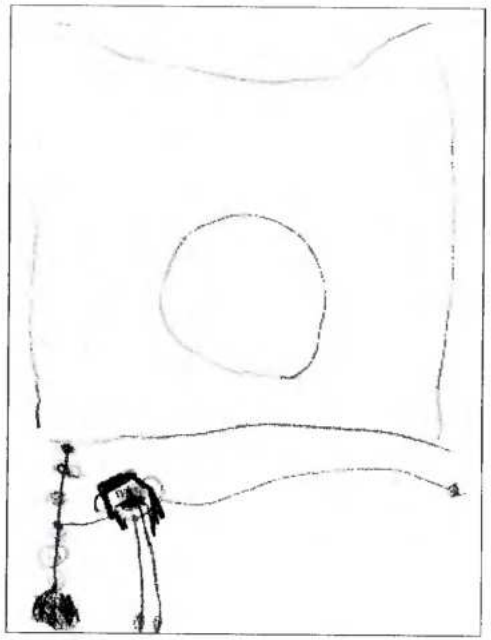
Emma minden alkalommal nagy örömmel jött a szenzoros terembe. Hamar láthatóvá vált, hogy mindig engedelmesen fogadta a tevékenységváltásokat, javaslataimat, a játék, foglalkozás befejezését is. A rajzolásnak mindig nehezen fogott neki, ült a papírlap fölött, és vonakodott ceruzáját hozzáérinteni. Rajzolás közben megfigyelhető volt nála, hogy a szája együtt mozgott a kezével.



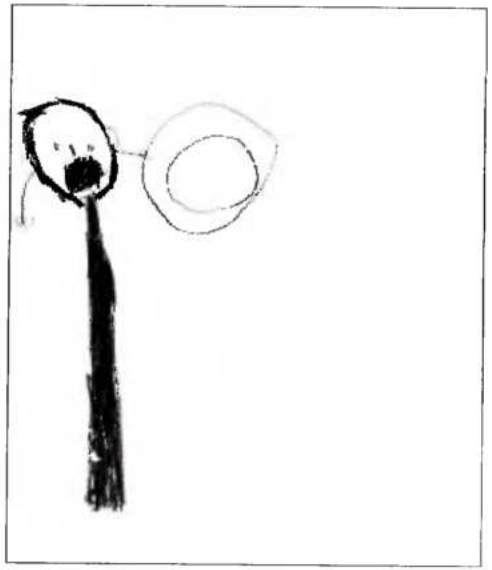
1. ábra. *Gumikarika*

Szerződéskötésünk a vizsgálati szakasz után arra korlátozódott, hogy én megpróbáltam elmondani, körülírni, vajon miért is jár hozzám, amire ő vagy jelzést adott, vagy nem. Fontos mozzanat volt annak kiemelése, hogy itt „csúnya", „nem szép" dolgokat is ki lehet fejezni, el lehet játszani.

Eleinte csak a szenzoros terem egy-egy játéka került rajzaira, első rajzán a gumikarika szerepel. A játék zárt, mint Emma szája, hiányzik a nyílás, ahová a krokodilt is beledugta (1. ábra). Később javaslatomra magát is odarajzolta a képre. Ezen a képen már feltűnik a sátor is, amely későbbi játékában majd fontos szerepet játszik (2. ábra). Ekkoriban készült rajzán magát a gumi mellett feketére satírozott tátott szájjal és testtel ábrázolja, ami nagyon expresszíven jeleníti meg azt az állapotot, amelyet Emma megélhetett (3. ábra).



2. ábra. *Kötélmászás*



3. ábra. *Emma és a gumikarika*

Dühös játéka többször visszatért, illetve a nagy plüsskrokodil és a méhecske harcában jelent meg, akik egymást nyelvébe csíptek, egymást tátott szájjal harapták. Emma nekem osztotta az egyik figurát, és jót mulatott harc közben, néha viszont elsodorta a küzdelem heve. Majd ezek a tartalmak eltűntek, és semleges játékoknak adták át a helyüket.

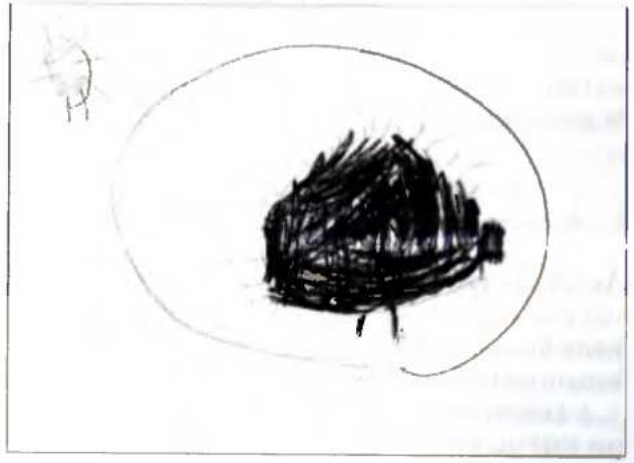
Ekkor a terápiás folyamatban egy elakadás, stagnálás következett be, úgy tűnt, nem jutunk előbbre. Szükségessé vált, hogy az anyát a konzultációkon túl is bevonjam a terápiába. Mint később látható, ez fordulatot hozott a gyermek terápiájában is. Eleinte nehéz volt a szülőt elfogadni erős testszaga, ellentmondó viselkedése, terápiához való viszonyulása miatt. Szükséges volt, hogy mint terapeuta elfogadjam az édesanyát, ellenérzéseim ellenére is „beengedjem" őt a terápiás térbe. Mindez fordulatot hozott a terápia menetében.

Az anya játéka

Felajánlottam az anyának és Emmának, hogy egy ideig az anya is részt vehetne kislánya terápiás foglalkozásain. A nem beszélő gyerekek terápiájában sokszor nagyon fontos az anyával való kapcsolaton dolgoznunk.

Továbbra is a szenzoros teremben találkoztunk. Az első egy-két alkalom „kényszeredetten" telt. Egyrészt a mama igyekezett mindenféle dologra rávenni Emmát, másrészt ő maga is nehezen tudott feloldódni a helyzetben. A meleg teremben magán tartotta még a dzsekijét is. Igyekeztem kiemelni a kettejük interakciójában megjelenő pozitív mozzanatokat, anyai megnyilvánulásokat. Az anya sokszor „fordított", mivel Emma nem beszélt, többször az anyától kérdeztem meg, mire gondolhat a kislány egy-egy akció közben. Emma arcáról leolvasható volt, helyes-e az értelmezés. Ezzel egyrészt az volt a célom, hogy az anya

kompetenciaérzését erősítsem, másrészt a kettejük közötti mentalizációs folyamatot próbáltam serkenteni. Kiemeltem azt is, milyen jól érti gyermeke megnyilvánulásait.



4. ábra. *A sün*

Körülbelül a harmadik alkalomra kialakult egy közös játék. Emma a sátorba bújt (ez olyan játéka volt, amelyet korábban már velem is játszott), a mama pedig próbált bekukucskálni, megtalálni őt, majd bebújt ő is a sátorba, így mindketten eltűntek, de hallani továbbra is lehetett őket. A közös játéknak csiklandozás lett a vége, amely egyre „vadabbá" vált, Emma egyre jobban visított, így alkalmam nyílt meghallani hangját. (Emma az első közös alkalmakon egyáltalán nem beszélt, vagy mereven állt mosollyal az arcán, vagy az anya fülébe sugdosott.) A játékba egy nagy, félgömb alakú labdát is bevontak, amely plüssréteggel bevonva sünt formáz. A sünt „dagadt, büdös disznóvá" nevezték ki. Nagy örömmel csapdosták, tuszkolták, rugdosták át a sátor ajtaján közösen, miközben a játék egyre hevesebbé vált. Ezután a sünnel dugaszolták el a sátor ajtaját. A sünis játék hozta meg az áttörést, egyre nagyobb nevetések, majd kacagás szűrődött ki a sátorból. Ismét megjelent Emma agresszió, az anya számára is jól láthatóan. A játék úgy jöhetett létre, hogy az anya egy a gyermekkel közös korábbi élményre hivatkozott (közlekedés során megfigyelt utcai jelenet, hangoskodás). A sün köré rajzolt vonal (4. ábra) azt a szociális elszigeteltséget is kifejezi, amelyben a kislány tünete miatt élt. Szimbolikus értelemben ugyanezt jelképezik a sün tüskéi is.

Az anyai csiklandozást, nevetést, a közös akciót, és az agresszió, az elfojtott harag kiadását egyaránt tartalmazó játék hozta meg az áttörést Emma terápiájában. Fontos lehetett még az, hogy az anyával történő részleges elkülönülésre teret adó sátorban történhetett meg ez a játék, ahonnan csak a nevetés zaja szűrődött ki. Úgy tűnik, elengedhetetlen volt az anya bevonása, fordulatot hozott Emma terápiájában, aki ekkor szólalt meg először. Nagyon meglepett Emma tiszta, erős hangja. Halk, visszafogott beszédre számítottam. Ettől az alkalomtól fogva beszélt a terápiás órákon, ahová továbbra is nagy örömmel jött.

Változott a terápia helyszíne is, a legkisebb „szenzoros" terápiás teremből ősszel egy nagyobba mentünk át, ez adott teret a szülőkkel folytatott közös játékoknak is.

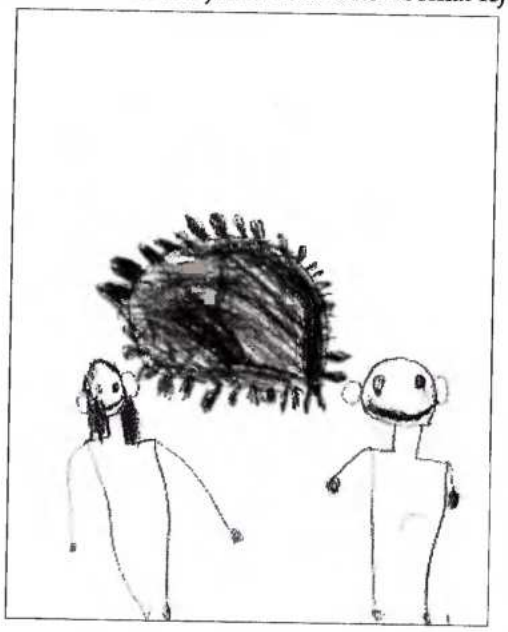
Néhány alkalom után felvetődött, hogy az anya már ne járjon a terápiás foglalkozásra. Jellemző volt, hogy az anya rendszerint megelőzött, ez alkalommal is a megbeszélt időpont előtt kezdeményezte, hogy újból egyedül jöjjön be Emma. Az anya számára valószínűleg fontos volt, hogy a kontrollt, irányítást magánál tarthassa, ez a

gyermekkel való kapcsolatában is megjelent, ahogy ezt például az első közös alkalmakon láthattuk, amelyeken inkább irányítani szerette volna a játékot. Az óvodában a kislány továbbra sem beszélt. Az aggódó óvó néni ötleteket kért arra vonatkozóan, hogyan tudna a csoportban is megszólalni a kislány.

Az apa játéka

Az édesanyával megbeszéltem, jó lenne, ha az apa is el tudna jönni. Ezt végül is sikerült közvetítenie az édesapa felé, mert egy alkalommal – ismét váratlanul – az édesapa hozta Emmát. A kislány nagyon felélénkült, örömmel fogta az édesapa kezét. Az apa határozott fellépésű, „jó kiállású" férfi.

A kezdeti szakaszban a szenzoros teremben Emma „bemutatta" az apának szokásos játékait, merészen mászott fel fordított irányban a csúszdára, ugrált. Az édesapa mindezt büszkén kommentálta, kiemelve, hogy Emma milyen bátor és mozgékony kislány. Ezután hamar kialakult az apa és Emma közös játéka, amelyet hosszasan, és azon néhány alkalom mindegyikén játszottak, amikor az apa hozta a kislányt. Emma egy narancssárga hálós függőágyba mászott be, amelynek két vége egymáshoz viszonylag közel volt felrögzítve. Ülő testhelyzetben, lábát kissé felhúzva helyezkedett el. Az apa a függőágyhoz kötött kötéllel forgatta az eszközt, egyre gyorsabban, ami Emmának egyre jobban tetszett, egyre jobban visongott, kissé megszeppenve talán, de annál nagyobb örömmel. Számomra, aki most egy kissé kívül rekedtem a játékon, kissé ijesztőnek, vadnak is tűnt a játék. Csodálkozásomat fejeztem ki, hogy a kislány még mindig nem szédül. Az apa megnyugtatott, hogy nem is fog. Próbáltam szimbolikus jelentésadással bővíteni a játékot, a megélést. A szereplőkre vonatkozó kérdéseimre a válasz az volt, hogy egy kis légy vagy szúnyog van a pókhálóban. Az óra végén a kislány vonakodott abbahagyni a játékot. Néhány alkalom után az édesapa már nem jött többet, a vele kapcsolatos történésekről csak közvetve értesültem.



5. ábra. *Emma, a terapeuta és a sün*

Időközben Emma rajzain a terapeuta személye, a közös játék is megjelent, a tartalom gazdagodott, több színt kezdett használni (5. ábra). Emberábrázolása ugrásszerűen fejlődött, a DSZIT-terápia hatásainak köszönhetően. Kötélmászós és feketére satírozott rajzán az emberke karjai, lábai még a fejből nőnek ki. Utolsó, vidám hangulatú képén a barátságos arc mellett nyak és váll is látható. Ujjai még tagolatlanul ábrázoltak.

Összefoglalás – a terápia néhány jellemzője

Véleményem szerint a megkésett beszédfejlődésű, gyenge ábrázolókészségű, mutista kislány esetében kulcsfontosságú volt a dinamikus szenzoros integrációs terápia helyszíne, eszköztára, az abban végzett mozgás, játék. Szimbolikus értelemben is oldódtak, „elmozdultak" a megcsontosodott viselkedésmódok, viszonyulások. Az egyéni terápiából a szülő-gyermek terápiába történő váltás a klasszikus pszichoterápiás keretek rugalmas kezelését kívánta meg. A DSZIT-terápia gazdagságát mutatja, hogy az anya-gyermek pszichoterápiát is magába tudja foglalni (Molnár, Kocsor 2010).

Itt szeretném az ismertetett játékok rövid elemzését adni, kiemelve azt, hogy ezeknek természetesen többfajta olvasata, értelmezése lehetséges.

A száj, szimbolikája szerint lehet a külső és a belső világ közötti kapu, átjáró (Sáfrán 1996). Emma rajzán ez a kitátott, némán kiáltó száj jelenik meg. Játékában a sátor száján mint kapun tuszkolják ki és be a sün figuráját. Az orális elemek megjelennek például az egymást harapó állatok harcában is. Rajzain visszatérő elem a kör alakzat. A tünetválasztással kapcsolatban utalnék az anamnézisre valamint a rajzolás közbeni szenzoros megfigyelésekre is (nehéz kezdés, a száj együttmozgása a kézzel).

Ki kell emelni a „titok" szerepét. Talán az anya titkol valamit, amiről nem lehet beszélni, és a kislánnyal is őrizteti a titkot. A sátorban is titkolóznak. Arról már csak elképzeléseink lehetnek, melyek azok a dolgok, amelyekről hallgatni kellett, talán a szülők közti kiabálás, dulakodás, mint amilyen ütközés Emma első játékaiban is megjelent?

Családterápiás szempontból nézve: a pszichoterápiás térben hol az egyik, hol a másik szülő oldalán jelent meg a családi problémát, a szülők titkolt szétválását megjelenítő kislány. A kislány megszólalásához az is hozzájárult, hogy napvilágra kerülhetett ez a titok, ugyanakkor az ő közvetítésével a terápiás térben ismét egymás mellé kerülhetett az, ami összetartozik (Molnár Magda észrevétele szerint).

A merevség, kényszeredettség, blokkoltság a fantáziatevékenységben is megjelent. A gumis játék merev, változatlan lefutása, a változékonyság hiánya, a fizikai valóság szintjén lezajló ütközés konkrét, traumatikusan ható élményekre, konkrét, családi szinten lejátszódó konfliktusra is utalhat. Erre emlékeztet az apa és a kislány közös vad játéka is. Talán azokról a körülményekről sem lehetett beszélni, ahogyan az apa kivált a családból. Ezekről én is csak hiányosan, az eseményeket követően, jóval később értesültem az anyától.

Mire utal a büdös sün figurája, akit az anyával közösen ki-be tuszkolnak? Az apa, aki elment, elhagyta a családot, de a játékban ők maguk rakhatják ki, tehetik ki a szűrét? A másik nő, aki elvette az apát tőlük? Netalántán az anya? Itt érdemes az anya testszagának jelenségére is kitérni. A szaglás mint szenzoros érzéklet a dinamikus szenzoros integrációs terápiában fontos szerepet játszik. Az anya, aki oly keveset engedett láttatni, ezáltal is távol tartja a másik személyt magától. A helyzethez nem illő ruházat, az elhanyagolt külső depresszív tünet is lehet.

Kulcsfontosságú volt a rejtett agresszió megjelenése, amelynek jelenléte legtöbbször megtalálható a mutizmus kialakulásában. Ugyanilyen fontos volt a kuncogás, majd a hangos nevetés, amely az anyával folytatott játékban jelent meg, és a kislány első megszólalásának előzetes formáját jelentette. A kislánynak az anyjával való kap-

csolatát is élénkítette a terápia. Az apával folytatott játékban az intenzív forgatás, szédülés látható, ami egy másik értelmezésben talán olyan élményre is utalhat, amely a gyermek vagy az anya számára veszélyeztető volt, és ezt Emma megfigyelhette. Az elismerés, hogy az apa eljött kislányával együtt, Emma személyét fontosnak tartotta, alapvető jelentőségű lehetett Emma számára. Játék közben a családi életről, annak eseményeiről is beszélni lehetett, és a játékoknak ez irányú értelmezése, olvasata is lehetségessé vált.

Tavasz végén, kilenc hónapnyi terápiás munka után az anya örömmel számolt be arról, hogy mindenki nagy meglepetésére Emma megszólalt az óvodában, és azóta is beszél. A terápiát egy két gyermekkel folytatott, két terapeuta által vezetett „pre-csoportban" visszük tovább. Emma ősszel iskolába megy.

Irodalom

Kiesling, U. (2014): *Szenzoros integrációs terápia mint dialógus: Megértés, tanulás és fejlesztés a harmonikus fejlődés érdekében.* Medicina, Budapest.

Sáfrán Zs. (1996): *Lélekkapu: a megnyíló és bezáruló száj szimbolikája.* Psychiatria Hungarica, 11/6, 649–656.

Tarolás – Egy óvodás kisfiú játéka

Kunos Vera

A játék

A harc neve „tarolás". Eleinte színes műanyag kuglibábokat kell a padlón kiraknom, és Dani azokat különböző méretű labdákkal és hengerekkel ledönti. Gyakran meg sem várja, hogy újból felállítsam őket. Később már tornyot is kell építeni a kuglibábok mellé, de a kuglibábok a tarolás hatására így is ledőlnek. Órák telnek el ezzel. Dani örömében ugrál és tapsol egy-egy ledöntés után. A harc fokozatosan változik. Dani hetekkel később már a trambulinon ugrál, és nekem a teremben található labdákat kell különböző irányokból felé dobnom, hogy aztán ő az összeset visszaüthesse, visszadobhassa. Ez az önvédelem gyakorlása. Még később Dani a trambulinon halmoz fel különböző labdákat és hengereket. Ez az erőd. A trambulin mellé helyezett matracon építünk tornyot a műanyag hengerekből. Ezekre ugrik ki Dani az erődből, aztán később erőd nélkül ugrik. Teljes testtel dönti, tarolja le a nálánál jóval magasabb tornyokat.

Rövid esetleírásomban Dani két éven át tartó DSZIT-terápiájából a fejlődésében leghangsúlyosabbnak bizonyuló ismétlődő játéksort mutatom be, amelyet ő „tarolásnak" nevezett el. A kisfiú harcos játéka során a csak a fantáziájában lévő indulatok fokozatosan, hónapok alatt válnak egyre inkább egész testtel lejátszhatókká, kiszabadítva ezzel a gyereket feltűnően zárkózott világából. Dani eleinte DSZIT-csoportba jár, de ott alig nyilvánul meg. Gyakran bújik el egy sarokba, és ott egy műanyag hengeren lévő kört nyomogatva lövöldözik a képzelt ellenségre. A folyamatban testének egyre tudatosabb érzékelése hoz újabb és újabb fantáziaelemeket, amelyek segítik a továbbl érési folyamatot. A szűk fantáziatér a test és a mozgás segítségével tágabbá válik, ahol gyógyulni lehet, tartalma pedig egyre inkább kifejeződhet.

Dani története

A kisfiú szülei azért kérnek segítséget, mert Dani az óvodában és otthon is nagyon bátortalan és visszahúzódó. Mozgása lassú és kifejezetten bizonytalan. Zárkózottsága olyan mértékű, hogy már az óvónői is jelzik. A szülők maguk is elég bizonytalannak tűnnek, és igénylik a szakember tanácsát.

Dani első és panaszmentes várandósságot követően született, normál időben és súllyal, térarántalanság miatt császármetszéssel. Háromnapos korában a kórház újszülött intenzív részlegére került, ahol tüdőgyulladás miatt kezelték. Tíznapos korában került haza. Nyolc hónapos koráig szopott is, de főleg tápszert kapott. Az előzmények miatt fokozott figyelemmel kísérték a fejlődését. Négy-öt hónapos korától

másfél éves koráig rendszeresen jártak TSMT-re[1] a ferencvárosi korai fejlesztést ellátó intézménybe. Negyedévenként rendszeres neurológiai kontrollvizsgálata történt. Az izomtónus-eloszlási zavar miatt a szülőknek bemutatott gyakorlatokat rendszeresen végezték otthon is. Mozgásfejlődése megfelelően alakult. Beszédfejlődése azonban kissé elmaradt, ezért hallásvizsgálatot is végeztek nála. 21 hónaposan néhány szót mondott, de a beszéde végül háromévesen ugrásszerűen megindult. Ebben az időben került óvodába. Beilleszkedése lassan ment, sokáig sírt. Az anya elmondása szerint Dani nagyon érzékeny, empatikus kisfiú, de mások társaságában nehezen oldódik fel, önbizalomhiányos.

A Ferencvárosi Nevelési Tanácsadó (jelenleg: Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat IX. Kerületi Tagintézménye) munkatársai középső csoportos szűrővizsgálatot végeztek, mert az óvónők Dani fejlődését lassúbb üteműnek látták, és mert Dani az átlaghoz képest nagyon bátortalan, szorongó. Mozgáskoordinációja korától kissé elmarad. Csoporthelyzetekben szorong, szégyenlős. A vizsgálat szerint a fejlesztési területek a vizuomotoros koordináció, a verbális készségek, az önállóság és az önbizalom voltak. Kollégánk javasolja további mozgásvizsgálatát, és az eredmény függvényében mozgásterápia, illetve szorongása miatt csoportos pszichoterápia megkezdését.

Dani mozgásvizsgálatát Arató Domonkos kollégám végzi. A vizsgálat során a strukturált megfigyelések feladatait használja fel.[2] A vizsgálat leginkább a *bilaterális integráció és a tartási és egyensúlyi reakciók területén* mutat elmaradást. A labdadobás, -elkapás nagyon nehezen megy például, és az egy lábon ugrálás is alig. Az alapmozgásformák, az izomtónus, a reflexintegráció és az orális praxis rendben vannak. Az ujj- és kézmozgások, a dinamikus sorrendi praxis és az okulomotoros praxis terén enyhe elmaradás van jelen.

A fenti elmaradások és a csoporthelyzetekben jellemző kifejezett szorongása miatt kiscsoportos DSZIT-terápiát javaslunk.

Páros vezetésű csoportunkban, amelyet Arató Domonkos kollégámmal együtt vezetünk, Dani feltűnően bizonytalan és zárkózott. A kezdő verbális körben, a „Mi történt veled amióta nem találkoztunk?" kérdésre, szinte mindig számítógépes játékról beszél és arról sem sokat. A hetente ismétlődő alkalmak során a gyerekek egyre integráltabb, vidám és kreatív játékában, építkezésében nem vesz részt, hanem inkább egy sarkot keres magának, ahol az egyik műanyag hengeren lévő gombszerű kört nyomogatva úgy tesz, mintha lelőné az ellenséget. Ha ajánlatot teszünk neki a kapcsolódásra, gyakran kifejezetten ellenáll. Időnként páros játékban a vékony műanyag hengert kardnak használva harcol. Egy alkalommal gyógypedagógus hallgató hospitál a foglalkozáson, aki jól ráérez, és teljes figyelemmel Danival játszik. Danit ekkor egészen nyitottnak látjuk. Tornyot építenek együtt a különböző műanyag hengerekből. Ennek hatására erősödik bennünk a gondolat, hogy Daninak inkább az egyéni terápia segíthetne, mint a csoportos, amelyet korábban a szocializációs nehézségek

1 TSMT: tervezett szenzomotoros tréning módszer home-tréning és csoportos formákban (Lakatos Katalin, TSMT-terapeuta).

2 DSZIT strukturált megfigyelések feladatsor, amely az alapvető érzékeléses és mozgásos funkciók mellett az ősi, primitív reflexek vizsgálatát is tartalmazza.

miatt éreztünk alkalmasnak. Megfigyeléseink alapján a *szenzoros szabályozás zavarai* közül leginkább a *csökkent érzékenység, tompaság* jellemző rá, mintha nem jutna el hozzá a környezet: apátia, letargia, motivációhiány jellemzi, szociálisan és az explorációban is. Az egyszemélyes figyelem és az ebben rejlő kapcsolódási lehetőség azonban egyértelműen nyitottabbá és motiváltabbá teszi. Felvetődik bennünk a csoportot megelőző egyéni terápia eshetősége, mint ami jobban tudná orvosolni Dani szorongásának mélyebben rejlő okait.

A következő fontos lépés a szülőkonzultáció, ahol a fent leírtakat a szülőknek is elmondjuk és javasoljuk a számítógép-használat korlátozását. Az anya szinte fellélegezve mondja, hogy ha ezt a szakember mondja, akkor meg fogják tenni, és bármilyen nehéz is, néhány órára korlátozódó „játéknapokat" fognak bevezetni, máskor pedig nem engedik majd a számítógép használatát. Nehéz dolog ez, mert az apa maga is gyakran ül a gép előtt. Sok mai szülőnek lehet hasonló problémája, és valóban nagy kihívás, hogy míg maguk korlátlanul használják a digitális eszközöket, addig gyermeküknek egy egészséges arányt kell biztosítaniuk a képernyő előtt, illetve a szabad játékkal és mozgással töltött idő között.

Dani a következő fél évben heti rendszerességgel egyéni DSZIT-terápiára kezd járni hozzám, ahova az édesapa hozza. A folyosói várakozás közben közelség figyelhető meg apa és fia között. A számítógép használatának korlátozásához a szülők következetesen ragaszkodnak, a kisfiú pedig elfogadja, és helyette gyakran apró figurákkal játszik otthon, és többet mozog a szabadban.

Dani az órákon egyre felszabadultabb, és a következő játékot játssza. Eleinte a kis műanyag kuglibábukat kéri, hogy állítsam fel, és ő különböző méretű labdákkal azokat ledönti. „Tarolásnak" nevezi a játékot. Meg se várja, hogy újra felállítsam, és máris dönti le őket óriási lelkesedéssel. Alkalmakon keresztül történik, hogy én guggolva, ülve vagy hajolgatva állítom fel a kuglibábokat újra és újra, Dani pedig tarol. Fizikailag nehéz és nagyon egyhangú cselekvés ez nekem, de az örömét látva érzem, hogy ez a feladatom, mert valahol itt van a megoldás. Hetente egyszer, majdnem egy egész órában ez a feladat. Egyhangú és unalmas és fizikailag is nehéz, de csinálni kell. Ez az ő tere, ez az ő ideje, ez az ő kívánsága.

További játékok

Két további játékot említenék meg, amelyek a „tarolás" játék ebben a terápiás folyamatban végső formájához elvezettek. Más játékok, de a cél észrevehetően ugyanaz. A hatékonyság megélése, az énfejlődés. Emellett a mozgásbeli bizonytalanságok is javulnak, és oda-vissza hatás valósul meg a fejlődésre szoruló területek között.

Az egyik játékban Dani a trambulinon ugrál. Egyre magasabbra és magasabbra. Közben nekem az a feladatom, hogy különböző méretű labdákat dobáljak felé – az ő igénye az, hogy a teremben található összes labdát használjuk fel –, és én ehhez azt teszem hozzá, hogy különböző váratlan irányokból dobom őket. Dani nagyon élvezi, felkészülten várja, és különböző testrészeivel üti vissza a labdákat. Kézzel, térddel,

fejjel, lábfejjel, ahogyan épp a legjobban sikerül. Egy idő után már maga kéri: „Most fejre!", „Most térdre!"... A kisfiú, aki a mozgásvizsgálat során alig tudott labdát dobni és elkapni, most egyszerre 10-15 labdával ügyeskedik.

A másik játékban a matracot kell odatámasztanom a bordásfalhoz, és Dani alul megrúgja azt. Ilyenkor vagy magától, vagy kis segítségemmel a matrac ledől. Dani lelkesen szalad ki alóla, és élvezi, hogy a ledőlő matrac szele eléri a testét, borzolja a haját. Ügyesen megmenekül itt is a saját maga által provokált „nagy veszélyből".

Így érkezünk el fokozatosan az írásom elején leírt játékhoz, amely a legkiterjesztettebb. Dani a trambulinra épít. Maga köré tesz sok és sokféle méretű labdát és hengert. Bebújik közéjük és ilyenkor ez az erőd. Matracot teszünk a trambulin elé, és arra további hengerekből tornyot épít. A magas torony tetejére még egy kislabdát is teszünk. Egészen emberforma, gondolom most utólag. Dani kitör a trambulinon a labdák közül, vagy máskor csak egyszerűen elugrik a trambulinról, így veti magát teljes testével a matracon álló tornyok felé, és dönti le azokat. Ezzel a játékkal is heteken keresztül játszunk. „Még egyszer, még egyszer!" – kiáltja.

| Kunyhóépítés, lezáró játék

Később elérkezik az idő, amikor Dani annyira biztonságban kezdi magát érezni, hogy saját kunyhót épít. Úgy tűnik, hogy a terápiás folyamatot ez a játék zárja le, hiszen lassan közeledik az év vége, Dani hamarosan iskolába megy. Matracot teszünk a földre és műanyag hengereket állítunk rá. A hengerek tetejére egy másik matracot teszünk. Dani puha takarókat és labdákat kér maga mellé. Nekem is keresnem kell egy saját helyet, amely a nagy felállított trambulin mögött lesz. A padon ülhetek mögötte, nekem is van 1-2 labdám. Éjszaka van. Be kell csuknom a szemem. Akkor indul Dani vadászni. „Reggel" pedig büszkén mutathatja szerzeményeit.

Az egyéni terápiát azért is kellett kissé hamarabb lezárnunk, mert akkor éppen kisbabát vártam, és a várandósság nyolcadik hónapjában már nem tudtam felelősséggel az egyéni DSZIT-terápiához szükséges teljes jelenlétet vállalni. Így szinte adódott a lehetőség, hogy mintegy hatékonyságvizsgálatként, Dani néhány alkalommal újra kipróbálja magát csoportban. Ezidőtájt megint elvégzem a szenzoros integrációs megfigyeléseket, amelyek alapján elmondható, hogy a mozgáskoordinációs nehézségek sokat javultak.

| Dani újra csoportban

Dani a tanév végéig hátralévő 4 alkalomra egy már futó csoportunkba kapcsolódik be, amelyet Nemes Andrea kolléganőmmel együtt vezetünk. Ez jó alkalom arra is, hogy a kétéves folyamat végén megláthassuk a változásokat szocializációs szempontból is. Hová jutott a kisfiú, aki az első csoportfolyamatban csak a sarokban ülve lövöldözött? Kommunikációs és szocializációs szempontból is egyértelmű a változás. A nyitó körben alig várja, hogy szólhasson, és kissé nehezére esik egy helyben maradni,

időnként már szabályozni kell. A játéka pedig a kunyhóépítés, hiszen itt tart most, és a saját a folyamatát viszi tovább. Ebbe a kunyhóba viszont már vendégeket is hív, gyerekeket a csoportból. Van, hogy mennek, de van úgy is, hogy éppen nem érnek rá. Új kihívások kezdődnek egy már a „harcokban" megerősödött kisfiú számára.

Az év végére – a szülők és az óvoda visszajelzése alapján is – Danit mintha kicserélték volna. Ez a kétéves folyamat eredménye, amelynek során csoportos, majd egyéni terápián vett részt, azután újra egy ízelítőt kapott a csoportos terápiából. Biztonságosabban mozog, sokkal nyíltabb és bátrabb. Néhányszor az óvodai pszichológussal is konzultálok, aki azt jelzi, hogy az ottani csoportfoglalkozásokon és külön drámafoglalkozásokon Dani sokkal inkább megnyilvánul, mint a DSZIT-terápia előtt, sőt annyira sokat változott, hogy nincs már szükség a foglalkozásokon való további részvételére. Nagy örömmel meséli az anya az utolsó találkozásunkkor, hogy Dani a választott iskolájába mehet, ahol valószínűleg nem is lesz szükség további fejlesztésre. Ebben a komplex folyamatban az érés, a szülők változása és változtatása, az óvodai megkülönböztetett figyelem mellett az egyéni DSZIT-terápia hangsúlyos szerepet játszott.

| A játék elemzése

Dani a DSZIT-foglalkozásokon lassan, fokozatosan vonhatja be magát, a teljes testét, és ezáltal az énjét egy játékfolyamatba, amelyben az önindította mozgások során megélheti saját hatékonyságát. Tarol. Először egy ujjal képzeletbeli gombot nyomva, aztán két karral és saját lendülettel különböző nagyságú és nehézségű labdákat dobva. Mivel ezt is lehet, ezt is ítélkezés nélkül kísérni tudom, azaz kapcsolódom hozzá, képes beleengedni a teljes testét és teljes önmagát a játékba. Annyiszor élhette meg saját hatékonyságát, ami elegendő lehetett ahhoz, hogy azt önmagába beépítve, a hétköznapokba is kivihesse. Az ösztönös igény a belső feszültség harcolásban való levezetésére és az önmegmérettetésre korábban is megvolt, de az eszköz a mozgásbeli bizonytalanság, a szabályozatlanság és éretlenség miatt gátolt volt. Minden megtörténhetett a virtuális világban és a fantáziában, miközben a test lehetőségei nem nyilvánulhattak meg, és a kapcsolatok egyre inkább korlátozódtak. Az ősi igényt (harc, önvédelem, énhatékonyság) a DSZIT-terápiában megélhette, ami a test és a mozgás közvetítésével a fantázia terét is tágította, újabb hasznos képzeletbeli játékokkal telítve meg azt. Ezek aztán újból lejátszhatóvá válnak. Akadálytalan és lágy körkörösség alakul.

Vadászat-gyűjtögetés – Egy nyolcéves kislány játéka

Kunos Vera

| A játék

A dinamikus szenzoros integrációs terápia (DSZIT) során Reni a teret vadászmezővé alakítja. Törzsi kunyhót építünk, ahol nekem, aki a játékban az anyja vagyok, várnom kell őt és főzni. Ő pedig a főzéshez vadászattal és gyűjtögetéssel szerzi meg az élelmet. Ezt a következőképpen teszi: egy áttetsző, rugalmas és zsákszerűen összevarrt anyagot használ, amelybe bele szoktunk bújni. A piros anyag annyira vékony, hogy ha belebújunk, akkor kilátunk belőle. Ő most nem bújik, hanem a szobában lévő összes apró eszközt, műanyag tüskés lépegetőt, a zsonglőrkészlet darabjait és különböző méretű labdákat tesz bele. Ha húsféle, akkor levadássza, ha zöldség vagy gyümölcs, akkor összegyűjti. Végül már annyira nehéz a zsák, hogy majd kiszakad. Akkor nagy nehezen hazahúzza a kunyhóhoz, és örömmel kipakolja a szerzeményeket, amelyeket megfőzünk és megeszünk. Ez a játék, a később leírtak mellett szinte minden órán megjelenik. Keretet és teret biztosít a továbbiakhoz.

| A DSZIT-terápia kezdete

Esetleírásomban egy nyolcéves örökbe fogadott kislány, Reni, DSZIT-terápiájából mutatok be néhány hangsúlyos részletet. Az előző esethez hasonlóan,[1] itt is az ember ősi önfenntartó ösztöne keretezi a játékot. A fő probléma itt azonban nem a zárkózottság, hanem a túlzott nyíltság. A korai hospitalizáltságból fakadó szocializációs és testtudati nehézségekről van szó. Reni gyakran nem érzékeli, hogy kit lehet megölelni és mekkora erővel. Eleve nagyobb egy kicsit, mint a korosztályának átlaga, és gyakran túl nagy erővel megy neki dolgoknak vagy embereknek. Időnként még mindig nem érzékel egyes testi funkciókat, bár ebben az éréssel és a szociális miliő változásával az örökbefogadás óta jelentős változások történtek. A terápia kezdetének időszakában éppen egy maximálisan elfogadó, személyközpontú iskolába kezd el járni, amikor problémává válik, hogy nehezen korlátozza magát, amikor az étel megszerzéséről van szó. A nem újszülött korban örökbe fogadott gyerekeknél gyakori az étel szeretettel való azonosításának túlzott mértéke. Ilyen körülmények között kezdjük meg az egyéni DSZIT-órákat, heti rendszerességgel. Nagyon nehéz korai időszak az, amelynek feldolgozására Reninek szüksége van. Tünetei a szenzoros szabályozás zavarát és

1 Kunos Vera *Tarolás – Egy óvodás kisfiú játéka.*

extrém testtudati hiányosságokat mutatnak. A szeretet állandó gyűjtését – amelyet az örökbefogadottaknál gyakran az étel megszerzéséhez való féktelen viszony jellemez, egy ősi vadászat-gyűjtögetés játékkal kezdi meg, ez a fantáziajáték viszi tovább újabb játékok felé, amelyekben saját testének valós érzékelése egyre inkább lehetővé válik, és elindulhat az önfékezés, önszabályozás. A komplex játékokban megjelenik a mi kapcsolatunkban lévő bizalom is. Egy biztonságos kapcsolat az, amelyben komplex módon játszani lehet. Bele lehet merülni a játékba, hisz nincs mitől félni. Az ingerek és a bizalom egyaránt fontosak ehhez. Egy kreatív fantáziatérből indulunk, ahol később a sokoldalú mozgásos gyakorlás során igyekszünk újra a reális testtudat és a realitás felé.

Reni története

A kislányt 3 éves korában fogadták örökbe értelmiségi szülei. Pontosan a harmadik születésnapján került hozzájuk. Előtte egy hónapig találkozhattak a nevelőszülőnél, ahol Reni kilenc hónapos kora óta élt. Ezt megelőzően e csecsemőotthonban látták el, ahová rögtön a születése után került. Vér szerinti anyja, aki értelmi fogyatékosként gyámság alatt volt ebben az időben, tehát terhességének idejében is, nagyon rossz szociális miliőben élt, és nem akarta megtartani. Ennek ellenére a gyermek valószínűleg gondozott terhességből, a 40. hétre született meg 3430 g súllyal, 54 cm-el, Apgar-értéke 7/10 volt. A szülés valószínűleg könnyen zajlott, mert a vér szerinti anya hamar elhagyta a kórházat. Többé-kevésbé tehát egészségügyileg kontrollált helyzetekben töltötte legkorábbi éveit. A csecsemőotthonban töltött kilenc hónapjáról keveset lehet tudni, de valamilyen szintű hospitalizáltság valószínűsíthető. Ekkor került nevelőszülőhöz, ahol rajta kívül 8 másik gyerek élt, köztük többen kicsik. Az anya elmondása szerint a nevelőszülő ellátta a gyerekeket, de inkább futószalagszerűen. Kicsit olyan volt a helyzet, mint egy bölcsődében. Ha a kislány például elesett, volt kihez odafutnia, és akkor ölelést kapott, de megkülönböztetett figyelmet semmiképpen. Jellemző, hogy Reni sok időt töltött kórházban, mert kruppos rohamai voltak, amelyeket a nevelőanya nem tudott otthon ellátni. Önnyugtató mechanizmusokra következtetni lehet, mert amikor örökbefogadták, nagyon gyakori volt, hogy jaktálással nyugtatta meg magát. A fejét a párnába ütögette közben. Ez fél évig volt jellemző, majd fokozatosan elmúlt, azonban öningerlő cselekvések továbbra is felbukkantak nála.

Reni háromévesen még nem beszélt. Küzdelmes évek következtek, amelyet a szülők végtelen sok empátiával és türelemmel viseltek. Nagyon nehéz volt eleinte megnyugtatni. Az odabújás nem használt. Az ölbevételt igényelte, de nem tudott megnyugodni benne, a finom simogatást nem tudta elviselni. Kifejezetten erős ingereket preferált. A hintázást nagyon szerette, többféle formában is. Szobatisztasága igen későn alakult ki, mert nem érezte az ingert.

Az óvodai beilleszkedése sem volt könnyű, de az óvodában jól tolerálták Reni másságát, és szerették őt. Jellemző volt, hogy mindenkinek az ölébe ült, ahogy ez az intézetben nevelkedett gyerekeknél gyakori. Nagyon sok ingert igényelt, és társainak is gyakran nekiment, túl erősen ölelte őket, hogy kifejezze szeretetét. A nevelési tanács-

adó munkatársai által végzett középső csoportos szűrővizsgálat során azt állapították meg, hogy a *motoros minták terén és a vizuo-perceptuo-motoros területeken* nagyobb az elmaradása, és – ahhoz képest, hogy háromévesen még nem beszélt – *a nyelvi készségek területén* életkorának megfelelő szintű. Ebből is valószínűsíthető, hogy a nyelvi elmaradás a hospitalizáltság átmeneti tünetegyütteséhez tartozott.

A kötődési és egyéb nehézségek miatt pszichológust kerestek fel. A pszichológus felvetette az esetleges értelmi elmaradás lehetőségét is. Ezt kontrollálták, és egyértelműen nem bizonyult valóságosnak. Hatéves korában végezték az IQ vizsgálatot, hogy képességeivel tisztában legyenek a terelhetőség és az elvárások vonatkozásában. Az intellektuális képességek sztenderdizált mérőeszköze szerint (WISC-IV) Reni a kortársakkal való összehasonlítás alapján átlag feletti intelligenciaszinten funkcionál. A verbális területeken magas értékpontokat szerzett, de emellett jellemző volt az adatok feldolgozásának gyorsasága, a rugalmas kogníció és a jó figyelmi teljesítmény.

Az erre irányuló vizsgálaton Reni iskolaérettnek bizonyult. A grafomotoros képességeket, valamint a feladattartás-önszabályozás képességét találták fejlesztésre szorulónak.

Az iskolában fokozódtak a problémák, mert kevésbé fogadták el a pedagógusok a szabálykövetési nehézségeket, és a gyerekekkel is konfliktusai voltak. Iskolaváltás lett a megoldás. Ebben az időben kezdhettem meg vele a DSZIT-terápiát, heti rendszerességgel, egyéni formában. Jellemző, hogy még mindig vannak kiszámíthatatlan reakciói, főleg a kötődéssel kapcsolatos helyzetekben, és saját testének érzékeléséhez fűződően.

A DSZIT-terápiára tehát a különböző testtudati és szocializációs problémák miatt van szükség. A kislány gyakran egyáltalán nem érzi saját magát, nem tudatosítja tetteinek következményeit, miközben az intelligenciaszintje átlag feletti. Koncentrációs és figyelmi problémái vannak. Gyakran tényleg úgy tűnik, mintha az értelmi szintje lenne alacsony. Amikor testileg elfárad, a figyelme lanyhul, ilyenkor sokkal rosszabb intellektusúnak tűnik, mint amilyen valójában, és emlékezeti problémái is vannak. Gyakran viszont meglepően figyelmes és kreatív. A *szenzoros szabályozás zavara* jellemző rá tehát, *szenzoros élménykereséssel*. A sok rosszul strukturált inger túlfuttatja az arousalt, és még kevésbé lesz szervezett a viselkedése. Az ok pedig a korai környezet depriváltságának hatása a szenzoros integrációra és ezen keresztül az érzelmi stabilitásra, az értelmi fejlődésre, és a viselkedés összerendezettségére.

Reninek egészen különleges viszonya van az ételhez, nagyon nehezen tudja kontrollálni magát, amikor az étel megszerzéséről van szó. Előfordult, hogy elvette az édességet másoktól, és aztán letagadta, hogy ő vette el, vagy valóban nem is emlékezett rá. Ezzel a jelenséggel kapcsolatos az a fő játék, a *vadászat-gyűjtögetés*, amely keretet biztosított a további nagyon komplex, integráló játékokhoz.

| További játékok

Amikor pályát építünk az eszközökből, annak az elején az alagút található. Néhány alkalommal Reni a következőt játssza: az alagutat teleteszi tüskés labdákkal és lépegetőkkel úgy, hogy alig tudja átverekedni magát közöttük.

Reni a csúszdát teszi egyre és egyre magasabbra a bordásfalon, és lecsúszik. Egy alkalommal azt kívánja, hogy ugyanezt zokni nélkül tegye meg úgy, hogy a fenekén ül, a lábát felhúzza, és meztelen talpaival fékezi magát. Felkiált: „Milyen jó érzés a lábfejemnek, ahogy hajlik és kinyúlik újra!"

Többször ismételt játéka még, hogy fejjel előre lehasal a műanyag gördülő deszkára és a felajánlott gumikötél két végébe kapaszkodva kézzel húzza előre magát, amíg a gumikötél engedi. Először egyik kézzel, majd másik kézzel húzza. Így irányítja magát, miközben lefelé néz inkább, tehát nekem is – aki a gumikötelet a közepénél tartom – nagyon kell vigyáznom, hogy ne menjen neki semminek. Később ez a játék úgy változik, hogy az összecsukható lapokból álló, leporellószerű tornamatracot ki kell nyitnom teljesen, és ő – miközben a műanyag gördülődeszkán hasalva a gumikötelekkel irányítja mozgását – azt a célt tűzi ki magának, hogy a matracot a fejével kell összecsuknia.

Néhányszor előfordul az is, hogy Reni az egy ponton felfüggesztett, esernyőselyemből készült narancssárga függőágyba belefekszik. Teljes testében kinyújtózva teszi ezt, vagy időnként felhúzott lábbal összegömbölyödik. Elkezdem pörgetni. Irányít, hogy milyen tempóban tegyem. Egy rövid idő után jellegzetesen elcsendesedik. Nagyon mély csendesség ez. Nem akarom megzavarni. Gondolkodom, hogy szóljak-e valamit, de aztán valahogy nem megy. Csak erőltetettségnek érzem. Egy idő után maga bontakozik ki, kiszáll, és minden megilletődöttség nélkül indul tovább a játéktérben. Megilletődött inkább csak én vagyok.

Ha a vadászmező éppen egy dzsungel, akkor ott vannak fákról lelógó liánok is, amelyeken sok minden gyakorolható. A térhágcsóba harmadik fokán kapaszkodik Reni, miközben az egyik nagyalakú gömblabdán ül. Alá matracot helyezek, a közel lévő falszakaszhoz szintén matracot állítok. Ezek a biztonsági intézkedések eleinte az én ötleteim, de aztán már ő is kéri őket, amikor erre a játékra utal. Ellendíti magát, a labda kicsúszik alóla. Kapaszkodva leng a térhágcsón, amíg le nem huppan az alatta lévő matracra. Néha kicsit beüti magát. Akkor jajgat egy keveset, majd tudunk róla beszélgetni, hogy hol fáj és mennyire.

A nyári lezárás előtti utolsó néhány órán a zsonglőrkészlettel játszunk. Háromféle színű buzogány és mindegyik színből egy-egy könnyű karika és egy-egy kislabda. A karikát eldobom, és Reni a buzogánnyal megpróbálja a levegőben elkapni. A labdát dobom, azt pedig megpróbálja visszaütni. Azután szerepet cserélünk. Ez a zsonglőrködés nem megy neki túl könnyen. Gyakran leejti a karikát vagy melléüt a labdának. De nem adja fel. Van, hogy a teljes órán ezt akarja játszani. Közben elmeséli, hogy mennyire rosszul esik neki, amikor társai játék közben azt mondják neki, hogy milyen béna. „Nem akarok béna lenni" – mondja. Ugyanilyen gyakorlójáték még, amikor egész órán szinte az előre- és a hátrabukfencet gyakorolja. Két-három zsámolyról a matracra ugrik, bukfencezik és vissza. Közben azt meséli, hogy a gyakorlástól fog majd ügyesedni, ahogy a nagypapája mondta neki.

Megemlítem még, hogy minden egyes órát úgy zárunk le, hogy mielőtt jönnek érte, ő elbújik. Az anyukájának meg kell találnia. Újabb és újabb helyekre bújik, gyakran tényleg alig fér el. Hiszen ő elég nagy és magas. Ez az elbújós játék inkább egy 2-3 éves gyerek kedvence lehet. Neki viszont 2-3 éves korában nem volt ki elől elbújnia. Most kell megtennie. Ehhez rendelkezésére áll a terápiás tér, és az anyukája is érti, hogy ez egy olyan játék, amelyhez neki is ott kell lennie. Ebben segítek neki azzal, hogy amikor beengedem a terembe az óra végén, felvezetem Reni elbújását, pont úgy, ahogyan egy fiatalabb gyerek esetében tenném. Az utolsó néhány órán, amikor előfordul, hogy sietniük kell, és nincs idő keresni, látszik, hogy ha kell, már tudja magát szabályozni. Közeledünk a realitáshoz.

| A játékok elemzése

A játékrészletek jó példák arra, hogy a DSZIT-terápiás tér és eszközök hogyan hozhatnak a verbalitás előtti korai hiányok miatt testtudati érzéketlenséggel küzdő gyereknek lehetőséget arra, hogy megérezze saját magát. Akár a teljes testfelületét, akár csak részleteit. Lassan befogadhatja saját magát egy a játékos mozgások általi fokozatos integrációban.

Mindehhez adott számára egy kezdő fantáziabeli tér, amelyet a DSZIT-teráplás eszközök segítségével kifejezhet, kihelyezhet magából, hogy azután abban fejlődjön tovább. Ez a tér a vadászó-gyűjtögető ősember tere, amely néha dzsungelszerű, kapaszkodásra alkalmas, lelógó indákkal. Néha olyan, mint egy hegyvidék, ahol felmászni és lecsúszni lehet. Kipróbálni a mezítlábasságot, megérezni a saját lábfejet, amelyen állunk, amellyel a talajt, az alapot érzékelhetjük, és amely tele van az egész testünkre ható reflexzónákkal. A lábfej érzékelése is egy lehetőség a testtudatosság további kiterjesztésére az egész testre – ennek hiánya az ő esetében a szobatisztasági problémák egyik oka lehet.

E térnek a közepén mindig ott van az otthon, ahol anya várja, és főz neki. Az ételt mint alapanyagot Reni szállíthatja. Ő kontrollálja az étel mennyiségét, ami sok. Nagyon sok. A kreatív vadászat-gyűjtögetés játék segítheti az étellel kapcsolatos maladaptív szabályozatlan viselkedés tudatosítását, és szocializáltabb mederbe terelését.

Ebben a térben a tüskés tárgyakkal kibélelt alagútból barlang is lehet, amelyben a kislány lejátszhatja az esetleges „tüskésséget" a születéskor, hiszen a vér szerinti anya valószínűleg nem fogadta el őt. Erős taktilis ingerlés ez.

Egy-egy játék, mint például a gumiköteles önirányítás a műanyag gördülő deszkán nagyon komplex, amennyiben benne van a vesztibuláris ingerlés, az önfékezés, az önszabályozás és a bizalom próbálgatása is. Egyben reflexleépítő mozgássor is ez.

A függőágyban pörgés és a mély lecsendesedés tényleg abba a világba és állapotba viszi őt és visz mindkettőnket, ahol egyértelműen nincsenek szavak, és a szavak nélkül is gyógyító erejű.

A totyogó kisgyerek kimaradt elbújós játéka is megjelenhet ebben a térben. Hiszen ha ő hozza, akkor szüksége van rá, fontos, hogy kísérjük benne. Mindenféle alá el-