

Molnár Erzsébet:

Szenzoros Integrációs Terápiák a pszichológiában

A pszichoterápiát - mint gyógyító eljárást, közvetlen emberi kommunikáció útján - nagyon gyakran „misztikus köd” övezi. A XVIII. kerületi Nevelési Tanácsadóban szerzett pszichológusi – pszichoterápiás tapasztalataink azt mutatják, hogy a pedagógusok, a szülők és a gyerekek számtalanszor fogalmazznak meg olyan, bennük felvetődő kérdéseket, melyek a pszichológiai beavatkozások formájára, módszereire, lényegére vonatkoznak. Ezért az alábbiakban szeretnénk ezeket a kérdéseket megválaszolni egy rövid tájékoztató formájában, melyet intézményünk pszichológus-team – megbeszélésein fogalmazzunk meg.

A pszichológiai beavatkozásoknak két lényeges formáját különíthetjük el: a diagnózisalkotást és a pszichoterápiás beavatkozást. Mindkét típusú beavatkozásnál szükséges néhány alapvető feltétel, melyeket biztosítanunk kell.

Ide tartozik a megfelelő tárgyi feltételek és körülmények megteremtése (ülőalkalmatosságok, csendes, nyugodt, elszeparálható helyiség), a titoktartás, valamint a szakember feltétel nélküli elfogadása, hitelessége, empátiája.

Alapvető különbség a pszichológiai diagnózisalkotás és pszichoterápia között a találkozások számában és a cél kijelölésében van. A vizsgálati – diagnosztizálási periódus csupán egy vagy néhány alkalomra vonatkozik. Célja, hogy az eredmények tükrében a megfelelő beavatkozásra tegyünk javaslatot. A Nevelési Tanácsadóban ilyen jellegű vizsgálatok a tanulási – magatartási – beilleszkedési zavarok diagnosztizálása, az iskolaérettségi vizsgálat, vagy egyéb szűrővizsgálatok. Ezeket a vizsgálatokat az általános megfigyelésen kívül diagnosztikus tesztekkel végezzük.

A pszichoterápiás beavatkozások az első alkalommal megfogalmazott szóbeli szerződés alapján időben néhány alkalomtól akár több száz alkalomig terjedhetnek. A pszichoterápiának nem alapfeltétele a precíz diagnózis és szakvélemény, ugyanakkor a Nevelési Tanácsadóban gyakran megelőzi egy vizsgálat a terápiát. A terápiás beavatkozás célja ugyancsak az első alkalommal kerül megfogalmazásra, de ez a folyamat során változhat, módosulhat.

A pszichoterápiás órák gyakorisága általában rendszeresen heti egy alkalom, egy foglalkozás időtartama többnyire 45-50 perc. Mindez ugyancsak módosulhat, melyet több tényező is befolyásolhat: a páciens kora, a probléma súlyossága, a terápiás beavatkozás típusa alapján. A csoportos pszichoterápiák időtartama például általában másfél óra.

A Nevelési Tanácsadóban a pszichoterápiás beavatkozások formája lehet csoportpszichoterápia gyermekeknek, családterápia, egyéni pszichoterápia gyermekeknek, valamint néhány alkalmas konzultáció (mely voltaképpen rövid terápiás beavatkozás) szülővel vagy pedagógussal.

A serdülő és felnőtt pszichoterápiák esetén általában terápiás beszélgetésekről van szó, mely lényegesen különbözik a baráti beszélgetésektől. A baráti beszélgetések alkalmával a beszélgetőpartner többnyire saját szemszögéből ad tanácsot, esetleg lehetnek előítéletei, rossz tapasztalatai az adott problémával kapcsolatban. Ugyanakkor a pszichoterápiás beszélgetés során a terapeuta a páciens szemszögéből igyekszik a problémát látni és láttatni, nem ad egyértelmű tanácsot. A megértő légkörben maga a páciens válik képessé átlátni és megoldani problémáját. Mindazonáltal a páciens nem tereljük egy meghatározott irányba, a beszélgetést önmaga irányítja. Emellett nem vállal kockázatot a serdülő, vagy felnőtt, amikor önmagáról olyan dolgokat mond el, melyek nyomasztják és esetleg korábban nem tudta mindezeket senkivel megosztani. A pszichológus természetesen nem hallgat, hanem mindazt, amelyet a páciens elmond, megpróbálja érthetőbbé, világosabbá tenni, az elmondottak jelentőségét minél pontosabban visszatükrözni. Ezzel nagymértékben hozzájárul ahhoz, hogy a páciens önmagát, érzéseit, vágyait, szándékait és azok ellentmondásait jobban megértse. A pszichoterápia célja ebben az értelemben, hogy a páciens önmagával tisztába jöjjön, a megértő légkör hatására önmagával nagyobb egyetértésben legyen képes élni, panaszai, nehézségei csökkenjenek. Mindehhez a páciensnek nyíltan kell beszélnie az őt nyomasztó problémákról, konfliktusokról, mely a megértő légkörben a terápiás órák előrehaladtával válik egyre könnyebbé.

Gyermekterápiák esetén elsősorban indirekt módszereket alkalmazunk, mely többnyire játék, rajz, festés. A gyermekek még kevésbé tudják megfogalmazni problémáikat, nehézségeiket, érzéseiket, ezért szükséges, hogy rajzban, játékban fejezzék ki azokat. Játékaik, rajzaik alapján kaphatunk képet belső élményvilágukról, félelmeikről, nehézségeikről, megküzdési módjaikról. Ezeken az eszközökön keresztül lehet például feldolgozni az esetleges lelki traumákat, fájdalmakat. A gyermekterápiák során folyamatosan együttműködünk a szülővel, vagy minden foglalkozás végén, vagy néhány óra elteltével újra és újra konzultálunk a gyermekről.

A terápiás technikák mind gyermekeknél, mind felnőtteknél nagyon széles körűek. Vannak direktívebb és kevésbé direktív módszerek. A technika megválasztásánál a szakember a problémának és a személynek megfelelően dönthet. A Nevelési Tanácsadóban gyermekeknél rajz- és játékterápiát, valamint viselkedésterápiás elemeket, relaxációt és NLP-technikát alkalmazunk. Ez utóbbiak aktivitást és szorosabb együttműködést igényelnek a gyermekektől és szüleiktől. Esetenként otthoni feladatvégzéssel is járnak.

Serdülő és felnőtt terápiák esetén a terápiás beszélgetések mellett feltáró analitikus terápiát, kognitív- és viselkedésterápiát, relaxációt, NLP-technikát alkalmazunk. Hasonlóan a gyermekterápiákhoz, mindig a páciens személyisége és problémája indokolja a terápiás technika megválasztását. Ugyanakkor számtalan esetben ún. integratív szemléletben dolgozunk, vagyis egy hosszabb terápiás periódus alatt több technikát is alkalmazunk, gyermek és felnőtt terápiák esetén egyaránt.

A Nevelési Tanácsadó profiljába tartozik továbbá a családterápiás ellátás, melynek során szakembereink egész családokkal, vagy szülőpárokkal dolgoznak, hiszen számtalan esetben a családon belüli kommunikáció zavara és egyéb problémái okoznak annak tagjaiban pszichés vagy pszichoszomatikus tüneteket. Emellett gyermekeknek csoportpszichoterápiákat is szervezünk, melyek menetéről, időtartamáról, kereteiről a szakemberek a szülővel és a gyermekkel egyaránt egyeztetnek. Az alkalmazott technikák csoportok esetén önismereti, szorongásoldó kognitív - viselkedésterápiás, valamint pszichodráma jellegűek lehetnek. Gyermekeknél minden csoporttechnikát játékokba ágyazottan alkalmazunk.

A szülők, gyermekek, pedagógusok gyakran bizonytalanok abban, kinek van szüksége pszichoterápiára, mikor indokolt a Nevelési Tanácsadó pszichológiai szolgáltatásait igénybe venni. A pszichés tünetek nagyon sokfélék lehetnek, nem kizárólag lelki, hanem gyakran testi problémák, betegségek formájában jelentkeznek. Voltaképpen minden olyan pszichés és pszichoszomatikus tünet esetén érdemes felkeresi egy pszichológust, amely a normálisnak mondható életvezetést mind gyermekek, mind felnőttek esetén megnehezíti. Ilyenek lehetnek például a túlzottan negatív gondolkodásmód, alaptalan félelmek, alvászavarok, az alkalmazkodás, a magatartás szembetűnő eltérései, a kapcsolatteremtés és a szoros kapcsolatok kialakításának zavara, szervi ok nélküli testi fájdalmak, testi működési zavarok, gyermekeknél a testi funkciók zavarai (bevezelés, beszékelés, beszédzavarok, túlmozgások), vagy a különböző, lelkileg traumatizáló helyzetekben (válás, haláleset) kialakult tünetek.

A tünetek mérséklődése nem jelenti egyúttal a teljes gyógyulást, hiszen a terápiás folyamat során a valódi pszichés háttértényezők rendeződése akár 15-20 alkalom után kezdődik el. Emellett a terápia során gyakran egy részleges javulást követően időleges

viSSzaesések következhetnek be, mely a pszichoterápiák szükséges velejárója és ezt a belső lelki folyamatok változása indokolja.

A pszichoterápiák sarkalatos pontja, legyen szó akár gyermek akár felnőtt terápiákról, a motiváció. Amennyiben a páciens nem kellően motivált a terápiás beavatkozásra, az épp úgy hat, mint amikor az orvos által felírt, szükséges gyógyszereket és diétát nem tartja be a beteg. Noha elmegy kontrollra, mégsem javul. Ezért hangsúlyozzuk, hogy a motiváció hiánya ellentétes hatású a terápiás hatékonysággal, ugyanakkor a motiváció felkeltése a pedagógusok, hozzátartozók, pszichológusok segítségével gyakran elérhető.

Végezetül arról, kihez forduljunk, ha pszichoterápiára van szükségünk. Pszichoterápiát kizárólag egyetemi diplomával rendelkező pszichológusok és/vagy pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező szakemberek (általában orvosok és pszichológusok) végezhetnek. A XVIII. kerületi Nevelési Tanácsadóban a pszichológiai szolgáltatások két úton, a kerület oktatási-nevelési intézményein keresztül, valamint önkéntesen, közvetlenül a Nevelési Tanácsadóban érhetőek el.

Tudja-e, hogy...

...mi a szenzoros integráció?

...fejletlensége hogyan ismerhető föl?

...mire jó a szenzoros integrációs terápia?

Mindennapos jelenetek a játszótéren, az óvodában; Pisti „ész nélkül” száguldozik, mit sem törődve azzal, hogy megsérülhet, hogy kárt okozhat a többi gyerekben, a tárgyakban és a játékokban. A „hiperaktív” gyermek mozgásossága mintha önálló életet élne, figyelmen kívül hagyja a környezet óvatosságra és kíméletre intő jelzéseit. Karcsi, úgy tűnik, épp az ellentétje Pistinek. Rémülten torpan meg a favár hídjánál, amelyről pedig a többiek nem győznek leugrálni. A mélység gigantikus méreteket ölt benne. Mintha feneketlen szakadék tátongana előtte, amely leránthatná tehetetlen kis testét. Ha nem változnak, tudjuk, mindkettőjükre a kelleténél több probléma vár majd az iskolában, az életben.

Közös bennük, hogy nehezen tudják mozgásukat, tevékenységüket úgy szervezni, hogy közben folyamatosan figyelembe vegyék saját testük és az őket körülvevő világ jelzéseit. Nem képesek arra, hogy érzékelésüket és mozgásukat megfelelően integrálják. A szenzoros integráció zavarait mutató gyermeknél azért vallanak kudarcot az agy magasabb szintű önszabályozó mechanizmusai, mert sérültek náluk az ezek háttérét adó alacsonyabb szintű

integrációs mechanizmusok. Tudjuk, a szokásos nevelési és oktatási módszerek többnyire csődöt mondanak náluk.

Mit lehet hát velük tenni?

Jean Ayres, a világhírű amerikai gyermekpszichológus javaslata, amelyet 1972-ben megjelent „Szenzoros integrációs és tanulási zavarok” című könyvében fogalmaz meg: A szenzomotoros integrációs zavarokat mutató gyermeknek „saját magának kell szabályoznia, megszerveznie agya működését: akik foglalkoznak vele, csupán biztosíthatják azt a környezetet, amely majd felébreszti a gyermek vágyát az iránt, hogy ezt megtegye”. Miért olyan biztos benne Ayres, hogy a gyermek meg fogja tenni a szükséges erőfeszítéseket? „A gyermekben leküzdhetetlen vágy él az iránt, hogy cselekedhessen és növekedhessen”, hogy „ott rejlik benne a késztetés az érés, a normális szenzomotoros fejlődés és kifejlődés iránt”. Ezt a vágyat, késztetést tekinti a terápia legértékesebb eszközének. Újból és újból azt tapasztalta, valahányszor sikerült a gyerekeknek egy-egy újfajta tevékenységgel megbirkózniuk, kitörő lelkesedéssel, „a beteljesedés élménye” sugárzott arcukról. Így e tapasztalataikat a jövőbe mutató önmegvalósításnak tekintik, amely elősegíti a szervezet további érését, szerveződését, integráltságát. Olyan helyzeteket kell tehát teremteni, ahol a gyerek belső motivációjától hajtva tudja ezeket a mechanizmusokat működtetni, normalizálni. Az eredeti Ayres terápia nem gyógytorna, nem funkciógyakoroltatás és nem a viselkedés egyes aspektusainak megváltoztatására tett kísérlet. A terápia legfőbb célkitűzése, hogy a gyermek minél szabadabban kísérletezhessen a rendelkezésre álló eszközökkel, így a mennyezetről lelógó hálóval, a guruló hengerrel, a gördeszkával, a billenő hintákkal, a nagy terápiás labdával. Találjon rá önmaga azokra az ősi, az idegrendszer archaikus szintjeit szervező mozgásmintákra, amelyek segítségével jobban tudja uralni testét a térben. A terapeuta tehet javaslatokat, de éljen utasításokkal. Ayres megközelítésének egyik sarkköve az a gondolat, hogy a perceptuális tapasztalatok egyik leghatékonyabb szervezője a mozgás. A világot kaotikusan, töredékesen, hibásan érzékelő gyermek számára a sokoldalú vesztibuláris ingerléssel biztosítjuk a lehetőséget, hogy teste térbeli változásaira adekvát mozgásmintákkal, mozgással tudjon reagálni. A strukturált adaptív mozgása motiváltabb, mélyebben megélt érzékelést tesz lehetővé. Az érzékelés háttérén kibontakozó mozgás és a mozgás háttérén kibontakozó érzékelés egymásba fonódó, egymást feltételező mintázatai képezik a nyersanyagát megismerő tevékenységünknek. Ayres lehetőséget teremtett arra, hogy ezt a nyersanyagot, a gyerekek játékos örömmel, saját erőfeszítésük árán, aktív tevékenységgel szervezzék meg. A gyermekek teljes szabadságot élveznek a választásban, hogy melyik tevékenységet és meddig akarják űzni. Téri és idői összefüggéseket úgy élhetik meg, ahogyan

az a számukra a legmegfelelőbb. Ha a gyerekek például az a jó, hogy vészes gyorsasággal pörgetheti magát, akkor azt hadd tegye, hadd éljen át saját testét ilyen különös körülmények között is. Ily módon – a mozgáskésztetés szélsőségeinek is teret adva – a gyermekeknek lehetőségük nyílik arra, hogy a hibás mintázatú neurofiziológiai rendszereket normalizálhassák, származzon az akár korai organikus, akár lelki sérülésből. Érettebb és integráltabb mozgások nem taníthatók, megjelenésük nem erőltethető, legfeljebb előcsalogathatók olyan ingerek felkínálásával, amelyek a gyermek szükségleteire szabottak. Töredékes, rosszul szervezett testképpel rendelkező gyerekek számára ez igen jelentős fejlődési hajtóerő. Egy-egy új, megfelelő mértékű kihívást tartalmazó játékhelyzet felkínálása a gyermek kompetencia igényét is felkelti, és ezzel a személyiségfejlődés az autonómia irányába terelhető. A sikernek még a személyét sem sejtető mozgásforma felajánlása egy új eszközön keresztül nem kihívás, hanem a kudarccal való szembesítés volna, ezért a módszernek pszichoterápiaként való alkalmazása erre képzett szakembert kíván, aki tudja, hogy milyen fejlődési szakaszban van a gyermek, és mely diszfunkciókat kell normalizálnia. Nevelési tanácsadónkban immár rendelkezünk e terápia folytatásához szükséges teremmel és eszközzel. Képzett munkatársaink szívesen dolgoznak elsősorban óvodáskorú és kisiskolás gyermekekkel egyéni, vagy kiscsoportos foglalkozások keretében.

Esettanulmány

B. Máté (nem a valódi neve) édesanyja jelentkezett a Nevelési Tanácsadóban. Fia akkor 4,5 éves volt, néhány hónapja kezdte csak az óvodát. Főpanasza az volt, hogy „Máté rombol: játékait szétveri, szétszedi; a bútorokat töri, vési; a falakat is vési, firkálja. Dacos, sértődős, gyakran vannak dühkitörései. Ilyenkor kiabál, tombol, rugdos. Olyan mintha felhúzták volna, állandóan mozog, ugrál, sose fárad el.” Az óvodában is ilyen, sok konfliktusa van a felnőttekkel és a gyerekekkel is, sokat verekszik, sok baleset éri. Az anamnézis során kiderült enkopresise is, de ez M-nak nem nagy gond, mert csak otthon fordul elő - " a hyperaktivitásával kellene inkább foglalkozni."

Anamnéziséből: M. második terhesség, második terhességéből származik. Az anya légúti fertőzést kapott, lázas volt, mikor megindult a szülés, a terhesség 38. hetében. Rohamos szülés volt. A gyermek elkékült, élesztették, a köldökzsinór a nyakára volt tekeredve. 3800gr. és 56 cm volt. Apgar : 3/7 . Géppel lélegeztették 12 napos koráig, azután még oxigént kapott egy hétig. Az elsőnaptól antibiotikummal kezelték, 3 hetes koráig kardiális támogatást igényelt. Az elsőnapon többször convulsiot élt át, mely a kezelésekre hatására megszűnt.

M. két éven át szoptatta.

Mozgásfejlődéséből kiemelem, hogy előbb állt fel (8 hó), onnan ült le (9 hó), és akkor kezdett járni is. A mászás is akkor indult, de nem volt jellemző. Az első szavakat 11 hónaposan mondta, de csak 3 évesen kezdett mondatokban beszélni. Beszédhibás, logopédushoz jár.

Két évesen lett szobatiszta, de a székletet nem akarja üríteni, tartogatja amíg végül nem bírja és kiürül, de a vécéig nem mindig ér el vele. Szorulása nincs, 1-2 naponta van széklete este.

Már 2 évesen az 1. számú Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői Bizottságnál jártak. Ott egyéni fejlesztést írtak elő számára.

3 évesen nem támogatták, hogy óvodába járjon öntörvényűsége, hyperaktivitása, irányíthatatlansága miatt.

4 évesen Szenzoros Integrációs Terápiát javasoltak, így kerültek hozzánk.

A vizsgálat és a terápia:

Máté átlagos termetű, formás, szép arcú, nagy szemű kisfiú. Már az első alkalommal is úgy viselkedik, mintha régóta ismerne - oldott, a kérdésekre szívesen válaszol. Ő is kérdez, de a válasz nemigen érdekli, inkább a játékokkal foglalkozik. Percek alatt mindent lepakol, megnéz.

Semmi nem köti le hosszabb ideig. Emberrajza kb. 3 másodperc alatt készült el, gomolyagos firka, de van feje és két szeme.

Intelligenciája átlagon felüli: Bp. Binet IQ = 120 ugyanakkor a Bender-A tesztben teljesítménye gyenge átlagos - enyhe encephalopatiás jellel.

Az Ayres-teremben nagyon jól érzi magát. Az első alkalommal megállás nélkül mozog, mindent kipróbál, rohan egyik eszköztől a másikig, mindenre felmászik, egy perc múlva már ugrik is le - nincs veszélyérzete, de figyelmeztetésre szót fogad, óvatosabban ugrál. Szinte röpköd az eszközökön, hintázik, pörög. Azok érdeklik, amik magasban vannak, vagy repülnek. Az 50 percből kb 40-t a magasban töltött. Többször esett is, volt hogy a lendülete vitte tovább, még a falnak is nekiszaladt. Az óra végére láthatóan elfáradt, de nem akart hazamenni.

A további 3-4 óra is hasonlóan zajlott, közben 1-1 vizsgálatot is el lehetett már végezni, és megjelentek tematikus vonások is (pl: a gördeszkán cikázott, minden irányba forgott-pörgött. Vállán egy fekete kendővel azt játszotta, hogy ő Zorró, a gördeszka a lova. Így védelmezte az otthonról hozott kiskutyáját a képzelt ellenségtől.)

Ezután indult az "ejtőernyős játék", amit hosszú időn keresztül játszott: a kétfülű

□ugrálólabdával fölmászott a bordásfalra és azzal leugrott - ez fölfogta az esést, mint az ejtőernyő□- innen a játék neve. Egy másik órán a labda két fülét rákötötte a háló felhúzó kötelére, amit átvetett a bordásfal tetején. Húzogatta föl-le a labdát. Később□ maga is ráült az így felkötözött labdára, de így nem lehetett felhúzni azt. Akkor fél lábával a labdára állt, a kötéltre ráült és így húzogatta magát föl-le (fél lába a bordásfalon támaszkodott). Végül mindkét lába a labdán támaszkodott, miközben ő□ a kötélben ült, két kezével az átvetett kötéllabda felőli végét fogva húzogatta magát is, és a labdát is, így "liftezett". Mire idáig eljutott mozgásai sokkal összehangoltabbak, lassabbak lettek. Figyelmét is hosszabb időre lett képes összpontosítani, rajza is szemlátomást fejlődésnek indult

Ezek után Máté "leszállt a földre", és az alagutakkal kezdett játszani Mászott bennük, labdát gurított beléjük, nézte, hogyan jön ki a másik végén. Egy alkalommal az egyik alagutat csak félig nyitotta szét, így félkör alakú lett. Azt mondtam neki, hogy patkó alakú, mire ő□ megkérdezte, hogy mi az a patkóbél. Leültünk, lerajzoltam neki a beleket, meséltem neki arról, hogy hogyan lesz az ételből széklet, és hogyan szívódik fel a hasznos anyag a belek falán. Nagyon figyelmesen hallgatta, majd visszatért az alagutakhoz. Mind a hármat összekötötte: "Most ezek a bél." Az összes labdát átgurította rajta, nagyokat nevetett. Ő is bemászott, de nem jött ki a másik végén, inkább visszatolatott. A következő□ órán is ezt folytattuk. Begurította maga előtt egy medicinlabdát, ő□ utána mászott, a labdát kigurította, ő pedig visszahátrált. Rájöttem, hogy nem akar székletként kijönni a „belekből”, ezért az egyik kötést kibontottam az alagutakon. Ő rögtön megértette. Begurította a labdát, utána mászott, a labdát kigurította a "bél" végén, ő□ meg kimászott a megoldott nyíláson". Itt jön ki a hasznos anyag, az erő, és az energia." - mondta.

Ekkor hirtelen véget ért a terápia, mert az édesanya megbetegedett, majd jött a nyári szünet.

Szeptemberben az édesanyával beszélünk, aki otthon a házban és az udvaron is fölszerelt az Ayres eszközökhöz hasonló körlap hintát, köteleket stb. Elmondta, hogy fia szívesen és sokat használja ezeket. Azt is megtudtuk, hogy az utolsó óránk óta Máté nem kakilt be egyszer sem. Máté tavaly lett tanköteles, és mivel több szakértői vélemény is van róla, elküldték hozzánk iskolaérettségi vizsgálatra.

Idézet a szakvéleményből:

„...6 év 7 hónapos óvodás iskolaérettségi vizsgálatára került sor, az óvoda kérésére.

A kisfiú minden feladatot könnyedén, magabiztosan megoldott. Feladattudata kialakult, érdeklődő, jól motivált.

Csoportos helyzetben is kooperatív, fegyelmezett. Iskolaérett.

Feltűnően jó a rajzkészsége.”

Részlet az iskolaérettségi szakvéleményből:

„...Beiskolázását a Általános Iskola rajz-kézműves tagozatára javaslom, mert itt várható számára a legharmonikusabb fejlődés.

(A kislány korábban szenzomotoros éretlensége miatt intézményünk gondozása alatt állt.)

A szülő egyetért a javaslattal....”

Máté jelenleg iskolás, rajz-kézműves tagozatra jár, jól tanul és lovagol.