

KONCEPT SOCIJALNO-PEDIJATRIJSKE RAZVOJNE REHABILITACIJE¹

Theodor Hellbrügge

Pregledni članak

Institut za socijalnu pedijatriju i medicinu mladih
Sveučilišta u München-u u Dječjem centru München

UDK: 376

Sažetak

Socijalno-pedijatrijska razvojna rehabilitacija osniva se na ispravnim postupcima u ranom djetinjstvu, kako bi djecu s rođenim ili rano stečenim oštećenjima zaštitila od doživotne invalidnosti.

To se ostvaruje primjenom novih programa rane dijagnostike teškoća u razvoju, rane terapije i rane socijalne integracije u obitelj, vrtić i školu.

Nezamjenjivi nosioci ranog tretmana su roditelji.

U ovom radu se prezentiraju različiti programi dijagnostike, tretmana i integracije.

1. UVOD

U okviru raznih zadataka socijalne pedijatrije, pored primarne prevencije s preventivnim mjerama usmjerenim na zdrave ljude te sekundarne prevencije koja podrazumijeva rano otkrivanje postojećih ili nastajućih oštećenja uz pomoć screeninga, novo uporište je postala tercijarna prevencija u formi razvojne rehabilitacije (Hellbrügge, 1981). Ona se koristi potencijalima ranog dječjeg razvoja s ciljem da kod djece s urođenim ili rano stečenim oštećenjima, koliko je god moguće, spriječi nastanak invalidnosti.

2. SVEOBUHVAATNA (ETOLOŠKA) PEDIJARIJA - SOCIJALNI RAZVOJ KAO OSNOVA

Razvojna rehabilitacija se u dijagnostici i terapiji koristi manje klasičnim osnovama medicine, naime morfologijom i fiziologijom, nego se više oslanja na etologiju

(Ethologie). Dakle, u razvojnoj rehabilitaciji, odnosno u ranoj dijagnostici, ranoj terapiji i ranom socijalnom integriranju, prvenstveno se koriste etološki kriteriji.

Razvojna rehabilitacija bitno se oslanja na razvoj socijalnog ponašanja malog dojenčeta i to posebno na razvoj samostalnosti i uspostavljanja kontakta s okolinom. Ona je našla poticaj u rezultatima istraživanja fenomena deprivacije (Hellbrügge 1966, Pechstein, 1974), prema kojima sasvim zdrava dojenčad, koja su smještena u dom, pokazuju zaostajanje u razvoju govora i socijalnog ponašanja u usporedbi s vršnjacima. Zato je bitan element razvojne rehabilitacije vlastita obitelj, a gdje to nije moguće onda obitelj koja adaptira ili čuva dijete.

3. RANA DIJAGNOSTIKA PUTEM SCREENING METODE

- Screening od strane roditelja: Za rano otkrivanje razvojnih teškoća vrlo važan dijagnostički oslonac su zapažanja roditelja.

¹ Ovaj rad objavljuje se na inicijativu "Bavarsko-hrvatske akcije sunčev sjaj" München, a u okviru znanstvenog projekta "Evaluacija Montessori modela u Hrvatskoj" koji se ostvaruje u Fakultetu za defektologiju Sveučilišta u Zagrebu po odobrenju Ministarstva znanosti, tehnologije i informatike Republike Hrvatske. Voditelj projekta je Prof. dr Nikola Soldo.

S tim u vezi nastala je knjiga za roditelje "Prvih 365 dana u životu djeteta" koja ilustrativno prikazuje razvojni proces pojedinih funkcija kao: puzanje, sjedenje, hodanje, hvatanje, percepcija, govor, razumijevanje govora i socijalni razvoj, i to na takav način da roditelji mogu, po mjesecima, usporediti razvoj svog dojenčeta s normama pravilnog razvoja (Hellbrügge i von Wimpffen, 1976). Razvojni stupnjevi ilustrirani u ovoj knjizi dati su tako da roditelji u 90% slučajeva mogu uočiti ako se dijete brže razvija, a oni koji primjećuju kašnjenje u razvoju trebaju se što prije javiti pedijatru.

Ova je knjiga u međuvremenu izdata na 17 jezika (njemački, engleski, francuski, španjolski, talijanski, nizozemski, flamanski, hrvatski - Školska knjiga, Zagreb, 1980, grčki, turski, finski, japanski, korejski, indonezijski, i druge), što ujedno pokazuje da je razvoj dojenčeta, tijekom prve godine, gotovo identičan u cijelome svijetu.

- Preventivni pregledi djece: Sumnju roditelja na rani poremećaj u razvoju djeteta dopunjuje jedan sustav preventivnih pregleda koji je u Njemačkoj uveden 1970. godine i garantira 8 besplatnih preventivnih pregleda svakom djetetu (poblize vidi Hellbrügge 1985). Pregledi se odvijaju: odmah po rođenju, 3.-10. dan, 4.-6. tjedan, 3.-4. mjesec, 6.-7. mjesec, 10.-12. mjesec, 21.-24. mjesec i između 3,5. i 4. godine života.

Postoji knjižica pregleda za dijete koju majka dobije nakon poroda i u nju liječnik upisuje nalaze. Jedan primjerak šalje se u centralni institut zajednice njemačkih socijalnih osiguranja, na statističku obradu.

Svi dječji preventivni pregledi su screening-tipa. Pri tome je otkrivanje metaboličkih bolesti u ranom novorođenačkom periodu u potpunosti riješeno. Međutim, u znatnom broju mogu ostati neotkriveni psihomotorički poremećaji kao teškoće sluha i vida. To je posljedica nedostatka efikasnih screening testova kao npr. screening test za novorođenački sluh ili screening razvoja itd. Tako npr. Denver test ne pruža

dovoljnu pomoć, jer ne obuhvaća neuromotoričke smetnje.

4. SPECIJALNI DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI

- Razvojna dijagnostika: Kao osnova rane razvojne rehabilitacije male dojenčadi pokazala se dobrom "Minhenska funkcionalna dijagnostika razvoja od prve do treće godine" (Hellbrügge 1978, Kohler i Engelkraut 1984). Ona obuhvaća iste funkcije po mjesecima kao i roditeljski screening i služi se dijagnostičkim pojmovima razvoja kao starost obzirom na funkciju: puzanja, sjedenja, hodanja-trčanja, hvatanja, spretnosti ruku, percepcije, govora, razumijevanja govora, socijalne zrelosti i samostalnosti. Nasuprot drugim, u svijetu raširenim, testovima razvoja (Bayley skala, Griffith, Uzgris i sur, Brunet-Lezine itd.), "Minhenska funkcionalna dijagnostika razvoja" izbjegava kvocijent razvoja, što jednako kao i kod kvocijenta inteligencije, krije u sebi opasnost etiketiranja djeteta, a bez ikakve konkretne terapijske smjernice.

- Neurokineziološka dijagnostika: Za rano otkrivanje neuromatičnih smetnji pokazala se izvrsnom kineziološka dijagnostika na bazi položajnih reakcija po Vojti. Ona se temelji na, pedijatrima odavno poznatim, reakcijama beba na naglu promjenu položaja (trakciona reakcija, Landau reakcija, reakcija potpazušnog vješanja, reakcija prevrtanja u stranu po Vojti, reakcija horizontalno-bočnog vješanja po Collisu, reakcija vertikalnog vješanja po Peiper-Isbertu te po Collisu). Uz kombinaciju Vojtine metode s ispitivanjem određenih primitivnih refleksa moguće je, bez poznavanja datuma rođenja, odrediti neurološku starost malog dojenčeta, koja kod zdravog djeteta odgovara stvarnoj starosti. Putem neurokineziološke dijagnostike može se otkriti npr. ugroženost od cerebralne pareze i prije nego se prvi simptomi uopće manifestiraju. Ona je i kod dijagnostike ostalih neuromotoričkih smetnji metoda izbora.

- Rano otkrivanje smetnji sluha: Rano

otkrivanje smetnji sluha nije zagarantirano čak ni u jednoj tako dobro zdravstveno organiziranoj zemlji kao što je Njemačka. U prosjeku prođe i do tri godine dok se jedan poremećaj sluha definitivno dijagnosticira i dok ne otpočne govorna rehabilitacija uz primjenu slušnih aparata. Mogućnost screeninga u dobi do 7 do 8 mjeseci nudi Ewing test (Lowe, 1985), koji je raširen u Engleskoj, Izraelu i Nizozemskoj, te BOEL test (Stensland-Junker 1986) koji je raširen u skandinavskim zemljama. S gledišta razvojne rehabilitacije, primjena ovih testova poboljšat će situaciju, ali pravu pomoć pružio bi jedan, još nepostojeći test za novorođenčad.

5. PROGRAM RANE TERAPIJE

Za ranu terapiju djece s potencijalnim ili postojećim teškoćama u razvoju postoje u Dječjem centru München konkretni programi. Oni se izrađuju na osnovi svestrane dijagnostike, vežu se za određeni vremenski period, prave se individualno za svako dijete i interpretiraju se roditeljima na razumljiv način tako da ih je moguće provoditi kod kuće, unutar prirodnog dnevnog ritma djeteta. U sastavljanju programa sudjeluju svi stručni profili, već prema pojedinom slučaju (pedijatar, dječji psiholog, terapeuti: fizioterapeut, radni terapeut, logoped, glazboterapeut, defektolog određene specijalnosti i drugi). Pedijatar koordinira program i na pregledan način ga prenosi roditeljima radi primjene u kući.

- Razvojna terapija: Na osnovi "Minhenske funkcionalne dijagnostike razvoja" razvojna terapija se primjenjuje što ranije kod dojenčadi sa sindromom deprivacije, dakle kod djece teško ugrožene u socijalnom razvoju, kod dojenčadi s oštećenjem sluha kao baze rane govorne rehabilitacije i posebno kod djece s mentalnom retardacijom kao npr. Morbus-Down. Kod malog djeteta koriste se sve mogućnosti optičke, akustičke, prvenstveno taktilne stimulacije kao i socijalna interakcija u razvojnoj terapiji. Na

osnovi komparativnih istraživanja (Schamberger 1978) utvrđeno je da su djeca s Morbus-Down sindromom, s kojima se od malena provodila razvojna terapija, u svim funkcionalnim područjima bila naprednija, od djece s kojima se takav program nije provodio. Uspjeh tretmana je bio vidljiv i 9 godina kasnije.

- Stimulaciona terapija usta po Castillo-Moralesu: Kod djece s Morbus-Down moguće je postići poboljšanje u području orofacijalne patologije već u ranoj fazi. Malim bebama namjesti se na nepce jedna pločica čije centralno koritasto izbočenje pospješuje aktivnost jezika. Time se, ne samo jača muskulatura jezika, nego i utječe na cjelokupnu, dobro poznatu simptomatologiju otvorenih usta kao slinjenje, izbačen jezik i slično i to do te mjere da se fiziognomija djece bitno poboljša (Avale i sur. 1985, Fischer-Brandies, 1986).

- Kineziološka terapija: Kineziološka terapija po Vojti pokazala se jako pogodnom, a kod motoričkih smetnji daleko pogodnijom od Bobath terapije. Pri komparativnom ispitivanju oba metoda, prednost Vojta terapije je bila toliko ubjedljiva da se u Dječjem centru München, Bobath metoda koristi samo u rijetkim slučajevima.

Kod Vojta terapije centralne funkcije živčanog sustava stimuliraju se s periferije.

- Indikacije za Vojta terapije obuhvaćaju, osim prijetjećeg cerebralnoplegičnog razvoja i već formirane cerebralne pareze, prvenstveno meningomijelocela uz dobar efekat na hidrocefalus, urođene periferne pareze (npr. brachialis) i posebno važne dojenačke skolioze. Kod cerebralnoplegične prijetnje, uz normalni mentalni razvoj, šanse za motoričku normalizaciju iznose 95%. Terapija je utoliko uspješnija ukoliko ranije počne i s toga kod ugroženog djeteta treba započeti odmah po rođenje, a najkasnije do 4. mjeseca života.

- Orff-glazboterapija: Ovu metodu uvela je u Dječji centar München gospođa Gertrud Orff na osnovi Orff-školske koncepcije, prilagođene djeci s izraženijim teškoćama u

razvoju. Njezin osnov je jedinstvo pokreta, govora, pjevanja i igre u smislu kreativne i spontane improvizacije. U Orff-glazboterapiji ta se načela primjenjuju indirektno. Muzikalnost djece nije u prvom planu već pokušaj stimuliranja razvoja. Orff-instrumentaciji dodani su još neki instrumenti i predmeti kao pištaljke, lopte, koturovi i slično, da bi se aktivirale auditivne, vizualne, taktilne i kinestetičke funkcije. Ove funkcije vode razvoju senzomotoričkih sposobnosti tj. integraciji osjetila i motoričkih sposobnosti, što je osnova svakog učenja.

- Rana terapija govora: Kod izrade programa rane rehabilitacije govora polazi se od uske povezanosti senzomotoričkih, socijalnih i komunikacijskih procesa u razvojnom dobu, što je naročito bitno kod djece s mentalnom retardacijom i oštećenjem sluha. Kod djece oštećena sluha, važan cilj rane terapije je stvaranje prirodnih glasova bez pomoći gestikulacije, kao što ističu Van Uden (1882) i Horsch (1982).

Rana terapija zakašnjelog govornog razvoja, bez obzira na razlike u etiologiji, zahtjeva dobro poznavanje normalnog dječjeg razvoja i dosta mašte u formiranju sveobuhvatne logopedске strategije. Kod svih programa roditelji surađuju usko i kontinuirano s logopedom. Kod djece s mentalnom retardacijom posebno su važne upute roditeljima zasnovane na saznanjima psihologije učenja.

6. RANA SOCIJALNA INTEGRACIJA NA OSNOVI MONTESSORI DEFEKTOLOGIJE

Krajnji cilj razvojne rehabilitacije je socijalna integracija, bez obzira na vrstu i stupanj oštećenja ili invalidnosti. Montessori defektologija pretpostavlja integraciju od najranijih dana. Ovakav koncept je često o suprotnosti s tradicionalnim defektološkim nastojanjima, koja su za posebna oštećenja i invalidnosti predviđela posebne ustanove, čime se djeca segregiraju.

Montessori defektologija (Aurin 1978,

Hellbrügge 1977, Hellbrügge i Montessori (1978) pokazala se kao izvrstan instrument integracije te je u Dječjem centru München aplicirana na osnovi pozitivnih iskustava, širom svijeta rasprostranjena, Montessori pedagoške koncepcije. Ovaj koncept se bazira na neurofiziološkim osnovama učenja, apostrofirajući ulogu osjetila. Radi se o aktivnom, a ne reaktivnom učenju, pri kome dijete samo, uz upotrebu autodidaktičkog Montessori materijala ili adaptivnog materijala, uči na načelu pokušaja i pogrešaka. Kroz ovakav vid integrativnog odgoja dijete napreduje u aktivnostima svakodnevnog života, u razvoju osjetila kroz senzorički materijal i posebno u socijalnom razvoju.

- Integracija u obitelji: Obiteljska integracija je prvi korak integracije. Da bi roditelji prebrodili šok koji dožive pri saznanju da se njihovo dijete ne razvija normalno, oni imaju potrebu za posebnom psihološkom pomoći. Nekim roditeljima je potrebna i psihoterapija. Većina roditelja ipak nema potrebu za dužim psihološkim vođenjem, već za jasnim uputstvima što da rade sa svojim djetetom. Obiteljska terapija, preferirana od nekih dječjih ustanova, može imati prednosti u slučaju nekih obitelji, ali nerijetko može i ometati kontroliranu terapiju i stimuliranje djeteta, jer se psihoterapija roditelja pribije u prvi plan.

- U Montessori individualnoj terapiji roditelji dobiju jasna uputstva s ciljem stimulacije prvenstveno socijalnog razvoja. Kroz edukaciju roditelja ukazuje se na važnost aktivnosti svakodnevnog života, razvoja osjetila te kako se didaktički materijal, umjesto u terapijskoj situaciji, može koristiti i u kućnim uvjetima.

- Montessori terapija u malim grupama je također prilog socijalnom razvoju, s ciljem da se, u nazočnosti roditelja, stimulira komunikacija između djece s različitim oštećenjima i invalidnostima s tendencijom vlastitog razvoja i osposobljavanja za život u grupi. Ujedno se želi ukazati roditeljima na načine kako da svoju djecu integriraju u obiteljski krug i susjedstvo.

- Usvajanje i davanje na brigu djece u druge obitelji: Pitanje zbrinjavanja djece s potencijalnim ili postojećim teškoćama u razvoju od tolikog je značaja da se, uz pomoć socijalnih službi, traži takvom djetetu druga obitelj, ako je vlastita suviše razorena.

U razdoblju od siječnja 1981. do veljače 1984. godine uspjeti smo npr. 48 djece, nakon obimne terapije roditelja te uz pomoć socijalnih radnika, vratiti ponovo u okvir vlastite obitelji, umjesto smještaja u dom. Ipak je 41 dijete upućeno u posebne dječje ustanove na trajnu njegu i to: 13 djece s mentalnom retardacijom, 9 djece s većim tjelesnim oštećenjima, 18 djece s problemima učenja i ponašanja i 1 dijete s oštećenjem vida. Usvojeno je 32 djece i to: 1 dijete s mentalnom retardacijom, 5 djece s većim tjelesnim oštećenjima i 26 djece s poremećajima učenja i ponašanja.

Ovakva akcija zahtijeva ogroman vremenski i ljudski angažman. Pripreme za upućivanje djece na čuvanje traju skoro 4 mjeseca, za intenzivno privremeno zbrinjavanje pola godine, a za trajno zbrinjavanje više godina u prosjeku.

- Predškolska integracija: Montessori koncept pokazao se odličnim i kod integracije te uopće obuhvata djece s višestrukim ili pojedinačnim oštećenjima u predškolske ustanove. Pošto se radi o konceptu, kojem je u prvom planu dijete, moguće je bez zapreka zajedno i jednako uspješno stimulirati u kognitivnim procesima učenja nadarenu djecu i djecu s tjelesnim oštećenjima (cerebralna pareza, meningomijelocela), djecu s oštećenjem vida, sluha, s mentalnom retardacijom i drugu. U jednoj predškolskoj grupi koja broji 20-25 djece, može biti do 6 djece s različitim oštećenjima. Djeca se sama od sebe međusobno pomažu, a kroz tu pomoć podstiče se njihovo osamostaljivanje. Ta interakcija se odnosi i na djecu s teškoćama, jer npr. jedno dijete s mentalnom retardacijom gura vršnjaka s cerebralnom paralizom u kolicima.

- Školska integracija: I kod integriranja djece

s teškoćama u razvoju u školsku sredinu, Montessori koncept se pokazao idealnim. Na osnovi iskustva Dječjeg centra München ovaj koncept jednako dobro stimulira sposobnosti nadarene djece i djece s mentalnom retardacijom. Pošto Montessori koncept ne poznaje podjelu djece na razrede formirane po istom godištu (u istoj grupi su često djeca različitih razreda), u odnosu na kronološku dob u prvi plan izbijaju socijalni procesi koji se odvijaju između neiskusne i iskusne djece. Pri tome se poboljšavaju samostalnost i komunikacijska sposobnost djece. Kroz samostalnost pojačava se povratno njihova sposobnost kognitivnog učenja.

Rezultati ovakve integrirane nastave pokazuju da određena djeca s teškoćama u razvoju (npr. laka mentalna retardacija) pod dobrim okolnostima, mogu završiti osnovnu školu nakon 8 godina, a djeca bez teškoća u razvoju neometano se uključuju u srednje škole postižući dobar uspjeh. Za poboljšanje rezultata razvoja, uvedene su dodatne metode kao motologija, Orff sustav i slično.

7. NJEMAČKA AKADEMIJA ZA RAZVOJNU REHABILITACIJU

S ciljem omogućavanja usavršavanja stručnjaka iz područja razvojne dijagnostike i rehabilitacije, održavaju se u organizaciji "Njemačke akademije za razvojnu rehabilitaciju" u Dječjem centru München usavršavanja u slijedećim područjima:

- Minhenska funkcionalna razvojna dijagnostika i rehabilitacija;
- Kineziološka dijagnostika i terapija po Vojti;
- Montessori defektologija;
- Orff-glazboterapija;
- Neurologopedija;
- Motopedagogija;
- Orofacijalna terapija po Castillo-Moralesu;
- Psihoterapija kod djece s minimalnim cerebralnim oštećenjima po Navilleu.

Usavršavanja se održavaju uglavnom na njemačkom jeziku. Detaljne informacije se

nalaze u polugodišnjim programima koji se šalju interesantima. Zainteresirani se mogu javiti na ured Akademije: Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation, Heiglhofstr. 63, 8000 München 70, Tel. 089/7 10 09-237/239.

LITERATURA

1. Aurin, M.: Das erste Montessori-Kinderhaus mit integrierter Erziehung in München. Erfahrungen bei den Kindern.
In: Th. Hellbrügge (Hrsg.): Die Montessori-Pädagogik und das behinderte Kind. Kindler-Verlag, München 1978.
2. Avale, C., H. Fischer-Brandies, R.G. Schmid: Zur Mundtherapie bei Zerebralparese. Erste Erfahrungen bei der Behandlung von neuromotorischen Störungen im Mundbereich bei Kindern mit zerebraler Parese nach der Konzeption von Castillo-Morales. "Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik" 7, 116-121, 1985.
3. Fischer-Brandies, H.: Entwicklungsmerkmale des Schädels und der Kiefer bei Morbus Down unter Berücksichtigung der funktionellen kieferorthopädischen Behandlung der orofazialen Fehlfunktionen nach Castillo-Morales bei Säuglingen und Kleinkindern. Habilitationsschrift zur Erlangung des Grades eines habilitierten Doctors der Medizin an der Ludwig-Maximilians- Universität München, 1986.
4. Hellbrügge, Th.: Zur Problematik der Säuglings - und Klein - kinderfürsorge in Anstalten - Hospitalismus und Deprivation.
In: Handbuch Kinderheilk. Bd. 3 Soziale Pädiatrie, Springer- Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 384-404, 1966.
5. Hellbrügge, Th.: Unser Montessori-Modell. Kindler-Verlag, München, 1977.
- Japanische Ausgabe, Orion Press, Tokyo, 1977.
6. Hellbrügge, Th. (Hrsg.): Müncheber Funktionelle Entwicklungs- diagnostik 0 erstes Lebensjahr. Bd. 4 Fortschritte der Sozialpädiatrie, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1978.
- Japanische Ausgabe, Doho Sha, Kyoto 1979.
- Spanische Ausgabe, Editorial Marfil, Alcoy, 1980.
7. Hellbrügge, Th (Hrsg.): Klinische Sozialpädiatrie. Ein Lehrbuch der Entwicklungs-Rehabilitation im Kindesalter.
Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1981.
8. Hellbrügge, Th (Hrsg.): Screening und Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter, Bd. 8 Fortschritte der Sozialpädiatrie, Hansisches Verlagkontor, Lübeck, 1985.
9. Hellbrügge, Th., J.H. v. Wimpffen (Hrsg.): Die ersten 365 Tage im Leben eines Kindes. 4. Aufl., TR-Verlagsunion, München 1976.
- Englische Ausgabe, Bombay, 1980.
- Indonesische Ausgabe, Jakarta, 1982/83/85..
- Spanische Ausgabe, Alcoy, 1975.
- Finnische Ausgabe, Helsinki, 1983.
- Griechische Ausgabe, Athen, 1976.
- Französische Ausgabe, Charlesroi, 1976.
- Koreanische Ausgabe, Seoul, 1980.
- Japanische Ausgabe, Osaka, 1977.

- Hollandische Ausgabe, Utrecht, 1975/76.
 - Kroatische Ausgabe, Školska knjiga, Zagreb, 1980.
 - Türkische Ausgabe, Istanbul, 1985. usw.
10. Hellbrügge, Th., M. Montessori: Die Montessori-Pädagogik und das behinderte Kind. Kindler-Verlag, München, 1978.
 11. Horsch, U.: Kommunikative Erziehung zur Früherziehung Behinderter - erörtert am Beispiel horgeschiedigter Kinder. Julius Groos-Verlag, Heidelberg, 1982.
 12. Kohler, G., H. Egelkraut: Münchener Funktionelle Entwicklungs - diagnostic für das zweite und dritte Lebensjahr. Handanweisung. Durchführungs - Beurteilungs - und Interpretationshinweise. Eigenverlag der Aktion Sonnen - schein, Hilfe für das mehrfach-behinderte Kind e.V., München, 1984.
 13. Lowe, A.: Das Aufspüren horauffälliger Säuglinge in der Praxis des Kinderarztes. Eine Einführung in die Handhabung der Aussonderungs-Hörprüfung von Alexander und Irene Ewing. "der kinderarzt" 16, 394-402, 1985.
 14. Pechstein, J.: Umweltabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung. Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens. 34. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1974.
 15. Schamberger, R.: Frühtherapie bei geistig behinderten Säuglingen und Kleinkindern. Untersuchungen bei Kindern mit Down-Syndrom. Beltz-Verlag, Weinheim-Basel, 1978.
 16. Stensland Junker, K.: BOEL - Eine Methode zur Früherkennung von Kommunikationsstörungen und ihre Bedeutung für Kleinkinder. (Überarbeitet von E. Redemann). "Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik" 8, 10-18, 1986.
 17. Van Uden, A.: Das gehörlose Kind - Fragen seiner Entwicklung und Forderung. Julius Groos-Verlag, Heidelberg, 1982.
 18. Vojta, V.: Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Frühdiagnose und Frühtherapie. 4. Aufl., Enke-Verlag, Stuttgart, 1984.

DAS KONZEPT SOZIALPADIATRISCHEN ENTWICKLUNGS-REHABILITATION

Zusammenfassung

Die sozialpädiatrische Entwicklungs-Rehabilitation nutzt die einzig richtige Behandlung der Kindheit, um Kinder mit angeborenen und früh erworbenen Störungen vor lebenslangen Behinderungen zu bewahren.

Das geschieht durch neue Programme der Frühdiagnostik, Frühtherapie und frühen sozialen Eingliederung in Familie, Kindergarten und Schule.

Die eigentlichen Träger der Frühbehandlung sind die Eltern.

Die verschiedenen Programme werden vorgestellt.