

PHILIP C. KENDALL, RICHARD M. LERNER és
W. EDWARD CRAIGHEAD

HUMÁN FEJLŐDÉS ÉS INTERVENCIÓ A GYERMEKKORI PSZICHOPATHOLÓGIÁBAN

Szerencsére nem a (pszicho)analízis az egyetlen módja a belső konfliktusok megoldásának. Maga az élet továbbra is igen hatékony terapeuta marad.
(HORNEY, 1945)

A külső beavatkozás azon a feltételezésen nyugszik, hogy az emberi működések flexibilibis, és hogy az emberi változások folyamatai plasztikusak (azaz nyitottak a módosulásra). Mindazonáltal egy adott változás mértéke behatárolt. Valójában az olyan típusú változások, amelyeket beavatkozás-pártiak vizsgálnak és/vagy kutatnak, részben ráépülnek az egyéni változások másik csoportjára, amelyeket „fejlődésnek” nevezünk. Bár jelentős vita zajlik annak meghatározása körül, hogy mik a jellemzői a fejlődési változásnak (lásd KAPLAN, 1983; LERNER, 1976; LERNER, sajtó alatt; OVERTON és REESE, 1973; REESE és OVERTON 1970) nézőpontunk szerint egy adott személy fejlődési változása egyben információ a javallt és ellenjavallt beavatkozási módokról is, melyek akár a problémák megelőzésére, akár enyhítésére, és a humán működés erősítése érdekében felhasználhatók.

Történetileg nézve ezt a nézőpontot nem mindig fogadták volna örömmel. A kötött fejlődési út álláspontját favorizáló teoretikusok (lásd HUNT, 1961) és az erőteljesen dinamikus perspektívákat valló gyermekklínikusok nem szerettek bele úgy a plaszticitásba és a változásba, mint a gyermekklínikum mai kutatói és művelői.

A gyermekklínikum és a fejlődéslelektan iskoláinak konceptuális összeegyeztethetőségére ma több példát is láthatunk. Ilyen a szociális tanuláselmélet kölcsönös determinizmus fogalma (BANDURA, 1977) és ennek hatása a kezelési módszerekre — lásd kognitív-viselkedési terápia (például KENDALL és BE-MIS, 1983) —, és a kölcsönös erőknék mint a fejlődés kitermelőinek

megjelenése a gyermekekről szóló szakirodalomban (például LERNER, 1982; LERNER és BUSCH-ROSSNAGEL, 1981; SCARR és MCCARTNEY, 1983). Egyre gyakrabban jelenik már meg a pszichológia rész tudományainak potenciális „integrálására” (KENDALL, 1982b), valamint a klinikai és a fejlődépszichológia összekötésére vonatkozó szakirodalom (például CRAIGHEAD, MEYERS, CRAIGHEAD és MCHALE, 1983; KENDALL, sajtó alatt; SELMAN és YANDO, 1980).

A legfontosabb kérdés, hogy az egyén fejlődő testi, kognitív, emocionális és viselkedési jellemzői meghatározzák, hogy milyen fajta klinikai beavatkozások lehetnek hatásosak, és melyek kevésbé hatékonyak, hatástalanok vagy éppen kontraindikáltak. Az egyén organizmikus jellemzői a fejlődés során változnak, de bármely adott időpontban állandóan „koherensek” (SROUFE, 1979). Ezek az organizmikus jellemzők biztosítanak lehetőséget a beavatkozásra, vagy éppen visszatartanak attól, és egyben legfontosabb változói annak az egyenletnek, amely adott egyénnél előrejelzi a beavatkozás várható kimenetelét. Összegezve, a gyermekkori problémák eredményes kezelése megkívánja, hogy megértsük a gyermekek fejlődésének folyamatait, azt, hogy ezek hogyan biztosítanak változó mértékű lehetőséget a tapasztalatszerzésre és/vagy az egyént megváltoztató (tervezett vagy nem tervezett) beavatkozásra; valamint hogy ebben a vonatkozásban hogyan válik az egyén maga is részévé az ő saját változását befolyásoló folyamatnak.

Mi a gyermeki fejlődés három sajátossága köré építettük fel mondanivalónkat: (1) a gyermek mint inger; (2) a gyermek mint feldolgozó; és (3) a gyermek mint közvetítő, megmunkáló és elosztó. A fejlődési sajátosságok — a folyamat minden típusával összekapcsolódva — segítenek annak meghatározásában, hogy milyen fajta beavatkozás a leghasznosabb.

A gyermek mint inger

Legalább két évtizede már, hogy a fejlődéslélektanosok hangoztatni kezdték: a gyermekek befolyásolják azt, aki őket befolyásolja (BELL, 1968; THOMAS, CHESS, BIRCH, HERTZIG és KORN, 1963); azaz a szocializáció inkább kölcsönösség, semmint egyirányú (a szülőktől a gyermek felé) folyamat (BANDURA, 1977; HARTUP, 1978; LERNER és SPANIER, 1978). Mi több a gyermekek nemcsak hatnak arra, aki befolyással van rájuk, de ennek a hatásnak a következményeként visszajelzést is kapnak, ami viszont hathat az ő további fejlődésükre (SCHNEIRLA, 1957; THOMAS és CHESS, 1977).

Ezek a „cirkuláris funkciók” (SCHNEIRLA, 1957) kapcsolatba lépnek az egyéniség fizikai és viselkedési jellemzőivel. A testi felépítés/vagy a fizikai vonzóerő, vagy a koraérettség szempontjából különböző gyermekek — szocializációjuk részeként — eltérő reakciókat váltanak ki. Például a fizikálisan vonzó mezomorfikus gyermekek általános megítélése pozitívabb, mint a kevésbé attraktív, endomorfikus gyermekeké (LANGLOIS és STEPHAN, 1981; SORELL és NOWAK, 1981). A környezeti visszajelzés ezekkel a reakciókkal konzisztens. Például a kortársak kisebb személyes távolságot tartanak a mezomorfikus gyermekekkel (közelebb mennek hozzájuk), mint az endomorfikus gyermekekkel (LERNER, TAWAWAKI és CHIHARA 1976), a koraérett kisgyer-

mekek pedig nagyobb valószínűséggel váltanak ki bántalmazást kortársalkóbból, mint a normál gyermekek (LAMB, 1978). Az is bizonyított továbbá, hogy az intraindividuális fejlődés menet konzisztens ezzel a visszajelentéssel; például a fizikálisan nem vonzó gyermekekkel több magatartási és nevelési probléma van, mint a fizikálisan vonzóakkal (például LANGLOIS és DOWNS, 1979; LERNER és LERNER, 1977).

Ehhez hasonló, a cirkuláris működést bizonyító adatok az egyéni viselkedésről is vannak. A viselkedési stílusukban vagy temperamentumukban eltérő gyermekek más nevelési igényeket támasztanak szüleikkel szemben. Sokkal nehezebb bánni például egy biológiailag aritmikus, élénk, ellenkező, reakcióiban visszahúzódó, új helyzetekhez pedig lassan alkalmazkodó gyermekkel, mint egy ritmikus, közeledésre kész, új helyzetben hamar alkalmazkodó, megfelelő intenzitással és jó hangulattal reagáló gyermekkel (THOMAS és CHESS, 1977). Az ilyen, temperamentumbeli különbözőséget mutató gyermekek más módon kommunikálnak szüleikkel és más felnőttekkel is (GARCIA COLL, KAGAN és REZNICK, sajtó alatt), gondviselőik is másként észlelik őket (BATES, 1980; KAGAN, 1982; THOMAS, CHESS és KORN, 1982), és más a valószínűsége annak is, hogy klinikai kezelést igénylő probléma alakul ki náluk (CAREY, 1974; THOMAS és CHESS, 1977).

Jelenlegi tudásunk hiányossággal ellenére, a szocializáció bizonyítottan kölcsönösségi jellegének a beavatkozásra nézve is fontos implikációi vannak. A helyzet felbecsülésekor értékelni kell a) a gyermek fizikai és viselkedéses inger-jellemzőit; b) a gondviselő reakcióját erre az ingerre; c) az ingerlés következményeként a gondviselőktől a gyermekhez eljutó visszajelzést, valamint d) mindezeknek a gyermekre gyakorolt hatását. A beavatkozás stratégiája valószínűleg a cirkuláris működés fenti négy láncszemének valamelyikére irányul. A kulcskérdés itt az, hogy az optimálisnál rosszabb lehet az olyan intervenció, amely abból indul ki, hogy a probléma forrása elsősorban a gyermekben, a szülőben vagy bármely izolált láncszemben van.

A beavatkozásnak a gondviselő és a gyermek kétirányú viszonyára kell koncentrálnia. Ez megvalósítható, ha a gyermek-pácienseket úgy kezeljük, hogy velük párhuzamosan vagy velük együtt legalább a szülők egyikével is találkoznak. Bár a gyermekterápia és a „gyermek a családon belül” kezelés összehasonlításának empirikus eredményei nem egyértelműek (MASTEN, 1979), a „családterápia” különböző irányzatainak egyik legfontosabb elve, hogy a családon belüli viszonyokra koncentrálnak. A kommunikációs tréning kezelésekre gyakran szülő-gyermek diádokat vonnak be (például BLECHMAN, TAYLOR és SCHRADER, 1981; ROBIN, 1981). Sikeresen kezeltek szülő-kamasz konfliktust problémamegoldó kommunikációs tréninggel, melyben együtt vett részt a szülő és a gyermek (ROBIN, 1981).

Az intervencióra vonatkozóan van még egy utolsó, inkább anticipálható, semmint evidens implikáció. A gyermekre mint ingerre vonatkozó fejlődépszichológiailag irodalom kiemeli annak előnyeit, ha feltárjuk, milyen ingert jelent a gyermek mint páciens. Azaz, mennyire eltérő hatással vannak a különböző gyermekek a terapeutára? Ez utóbbi kérdés nagymértékben összekapcsolódik azzal, hogy a beavatkozás végeredménye mellett újabban ismét fontossá

váit, hogy a sikeres végkifejtet megelőzően milyen interaktív folyamatok zajlanak a terapeuta és a gyermek között.

A GYERMEK MINT FELDOLGOZÓ

A fejlődéslelektan egyik alapfeltételezése, hogy az ember nem marad változatlan az élete folyamán. Normál esetben a testi, kognitív, szociális és érzelmi folyamatok változásokon mennek keresztül. Az pedig, hogy az egyént alkotó folyamatok a fejlődés során átalakulnak, azt jelenti, hogy valójában maga az organizmus is némiképp különböző az élete különböző pontjain. Ennél is fontosabb, hogy a fejlődés ilyen jellege azt is jelenti, hogy ugyanaz a tapasztalat — ugyanaz a beavatkozás —, ha élete más-más pontján éri az egyént, eltérő módon zajlik le és ennek következtében eltérő hatású lehet. A gyors növekedésben levő gyermekekre másként hathat a testnevelésre irányuló beavatkozás, mint azokra akik épp a lassú növekedés periódusában vannak; a művelet előtti szakaszban a gyermekek kevésbé képesek absztrakt szabályokat alkalmazni az önkontrollhoz, mint a formális műveletek szakaszában; valószínű, hogy a biztonságos attachment kapcsolatot éppen most kialakító gyermekek szociális repertoárja más, mint azoké, akik gondviselőjükkel már kialakították ezt.

Egyszóval a fejlődéselméletek és adatok irányjelzőket nyújtanak a kezelési módszer kiválasztásához. A klinikai terv felépítésében irányadó lehet, ha tudomásunk van az egyén fejlődési előtörténetéről, ismerjük fejlődőképességét, és felmérjük az életében várható fejlődési eseményeket. A gyermek klinikum és a fejlődéslelektan összekapcsolását a) preventív és támogató beavatkozások, valamint a b) gyógyító-terápiás kezelések területén szemlél-tjük.

Preventív és támogató beavatkozások

A még ki sem alakult problémák megelőzésére szolgáló beavatkozás a preventió, melynek legfontosabb szempontja az *időzítés*; ha, a beavatkozás igazán preventív, akkor meg kell előznie a krízist és meg kell akadályoznia a nem kívánt vagy beteg viselkedés kialakulását. A fejlődési folyamatok tanulmányozása biztosítja az előrelátó beavatkozások ismereti bázisát. A normatív fejlődési folyamatok ismeretében meghatározhatjuk, hogy egy adott beavatkozásnak mikor legvalószínűbb a sikere és a fejlettségi szint felbecsülése megadja az ehhez szükséges információt.

A fejlődési időtáblázat alapján végzett preventióra jó példa, amikor a fiziológiailag fejlett — nem kívánt koral terhességre veszélyeztetett — fiataloknak jól időzítve tanítják a döntéshozatali ismereteket (lásd például FURSTENBERG és CRAWFORD, 1978). Újabb példát szolgáltat a házassági konfliktusban élő szülők gyermekeinek felkészítése. Lévén, hogy a szülők válásának (HETHERINGTON, 1979) és házassági vitáinak (PORTER és O'LEARY, 1980) végigélése bizonyos életkorban nem kívánt hatással lehet a gyermekekre, az ilyen konflikt-

tusnak kitett páciensek megfelelő védelme, a feltárt esetekben Jótékony tapasztalatok biztosítása, elérheti a kívánt preventív hatást.

Nézzük továbbá a prevenció típusának és alanyának aktuális fejlődési szintje, vagy éppen kezdődő fejlődési fázisa közötti *összefüggést*. Az ilyen típusú tervezett prevenciót példázza, amikor a jelentkező adollescensnek vagy felnőtteknek olyan ismereteket tanítanak, amelyek arra vonatkoznak, hogyan bánjon magával. Ismereteink alapján megbízhatóan előrejelezhető az önálló gondolkodás és cselekvés iránti társadalmi igény növekedése. A viselkedés módosítást kontrolláló programok hatékonynak bizonyultak, de vajon optimálisan illeszkednek-e a fejlődési adatokhoz? Nem. A belső kontrollnak — mint a környezeti, külső kontroll ellenkezőjének — a gyakoroltatása szorosabban kapcsolódik a páciensek éppen jelentkező függetlenségéhez. Az a lényeg, hogy az élet folyamán nem minden beavatkozás egyformán hatásos, és a kezelésről való döntésben összhangba kell hozni a kiválasztott módszer jellemzőit azzal, amit az egyén individuális fejlődési pályájáról tudunk.

Még egy fejlődéslélektani kérdés érdemel itt figyelmet. Vajon akkor kell-e beavatkozni, amikor az egyén és környezete viszonylag stabil, vagy éppen a maximális egyéni és környezeti változások időszakában? Valószínűleg helytálló az a klinikai szemlélet, mely szerint az ember akkor tud a legkevésbé zavaró komplikációval változtatni a viselkedésén, ha ezt más változásokkal (például költözés, munkahelyváltás) egy időben kezd el. De mi a helyzet a preventív erőfeszítések időzítésével, és a fejlődési változások, szociális átalakulások bekövetkeztével? Az átalakulások — különösen, ha kettő vagy több történik egyszerre (például a lányok kezdődő testi fejlődése és az iskolaváltás; lásd SIMMONS, BLYTH, VANCLEAVE és BUSH, 1979) — megnehezítik az egyensúly fenntartását. Lényegesnek tűnik annak kutatása, hogy hatásában mennyire különbözik a viszonylag változó fejlődési periódusban alkalmazott preventív beavatkozás a stabil időszakban alkalmazottól. A kutatáson és gyakorlaton alapuló klinikai szemlélet szerint ugyanakkor a preventív erőfeszítések sokkal hatásosabbak akkor, ha abban nyújtanak jártasságot, hogyan kell egy fennálló vagy soron következő átalakulással megbírkózni, mint amikor egy aktuális traumát kezelnek.

FURMAN (1980) megjegyzi, hogy a preventív beavatkozások céljával kitűzött viselkedés kiválasztása gyakran a szubjektív megítélés alapján történt. Furman alternatív javaslata szerint sokkal hatékonyabb döntésekhez juthatunk, ha a gyermek fejlődésének tanulmányozásából nyert empirikus tényekre támaszkodunk. Javíthatjuk a preventív beavatkozásokat, ha felhasználjuk a viselkedés fejlődéslélektani modelljében foglalt prediktív erő és az empirikusan megállapított viszonyt a fejlődés különböző pontjain mutatott viselkedés között. Például az anya-gyermek viszonyra koncentrááló teoretikusok feltételezték, hogy az anya-gyermek társas viselkedés bizonyos formái előrejelzik a gyermek későbbi működését. És ezek a teoretikusok adatokkal bizonyították, hogy az anya-gyermek interakciókban tapasztalt bizonytalan válaszkészség korrelál a gyermek 2 és 5 éves korában mutatott problémamegoldási módjával és a kortársakkal szembeni kompetenciájával (AREND, GOVE és SROUFE, 1979; MATAS, AREND és SROUFE, 1978; SROUFE, 1979). Ehhez hasonlóan kapcsolatot vélnek felfedezni az iskolaévek alatt a kortársaktól kapott jellemzések

és a későbbi életvitel között (lásd például COWEN, PEDERSON, BABIGIAN, IZZO és TROST, 1973). Ezen adatokat például felhasználták a szociálisan izolált emberek kezelésénél, ahol a kortársak közötti népszerűség viselkedésbeli következményeit figyelembe vették a szociális tréning programok kialakításánál.

Válogatás nélkül, nagy számban vesznek részt a gyermekek azokban a programokban, amelyek későbbi képességeiket, kapcsolataikat és alkalmazkodóképességüket *erősítik*. A prevencióhoz hasonlóan a jól működő egyének számára szervezett megerősítő programok is sokat profitálhatnak a fejlődési folyamatok ismeretéből. Ha életkoruknak megfelelően fejlett, egészséges gyermekeknek tanítjuk a védekezés módszerét, ez várhatóan erősíti későbbi tapasztalataikat. Mindannyian stressznek kitéve élünk és a védekezés ellene állandó követelmény. De a feszültség természete és a védekezési módok hatékonysága az életút során változik. Például könnyítheti a tréninget, ha tudjuk, hogy különböző életkorokban milyen feszültségekkel járó társas kapcsolatokat kell kezdeni vagy befejezni (HARTUP, 1982).

Gyógyító/terápiás beavatkozások

Bár nem kap mindig megfelelő hangsúlyt, mégis az alkalmazott kezelési mód megválasztásához határozott előnyt jelent a klinikusok számára a pszichológiai fejlettségi szintek megkülönböztetése. Az előzőekben leírtak — például, hogy hasznos a beavatkozás stratégiájának és az egyéni fejlődési útnak az egyeztetése — a terápiás beavatkozásokra is állnak. De itt még olyan esetek is vannak, amikor a pszichés betegség jellege változik a fejlődési szint szerint, és ennek megfelelően kell módosítani a gyógyító eljárást. Az „uniformitás mítoszát” a pszichoterápiában (KIESLER, 1966) kiterjesztették a „fejlődés uniformitásának mítoszára” is (KENDALL, sajtó alatt), mely szerint az csak egy mítosz, hogy lehet írni és alkalmazni lehet kezelési módszereket általában „a gyermek” számára. A „gyermekek” egyénekből állnak, hihetetlenül sokféle viselkedési háttérrel, kognitív készségekkel, szociális és emocionális kapacitással; a „gyermekek” igen távol állnak a homogenitástól. Amikor a kezeléseket „gyermekek” számára tervezik, túlságosan sok fontos fejlődési szakaszt hagynak figyelmen kívül, és ennek eredményeként a terápia határfoka is elmarad az optimálistól. Jó példákat találhatunk erre a kognitív-viselkedési módszerek között: a szisztematikus deszenzitizációt, az én-kontroll terápiát, a szociálisan elszigetelt személyek kezelését és a szülői tréning-programokat.

Szisztematikus deszenzitizáció

A szorongás kezelésének egyik legtöbbet tanulmányozott módszere, a rendszeres deszenzitizálás (WOLPE, 1958) során felépítik a szorongáskeltő ingerek hierarchiáját, a szorongással összeegyeztethetetlen feltételeket teremtenek, majd ezeket a feltételeket párosítják a szorongást kiváltó ingerekkel. A standard eljárásban az izomlazítás a szorongással összeegyeztethetetlen feltétel. A személy relaxált állapotban (képzeletben vagy a valóságban) fokozatosan növekvő mértékben kiteszik a félelemkeltő ingernek.

A rendszeres deszenzitizációs technikát azon gyermekek esetében alkalmazták, akik olyan szorongásos problémáktól szenvedtek, mint a sötétségtől való félelem, iskolafóbia vagy a kis állatoktól való félelem. Bár a módszert a problémák széles körére alkalmazták, és az eljárást többféleképpen módosították, a szakirodalomban mégis túltengenek az esettanulmányok és nagyon kevés a kísérletekről szóló beszámoló. HATSENBUEHLER és SCHROEDER (1978) megjegyzik, hogy nem megfelelő módon vizsgálták az életkornak a deszenzitizáció hatékonyságára gyakorolt hatását: bár életkor szerint tág határok között zajlott a kutatás (11 hónaptól 15 éves korig), de mindössze egyetlen tanulmány értékelt az életkor hatását.

A fejlődési szint akkor jelenik meg szempontként, amikor azt vizsgáljuk, hogy különböző életkorokban hogyan manifesztálódik a gyermek szorongása. KATZ, KELLERMAN és SIEGEL (1980) összeállították azoknak a viselkedési megnyilvánulásoknak a listáját, melyekről feltételezték, hogy a gyermekek szorongását fejezik ki (sírás, megkapaszkodás, síkítás, izommerevség, elutasító testhelyzet, a kérés beszüntetése). Munkájukhoz egy olyan mintát használtak, amelyben 115 rákos, csontvelő-csapolásra utalt beteg gyermek szerepelt. A szorongás manifesztációja életkori hatást mutatott; a fiatalabb gyermekek jobban szorongtak, mint az idősebbek. Ugyanilyen figyelemre méltó volt, hogy a szorongás életkoronként másként fejeződött ki. A kisebb gyermekek a szorongásos viselkedés több fajtáját mutatják, mint az idősebbek. Sőt, a fiatalabbak úgy fejezték ki szorongásukat, hogy vissza kellett fogni őket, sírtak, síkoltak, míg a nagyobb gyermekek izmaik megmerevítésével, a fájdalom kifejezésével mutatták ki szorongásukat. A felhasznált mérési módszerek korlátain belül ugyan, de úgy tűnt, hogy az idősebb gyermekeknél gyakoribb a szorongás izomtenzióban való megnyilvánulása, ez pedig kétségessé teszi a deszenzitizáció izomrelaxációs elemének alkalmazhatóságát a fiatal gyermekekkel folyó munkában.

Az a lényeg, hogy a célba vett dolog (a szorongás) természetét és megnyilvánulását tekintve életkorhoz kapcsolódó változást mutat. Ugyanerre juthatunk volna, ha azt a kezelési eljárást nézzük, ahol a páciens (személyes beszámolókkal vagy anélkül) maga is részt vesz a szorongás átalakításában, de más példákat is vehetünk volna a céltárgy eltolódására. Például az ifjúkor kezdetén a szorongás fókusza megváltozik, speciális állatokról és eseményekről (és némi szabadon lebegő szorongástól) a szociális szorongás és az agorafóbia irányába tolódik. Ilyenkor a kisebbeknél lényeges lehet az ingernek való in vivo kitétel valamilyen formája, míg a nagyobb pácienseknél és adolesszenseknél egyfajta kognitív komponens belktatása válhat szükségessé (PETERSEN és CRAIGHEAD, 1. Jegyzet).

Önkontroll terápia

A fejlődéslelektani tényezők azokban az esetekben is fontos szerepet játszanak, amelyekben a kezeléseket kifejezetten gyermekek részére tervezik. Például öninstrukciós tréningeljárásokat alkalmaznak egy nagyobb lélegzetű — a gyermekek belső kontrolljának fejlesztését célzó — kezelés keretén belül (például KENDALL és BRASWELL, 1982). Az öninstrukciós tréning eljárások a gyer-

mek önirányításának fejlesztését célozzák az önmaguknak adott utasítások, tanácsok, jutalmak gyakorlásán keresztül, valamint közvetlenül a kognitív hiányosságokra irányulnak (KENDALL, 1977). Vagyis a beavatkozás a gyermeknek egyfajta kognitív stratégiát biztosít a problémák megoldásához, olyan stratégiát, amely addig nem volt hozzáférhető számára, és nem is használta azt a tréninget megelőzően. A felnőtt rendellenességek gyakran együttjárnak kognitív hibákkal vagy torzulásokkal, amikor az egyén kognitív módon működik ugyan, de az információkat nem megfelelően dolgozza fel, a világot irracionálisan interpretálja, vagy egyszerűen csak illogikusan gondolkodik (BECK, 1976). A felnőttek kognitív hibáival szemben a gyermekekkel végzett öninstrukciós tréning a kognitív hiányosságok megszüntetésére irányul: megtanítja a még nem gondolkodó gyermeket arra, hogyan kell gondolkodni.

Láttuk tehát az öninstrukciós tréning sajátos alkalmazhatóságát bizonyos típusú gyermekeknél, de fontos megjegyezni, hogy a fejlődésélektani tényezők további hatást is gyakorolnak. Kérdés, hogy fejlődésük melyik pontján képesek a gyermekek magukévá tenni az általunk tanított kognitív módszereket? Melyik az a fejlődési periódus, amikor a tréning metakognitív komponensei fogékony talajra találnak? Bár nem valószínű, hogy egyetlen kritikus időszakot lehet felfedezni, különböző szerzők (például KENDLER és KENDLER, 1962) az 5-7 éves kort azonosították mint a mediációs gondolkodás megjelenése szempontjából döntő időszakot. Amikor az organizmus fogékony-sága még nem alakult ki az áttételes fogalmakra, az öninstrukciós tréning eljárás csökkent hatékonysággal alkalmazható. Biztosan ésszerűtlennek látszik öninstrukciós tréning alkalmazása viselkedési problémák gyógyítására 3 éves korban. A 6 évesnél fiatalabb vizsgálati személyekkel végzett kutatások irodalmában egyaránt találunk kevésbé optimista (például HOBBS, MOQUIN, TYROLER és LAHEY, 1980) és optimistább (például URBAIN és KENDALL, 1980) végkövetkeztetéseket. Ésszerű következtetésnek tűnik, hogy az ilyen típusú tréning hatékonyságának a fejlődési szakasz az egyik moderátora.

A kognitív kapacitást — bár nem teljesen független az életkortól — a tréning eredményének egy másik fejlődési moderátoraként írták le (KENDALL, 1977; lásd még BOBBIT és KEATING, 1982). SCHLESER, COHEN, MEYERS és RODICK (sajtó alatt) 6 évesekkel végzett vizsgálatában azt tesztelte, mennyire különböző az öninstrukciós tréning hatása az eltérő kognitív szinten álló vizsgálati alanyokra. A kutatók összehasonlítottak egy olyan csoportot, amelyik maga „fedezte fel” a feladatnak megfelelő öninstrukciókat egy speciális öninstrukciós csoporttal folytatott dialógus kapcsán (az instrukciókat a szokásos, fokozatosan enyhülő módon adják), egy didaktikusan instruált csoportot és egy nem kezelt csoportot. Az összes csoportot tesztelték egy begyakorolt feladattal (ismerős alakok összemérésével), majd később egy nem gyakorolt (perspektívikus szemléletet igénylő) feladattal vizsgálták őket. A csoportokat életkor szerint egyeztetették és a vizsgálati alanyokat a Piaget által bevezetett művelet előtti, illetve konkrét műveleti szint szerint osztályozták két konzervációs feladatban nyújtott teljesítményük alapján. A két kontroll-feltétel szerint a vizsgálati személyek nem mutattak szignifikáns eltérést; a speciális öninstrukciók a begyakorolt feladatban jelentettek előnyt, de nem az általánosítási feladatban. A konkrét műveleti szinten álló vizsgálati alanyok ugyanakkor lényegesen jobbak voltak

mindkét feladatban, és az általánosítási feladatban az összes többi csoportnál jelentősen jobb volt a teljesítményük. A művelet előtti szinten álló alanyok nem mutatták ezt a javulást. Ezek az adatok arra utalnak, hogy a megfelelő kognitív kapacitással rendelkező alanyoknál a felfedezéssel módszer elő tudta segíteni a fejlődést, és a problémamegoldó stratégia generalizációját.

Beavatkozások szociálisan elszigetelt személyeknél

A kisgyermek szociális deficitjeinek gyógyítására egy sor módszert szoktak alkalmazni. Kortársakkal való struktúrálatlan játékszituációban vizsgálva a kontrollcsoportok hatását, úgy tűnik, hogy az elszigetelt gyermekekre nézve kevés közvetlen előnnyel járnak a kortársakkal való *struktúrálatlan* interakciók. Azokhoz a csoportokhoz képest, akiknek tagjai irányított interakciós tréningben vettek részt, minimális volt a nyereség (ODEN és ASHER, 1977). Mit mondhatunk viszont annak lehetőségéről, hogy a fejlődéslelektani információkat felhasználjuk az interakciók megtervezésénél? Kiderült, hogy ha a kezelt gyermekeknek lehetőséget biztosítunk arra, hogy nála *kisebb* gyermekkel (nem struktúrált instrukció mellett) kettesben játsszon, az növeli a visszahúzódozó kisgyermek szociabilitását (FURMAN, RAHE és HARTUP, 1979). A szociálisan izolált majmok rehabilitációjának kutatási szakirodalmát (SUOMI és HARLOW, 1972) felhasználva FURMAN és munkatársai (1979) leírják, hogy az idősebb, zárkózott gyermekek szociális viselkedését inkább növelték a fiatalabb gyermekekkel szervezett, mint az azonos korúakkal zajló páros játékkülések. A szerzők úgy gondolják, hogy az ilyen beavatkozás hatékonysága abból adódhat, hogy az izolált gyermekek hiányzik a vezető szerep átélése. A játékkülés lehetőséget kínál arra, hogy a gyermek szociálisan magabiztos legyen, és ezzel egy időben nagyobb a siker lehetősége is a kevésbé érett gyermekkel játszva, mint kortársak között.

További adalék, amit SCARLETT írt le (1980), megfigyelve az elszigetelt helyzetű bölcsődések viselkedését. Ezek a gyermekek a nem izoláltakhoz képest kevésbé tettek kísérletet arra, hogy társaik viselkedését alakítsák vagy befolyásolják, még akkor is, ha interakcióba bocsátkoztak velük. SCARLETT (1980) azt is megfigyelte, hogy az izolált gyermekek nagyobb valószínűséggel lépnek kapcsolatba társaikkal kisebb és struktúráltabb csoportban. Korcsoportok szerint eltérőek az izoláltaknak szóló speciális — szociális jártasságot is magába foglaló — gyakorlatok és arra is vannak adatok, hogy a negatív szociális preferenciához kapcsolódó viselkedés is mutat életkori változásokat (COIE, DODGE és COPPOTELLO, 1982). A gyermekekre érvényes szociális készségeket többnek kell tekintenünk, mint a felnőttekre vonatkozóan leírtak egyszerű kiterjesztését visszafelé.

A szociális készségek hiányainak gyógyításában alapvető, hogy alkalom legyen a kortársakkal való találkozásra, de igen fontos, hogy pontosan milyen is egy-egy ilyen alkalom. Ésszerű és az adatokkal egybevág, hogy a találkozási lehetőségeket — lévén, hogy a terápiás folyamatban létfontosságúak — ne bízzuk a véletlenre. A struktúrált helyzetek, melyekben fejlődési szintjének megfelelő tapasztalatokat tudunk biztosítani a gyermeknek, növelik a kívánt eredmény elérésének valószínűségét.

A gyermekekkel folyó klinikai kezelések során széles körben alkalmazták és kutatási eredményekkel alátámasztották a szülőtréninget (például O'DELL, 1974). A tréning során általában — a behaviorista tradíció szerint — azt várják a szülőktől, hogy megismerjék és képesek legyenek alkalmazni a szociális tanulás alapelveit. A fő téma a pozitív megerősítés elve, de az időzítés és a meg egyezés (megállapodás) szintén jelentős figyelmet kap a klinikusoknál és a kutatóknál. Az egyszerű behaviorista állásponttal szemben — amely a szülőtréninget a kontingenciákra alapozza — a fejlődéslélektanilag szenzitív tréning program során a szülőket meg kell tanítani, hogyan bánjanak a feltételekkel, és a normál fejlődésmenetre vonatkozó fejlődéslélektani információkra is. Mit várhat el a szülő 6 éves gyermekétől a szociális problémák megértése vagy mások érzéseinek megértése terén? Milyen várakozások vágnak egybe a 7 évesek morális fejlettségével? Problémás gyermekek szüleinél tapasztalható, hogy fejlődéslélektani informátlanságuk közrejátszik gyermekikkel szemben támasztott elvárásaikban. Az elvárások, miszerint az újszülött olyan, mint egy miniatűr felnőtt, az el nem ért célok feletti csalódottsághoz, frusztrációhoz és gyakran büntetéshez vezetnek. Nagyon is fontosnak tűnik, hogy a szülőtréning során fejlődéslélektani ismeretek bevonásával módosítsuk a nem megfelelő elvárásokat.

Az a következtetés, hogy a terapeuta a fejlődési adatokat felhasználja munkája során, túlmutat a fentiekben áttekintett témákon. FURMAN (1980) például adatokkal bizonyítja, hogy a gyermekek fogékonysága — bizonyos megerősítő és büntető technikákra csakúgy, mint a viselkedésük módosítását célzó eljárások bizonyos komponenseire — a fejlődés során változik. A kezelési eljárások hatékonyságát pedig befolyásolják az olyan területek fejlődési változásaival, mint az emlékezet, a nyelv, a feltételes gondolkodás, a kategorizálás képessége és a szerepek percepciója (COHEN és SCHLESER, 1983; MATHEWS és BROOKS-GUNN, 1983).

A GYERMEK MINT KÖZVETÍTŐ, ÁTALAKÍTÓ és ELOSZTÓ

A gyermek viselkedésének hajlékonyságát a kompetencia adja (BLOCK, 1982; BLOCK és BLOCK, 1980), és a hajlékonyság az a tulajdonság, amit a beavatkozás hível feltételeznek az egyén részéről. Épp ez a tulajdonság teszi racionálissá a beavatkozásukat. Így a gyermek hajlékonysága érdekében fejlődő kompetenciája — az a képessége, hogy az új környezeti igényeknek megfelelően változtassa önmagát, vagy úgy változtassa környezetét, hogy az személyes céljainak jobban megfeleljen — egy újabb terület, ahol talán kapcsolat jöhet létre az emberi fejlődésment kutatói és az emberi feltételek javítása érdekében ténykedők között.

Ezt a kapcsolatot talán a „jó illeszkedés” fogalmával illusztrálhatnánk. Az egyén hatékony vagy egészséges együttváltozása a környezettel azt jelenti, hogy megfelel a környezetéből jövő igényeknek vagy nyomásnak. Azok a gyermekek, akik ezeknek az igényeknek megfelelnek, jól illeszkednek és azt

remélhetjük, hogy ha egy gyermek megfelelő kompetenciával rendelkezik ahhoz, hogy változó igények mellett is folyamatosan fenntartsa ezt az illeszkedést, az nagyobb valószínűséggel fog egészségesen fejlődni, mint az a gyermek, aki nem mutat ilyen hajlékonyságot (LERNER és LERNER, sajtó alatt).

Pontosan milyen kompetenciára is van szükség a jó illeszkedés pillanatnyi és tartós fenntartásához? Milyen feladatai vannak a felmérésnek és beavatkozásnak, ha ezt a fajta kompetens önszabályozó viselkedést akarjuk elősegíteni? Fel kell becslőnünk, hogy a gyermek megfelelően tudja-e értékelni a) egy adott környezet, helyzet igényeit, b) saját pszichológiai és viselkedési jellemzőit, és c) e kettő viszonyát. E kognitív felmérés mellett további gondolkodási, viselkedési és készségfelmérésre is szükség van. Meg kell határozni, hogy a gyermek képes-e arra, hogy kiválassza és keresse azokat a helyzeteket, amelyekben nagy valószínűséggel megtalálja a helyét, és elkerülje azokat, amelyekhez rosszul illeszkedne.

Ráadásul az olyan helyzetekben, ahol nem nagyon lehet választani — gondoljunk az eleve adott családra vagy a kijelölt általános iskolai osztályra —, azt kell felbecslőnünk, hogy a gyermeknek vannak-e ismeretel és eszközei akár ahhoz, hogy személyében változzon a környezet kívánalmail szerinti, akár az ellenkezőjéhez, hogy ti. a körülményeket változtatni tudja, hogy azok jobban megfeleljenek az ő személyes jellemzőinek (MISCHEL, 1977; SNYDER, 1981). Továbbá a legtöbb helyzetben igen összetett igények hatnak a személyre, és közülük nem mindegyik jelent ugyanolyan nyomást (és nem egyforma súlyúak). Így azt is fel kell becslőni, hogy a gyermek érzékeli-e és képes-e értékelni ezt a komplexitást? Ki kell deríteni továbbá, hogy megvannak vagy hiányoznak azok a módszerek, amelyekkel ki tudja választani azokat a követelményeket, amelyeknek meg fog felelni (ha nem tud mindennek megfelelni). Végül pedig mindezekkel az egyénre vonatkozó becslésekkel párhuzamosan fel kell mérni, hogy az adott körülmények milyen környezeti igényeket támasztanak.

Az ilyen, személyre és környezetre vonatkozó felméréseket felhasználva a megfelelő beavatkozás arra irányulhat, hogy erősítse a gyermek önszabályozó képességét és ezen keresztül arra való készségét is, hogy javítsa saját illeszkedését. Ilyenek például az én hatásfokát és/vagy az önkontrollt erősítő kezelések.

Azok a gyermekek akik az adott körülmények között nem tekintik magukat hatékonyak, vissza fognak húzódní a szituációtól, az adott helyzetben vagy helyzettől rossz hangulatba kerülnek és/vagy csökkentik aktivitásukat (BANDURA, 1980a; 1980b). BANDURA és SCHUNK (1981) leírják, hogy azok az általános iskolások, akik gyengén teljesítettek a matematika órákon, visszahúzódtak a helyzettől, maguk is hozzájárulva ahhoz, hogy hiányosságai tovább fokozódjanak. Elkerülték az olyan tapasztalatokat és gyakorlati lehetőségeket, amelyek a sikerességhez szükségesek. Bandura és Schunk úgy találta, hogy ha abban segítünk, hogy a gyermek észlelje saját hathatóságát, ezzel nő a matematika terén nyújtott kompetenciája.

Azokat a gyermekeket, akiknek önkontroll-problémájuk volt, gyakran küldik kezelésre, mert jellegzetes viselkedési stílusuk — alacsony válaszküszöb (gyakran említik „impulzív” viselkedésként), nagy közelség, és gyakran magas intenzitás- és aktivitásszint — nem vág egybe szülei és/vagy tanárai

elvárásaival (KENDALL, 1981). Az összhanghiánya saját viselkedésük és a környezetükben levők értékkel között gyakran okoz egyéni problémákat (például iskolai nehézségek, mint a klinikai beutalás leggyakoribb okát; lásd ACHENBACH és EDELBROCK, 1981), és meg nem értettséget interperszonális kapcsolatokban. Az önkontroll gyakorlásával csökkenthető a viselkedési problémák és a gyermek új lehetőséget kap arra, hogy megfeleljen környezetének igényeinek. KENDALL és BRASWELL (1982) leírják, hogy a tréning-helyzet hogyan hat a megvalósuló generalizáló módjára.

Egyszóval vannak módszerek arra, hogyan láthatjuk el az egyént olyan eszközökkel, melyek önmaga, környezete vagy mindkettő megváltoztatásához szükségesek. Így ahhoz a helyzethez képest, amikor az illeszkedést „passzív befogadóként” átélve — sajátos kognitív és viselkedési sajátosságai következtében — azonnal átérzik ennek örömét, a felmérések és a kezelések azokat a képességeket biztosíthatják a gyermeknek, amelyek lehetővé teszik, hogy a megfelelőek illeszkedjenek és ezáltal elősegítik saját későbbi fejlődésüket is.

A kezelés végeredményének értékelése

A fejlődéslelektani adatok — csak úgy, mint a kezelési programok megtervezésénél és kivitelezésénél — a klinikai eredmények értékelésekor is hasznosak lehetnek. Az alábbiakban a) becslést és b) a normatív összehasonlítást tekintjük át.

Becslés

Hova fordulhat a gyermekklinikai terápiás hatás kutatója olyan becslési módszerekért, amelyek közül kiválaszthatja azt, amelyik segít neki a változás felbecsülésében? Hova fordulhat a kutató? A gyermekpszichopatológia néhány — mérésre és osztályozásra használt — skálamódszere, valamint a jellegzetes viselkedésmódok természetes megfigyelési módszere (mindkettő a fejlődéslelektanon kívül, elkülönülten létezik) kivételével a viselkedési, kognitív, emocionális és társas működés felmérésének számos módszerét a fejlődéslelektani szakirodalomból veszik át. Az adaptáció ösztönző ugyan, de — annak ellenére, hogy a fejlődéslelektani mérési módszereket úgy tervezték, hogy megfelelő pszichometriai hitelességgel rendelkezzenek —, itt kiemelt követelmény a mérőeszközzel szemben, hogy „érzékeny legyen a változásra”. Az intervenció céljai érdekében kulcskérdés a változás érzékelése.

Mivel a gyermekkor sok fontos fejlődéslelektani változás kíséri, a változásra érzékeny becslések megvalósítása kétségtelenül sok gondot okoz. Felmerül a fejlődéslelektani kutatás egyik kulcsproblémája: a mérés egyenlőségének biztosítása (lásd BALTES, REESE és NESSELROADE, 1977). A kezeléseket végzőknek fel kell tenniük és meg kell próbálniuk megválaszolni az alábbi kérdést: Használható-e ugyanaz a becslési eljárás a kezelés előtti, kezelés utáni és a követési időszakban (azaz különböző életkorokban), vagy azonos fogalmat különböző, de életkorok megfelelő módszerrel kell becsülni? Ez kritikus kérdés a hosszútávú követéses és longitudinális vizsgálatokban.

Javaslatunk egy többszörös eljárás alkalmazása lenne, amely lényegében a fenti két lehetőség kombinációja. Ha ugyanaz a becslési módszer az idő múltával kimutatja a kívánt változásokat, csak akkor tudjuk meghatározni a terápia hozzájárulását, ha összehasonlítjuk azokat a változásokat, melyeket a) a fejlődés önmagában és b) az ismételt felmérés okozott. Megfelelő kontroll-feltételek biztosításával előáll a szükséges metodológia. Ha az életkornak megfelelő (de nem ugyanazon) mérési eljárások mutatják ki a kívánt változást, a terápia hozzájárulását a — megfelelő kontroll mellett végzett — időbelli összehasonlításokból gyűjthetjük ki. Ha a becsléshez mindkét megközelítésmódot felhasználjuk, az értékelő meghatározhatja, hogy a végeredmény függött-e az alkalmazott mérési eljárástól. Amennyiben a változások mindkét mérési stratégia során megjelennek, az adatokat meggyőzőnek kell tekintenünk.

Normatív összehasonlítások

Az egyre fejlettebb kutatási módszerek hozzájárultak ahhoz, hogy csökkent a belső invaliditás lehetősége — ami alááshatja egy kutatási beszámoló végkövetkeztetését —, a klinikai minták aláhúzták a kutatási eredmények külső általánosíthatóságát, az új tervezési és elemzési módszerek pedig lehetővé tették, hogy a kutatók egyre bonyolultabb, egyre fontosabb kérdéseket tegyenek fel és válaszoljanak meg. Mindazonáltal — és ez alól csak a szociális validálás eljárásal kivételek — az egyre fejlettebb módszerek nem mutatják ki, hogy a kezelés eredményességének adatai mennyire meggyőzőek. Más szóval nem mutatják meg, és nem is segítik azt, hogy képesek legyünk számszerűsíteni a kezelés *hatásának* mértékét. A terápia munka hatásosságának valós és meggyőző demonstrációja az lehet, ha az egykor problémás, beteg gyermekeket ma, a kezelés után nem lehet megkülönböztetni egy jelentős és reprezentatív referenciacsoporton belül. A normatív összehasonlítások az ilyen jellegű változások dokumentálására nyújtanak lehetőséget. A normatív összehasonlítások jellemzőit máshol már leírtuk (KENDALL és NORTON-FORD, 1982).

A normatív összehasonlítások egyik legelső alkalmazója PATTERSON (1974) volt. A deviáns viselkedés változásait figyelte a kiindulástól a kezelésig és azt követően is, az idősorok vizuális vizsgálatát alkalmazva, de ő is megállapította, hogy a kezelt eseteknél a viselkedési ráta a normális keretek közötti értékre csökkent. A közelmúltban KENDALL és BRASWELL (1982) alkalmazott normatív összehasonlítást értékelő skálák, feladatok és tesztek, valamint a viselkedés megfigyelése között. Ugyanazon az iskolai osztályon belül összehasonlítottuk adott viselkedés előfordulási gyakoriságát a kezelt és a nem kezelt (de kor, nem és hozzávetőleges IQ tekintetében megegyező) gyermekek között. A kívánt szintet elért gyermekek közül vett mintát vakon értékeltettük tanárokkal, és a kezelés hatását — részben — azzal határoztuk meg, hogy a problémás gyermekek értékelése visszatért-e a normál keretek közé. RICKEL és LAMPI (1981) a változások vizsgálatára követéses összehasonlítást végzett a veszélyeztetett és kezelt gyermekek, valamint a nem veszélyeztetett gyermekek egy csoportja között. Problémamegoldó kezelésük a gyermekek teljesítményét a kevésbé veszélyeztetett gyermekekével összehasonlítható szintre hozta.

Statisztikai tesztekkel meghatározhatjuk, hogy a kezelt csoport szignifikánsan különbözik-e a normatív csoporttól. Ezekben az összehasonlításokban az a kívánatos, hogy a kezelés után az eltérések ne legyenek szignifikánsak — ne legyen lényeges különbség a kezelt és a normatív minta között. Ezen eredmények alapján az átlagos kezelt gyermek nem mutatkozik szignifikánsan másnak az átlagos normál alanyok mértékével mérve és a kutató még ösztönzőbb kijelentéseket tehet a kezelés hatására vonatkozóan. A teljes körű normatív adatokból létrehozható egy megfelelő kisebb adatsor, amelyet a beavatkozás hatásának megítélésekor standardként lehetne használni.

Következtetések

A humán fejlődés tanulmányozása és a beavatkozás gyakorlata közötti szintézis fontos következményekkel jár mindkét terület fejlődésére nézve. A beavatkozásokat végzők jobban megértik majd, hogy módszereik miért nem egyformán hatásosak az élet minden szakaszában és hogy adott életszakasz hogyan írja körül a változás lehetőségét a rákövetkező szakaszokban. A fejlődéslélektan művelői megértik majd, hogy a prototipikus fejlődési út sokkal nyitottabb a változásra, mint azt előzőleg vagy általában gondolták, és hogy — az ember fejlődési folyamatainak plaszticitása következtében — a lényegi változás lehetősége sokkal tovább jelen marad az életben, mint azt korábban hitték.

A fejlődéslélektan kutatói és a beavatkozást végzők együtt talán hozzájárulnak a mai pszichológia legjelentősebb kérdésének tisztázásához: az élet folyamán tapasztalt állandóság és változás kérdéséhez (BRIM és KAGAN, 1980). Ebben az együttműködésben talán jobban megismerjük azokat a feltételeket, melyek közepette megfigyeljük az állandóságot és látjuk és/vagy előidézzük a változást és talán megtanuljuk, hogyan lehet a legjobban egyensúlyban tartani az életnek ezt a két, mindenütt jelenlévő vonását az emberi feltételek megjavítása érdekében.

(Angster Mária fordítása)

JEGYZETEK

1. HARTUP, W. W., 1982, Comments at the National Institute of Mental Health conference on developmental psychology and child psychopathology, Chapel Hill, North Carolina.
2. PETERSEN, A. C. and CRAIGHEAD, W. E., 1982, *Emotional and personality development in normal adolescents and young adults*, Presentation at the research workshop entitled „Preventive Aspects of Suicide and Affective Disorders among Adolescents and Young Adults”, jointly sponsored by the Office of Prevention and the Center for Studies of Affective Disorders, NIMH; hosted by Harvard University, Cambridge, Massachusetts, December 3—4.

IRODALOM

- ACHENBACH, T. M. and EDELBROCK, C. S., 1981, Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46, (1, Serial No. 188.
- AREND, R., GOVE, F. and SROUFE, L. A., 1979, Continuity in early adaptation: From attachment theory in infancy to resiliency and curiosity at age four, *Child Development*, 50, 950—959.
- BALTES, P. B., TEESE, H. W. and NESSELROADE, J. R., 1977, *Life-span developmental psychology: Introduction to research methods*, Monterey, Calif.: Brooks/Cole.
- BANDURA, A., 1977, *Social learning theory*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.
- BANDURA, A., 1980a, Self-referent thought: A developmental analysis of self-efficacy, In: J. H. FLAVELL and L. D. ROSS (eds), *Cognitive social development: Frontiers and possible futures*, New York, Cambridge University Press.
- BANDURA, A., 1980b, The self and mechanisms of agency, In: J. SULLS (ed.), *Social psychological perspectives on the self*, Hillsdale, N.J., Erlbaum.
- BANDURA, A. and SCHUNK, D. H., 1981, Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586—598.
- BATES, J., 1980, The concept of difficult temperament, *Merill-Palmer Quarterly*, 26, 299—319.
- BECK, A. T., 1976, *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New York, International Universities Press.
- BELL, R. Q., 1968, A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization, *Psychological Review*, 75, 81—95.
- BLECHMAN, E. A., TAYLOR, C. J. and SCHRADER, S. M., 1981, Family problem solving versus home notes as early intervention with high-risk children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 919—926.
- BLOCK, J., 1982, Assimilation, accommodation, and the dynamics of personality development, *Child Development*, 53, 281—295.
- BLOCK, J. H. and BLOCK, J., 1980, The role of ego control and ego resiliency in the organization of behavior, In: W. A. COLLINS (ed.), *Minnesota symposia on child psychology*, (Vol. 13), Hillsdale, N. J., Erlbaum.
- BOBBITT, B. L. and KEATING, D. P., 1983, A cognitive-developmental perspective for clinical research and practice, In: P. C. KENDALL (ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy*, (Vol. 2), New York, Academic Press.
- BRIM, O. G., Jr. and KAGAN, J., 1980, Constancy and change: A view of the issues, In: O. G. BRIM, Jr. and J. KAGAN (eds), *Constancy and change in human development*, Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- CAREY, W. B., 1974, Night waking and temperament in infancy. *Journal of Pediatrics*, 84, 756—758.

- COHEN, R., and SCLESER, R., 1983, Cognitive development in childhood, In: A. W. MEYERS and W. E. CRAIGHEAD (eds), *Cognitive-behavioral therapy with children*, New York, Plenum.
- COIE, J. D., DODGE, K. A. and COPPOTELLO, H., 1982, Dimensions and types of social status, A cross-age perspective, *Developmental Psychology*, 18, 557—570.
- COWEN, E. L., PEDERSON, A., BABIGIAN, H., IZZO, L. D. and TROST, M. A., 1973, Long-term follow-up of early detected vulnerable children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 438—446.
- CRAIGHEAD, W. E., MEYERS, A. W., CRAIGHEAD, L. W. and CMHALE, S. M., 1983, Issues in cognitive-behavior therapy with children, In: M. ROSENBAUM, C. M. FRANKS and Y. JAFFE (eds), *Perspectives on behavior therapy in the eighties*, New York, Springer.
- FUERSTENBERG, F. F. and CRAWFORD, A. G., 1978, Family support, Helping teenage mothers to cope, *Family Planning Perspectives*, 10, 322—333.
- FURMAN, W., 1980, Promoting social development, Developmental implications for treatment, In: B. B. LAHEY and A. E. KAZDIN (eds), *Advances in clinical child psychology (Vol. 3.)*, New York, Plenum.
- FURMAN, W., RAHE, D. F. and HARTUP, W., 1979, Rehabilitation of socially withdrawn preschool children through mixed-age and same-age socialization. *Child Development*, 50, 915—922.
- GARCIA COLL, C., KAGAN, J. and REZNICK, J. S., Behavioral inhibition in young children, *Child Development*, In press.
- HATSENBUEHLER, L. C. and SCHROEDER, H. E., 1978, Desensitization procedures in the treatment of childhood disorder, *Psychological Bulletin*, 85, 831—844.
- HARTUP, W. W., 1978, Perspectives on child and family interactions, Past, present, and future, In: R. M. LERNER and G. B. SPANIER (eds), *Child influences on marital and family interaction: A life-span perspective*, New York, Academic Press.
- HETHERINGTON, E. M., 1979, A child's perspective, *American Psychologist*, 34, 851—858.
- HOBBS, A. A., MOQUIN, L. E., TYROLER, M. and LAHEY, B. B., 1980, Cognitive behavior therapy with children, Has clinical utility been demonstrated? *Psychological Bulletin*, 87, 147—165.
- HORNEY, K., 1945, *Our inner conflicts*, New York, Norton.
- HUNT, J., MCV., 1961, *Intelligence and experience*, New York, Ronald.
- KAGAN, J., 1982, The construct of difficult temperament: A reply to THOMAS CHESS and KORN, *Merrill-Palmer Quarterly*, 28, 21—24.
- KAPLAN, B., 1983, A trio of trials, In: M. LERNER (ed.), *Developmental psychology: Historical and philosophical perspectives*, Hillsdale, N. J., Erlbaum.
- KATZ, E. R., KELLERMAN, J. and SIEGEL, S. E., 1980, Behavioral distress in children with cancer undergoing medical procedures: Developmental considerations, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 356—365.
- KAZDIN, A. E., 1977, Assessing the clinical or applied significance of behavior change through social validation, *Behavior Modification*, 1, 427—452.

- KENDALL, P. C., 1977, On the efficacious use of verbal self-instructional procedures with children, *Cognitive Therapy and Research*, 1, 331—341.
- KENDALL, P. C., 1981, Cognitive-behavioral intervention with children, In: B. B. LAHEY and A. E. KAZDIN (eds), *Advances in clinical child psychology (Vol. 4.)*, New York, Plenum.
- KENDALL, P. C., 1982a, Cognitive processes and procedures in behavior therapy, In: C. M. FRANKS, G. T. WILSON, P. C. KENDALL and K. D. BROWNELL (eds), *Annual review of behavior therapy (Vol. 8.)*, New York, Guilford.
- KENDALL, P. C., 1982b, Integration: Behavior therapy and other schools of thought, *Behavior Therapy*, 13, 559—571.
- KENDALL, P. C., Social cognition and problem-solving: A developmental and child-clinical interface, In: B. GHOLSON and T. ROSENTHAL (eds), *Applications of cognitive development theory*, New York, Academic Press, in press.
- KENDALL, P. C. and BEMIS, K. M., 1983, Thought and action in psychotherapy: Cognitive-behavioral approaches, In: M. HERSEN, A. E. KAZDIN and A. S. BELLACK (eds), *The clinical psychology handbook*, New York, Pergamon.
- KENDALL, P. C. and BRASWELL, L., 1982, Cognitive-behavioral self-control therapy for children: A components analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 672—689.
- KENDALL, P. C. and NORTON-FORD, J. D., 1982, Therapy outcome research methods, In: P. C. KENDALL and J. N. BUTCHER (eds), *Handbook of research methods in clinical psychology*, New York, Wiley.
- KENDLER, H. H. and KENDLER, T. S., 1962, Vertical and horizontal processes in problem solving, *Psychological Review*, 69, 1—16.
- KIESLER, D. J., 1966, Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm, *Psychological Bulletin*, 65, 110—136.
- LAMB, M. E., 1978, Influence of the child on marital quality and family interaction during the prenatal, perinatal and infancy periods, In: R. M. LERNER and G. B. SPANIER (eds), *Child influences on marital and family interaction: A life-span perspective*, New York, Academic Press.
- LANGLOIS, J. H. and DOWNS, A. C., 1979, Peer relations as a function of physical attractiveness: The eye of the beholder or behavioral reality, *Child Development*, 50, 409—418.
- LANGLOIS, J. H. and STEPHAN, C. W., 1981, Beauty and the beast: The role of physical attraction in peer relationships and social behavior, In: S. S. BREHN, S. M. KASSIN and S. X. GIBBONS (eds), *Developmental social psychology: Theory and research*, New York, Oxford University Press.
- LERNER, J. V. and LERNER, R. M., Temperament and adaptation across life: Theoretical and empirical issues, In: P. B. BALTES and O. G. BRIM, Jr. (eds), *Life-span development and behavior (Vol. 5.)*, New York, Academic Press, in press.
- LERNER, R. M., 1976, *Concepts and theories of human development*, Reading, Mass., Addison-Wesley.
- LERNER, R. M., 1982, Children and adolescents as producers of their own development, *Developmental Review*, 2, 342—370.

- LERNER, R. M., *On the nature of human plasticity*, New York, Cambridge University Press, In press.
- LERNER, R. M. and BUSCH-FOSSNAGEL, N. A., 1981, Individuals as producers of their development: Conceptual and empirical bases, In: R. M. LERNER and N. A. BUSCH-FOSSNAGEL (eds), *Individuals as producers of their development: A life-span perspective*, New York, Academic Press.
- LERNER, R. M., IWAWAKI, S. and CHIHARA, T., 1976, Development of personal space schemata among Japanese children, *Developmental Psychology*, 12, 446—467.
- LERNER, R. M. and LERNER, J. V., 1977, The effects of age, sex, and physical attractiveness on child-peer relations, academic performance, and elementary school adjustment, *Developmental Psychology*, 13, 585—590.
- LERNER, R. M. and SPANIER, G. B., 1978, A dynamic interactional view of child and family development, In: R. M. LERNER and G. B. SPANIER (eds), *Child influence on marital and family interaction: A life-span perspective*, New York, Academic Press.
- MASTEN, A. S., 1979, Family therapy as a treatment for children: A critical review of outcome research, *Family Process*, 18, 323—335.
- MATAS, L., AREND, R. and SROUFE, L. A., 1978, Continuity in adaptation in the second year: The relationships between quality of attachment and later competence, *Child Development*, 49, 547—556.
- MATHEWS, W. S. and BROOKS-GUNN, J., 1983, Social development in childhood, In: W. MEYERS and W. E. CRAIGHEAD (eds), *Cognitive behavior therapy with children*, New York, Plenum.
- MEYERS, A. W. and CRAIGHEAD, W. E. (eds), 1983, *Cognitive behavior therapy with children*, New York, Plenum.
- MISCHEL, W., 1977, On the future of personality measurement, *American Psychologist*, 32, 246—254.
- O'DELL, S. L., 1974, Training parents in behavior modification: A review, *Psychological Bulletin*, 81, 418—433.
- ODEN, S. and ASHER, S. R., 1977, Coaching children in social skills for friendship making, *Child Development*, 48, 495—506.
- OVERTON, W. F. and REESE, H. W., 1973, Models of development: Methodological implications, In: J. R. NESSELROADE and H. W. REESE (eds), *Methodological issues*, New York, Academic Press.
- PATTERSON, G. R., 1974, Interventions for boys with conduct problems: Multiple settings, treatments, and criteria, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471—481.
- PORTER, B. and O'LEARY, K. D., 1980, Marital discord and childhood behavior problems, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 287—295.
- REESE, H. W. and OVERTON, W. F., 1970, Models of development and theories of development, In: L. R. GOULET and P. B. BALTES (eds), *Life-span developmental psychology: Research and theory*, New York, Academic Press.
- RICKEL, A. U. and LAMPI, L., 1981, A two-year follow-up study of a preventive mental health program for preschoolers, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 455—464.

- ROBIN, A. L., 1981, A controlled evaluation of problem-solving communication training with parent-adolescent conflict, *Behavior Therapy*, 12, 593—609.
- SCARLETT, W. G., 1980, Social Isolation from age-mates among nursery school children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 231—240.
- SCARR, S. and MCCARTNEY, K., 1983, How people make their own environments: A theory of genotype environments effects, *Child Development*, 54, 424—435.
- SCHLESER, R., COHEN, R., MEYERS, A. W. and RODICK, J. D., The effects of cognitive level and training procedures on the generalization of self-instructions, *Cognitive Therapy and Research*, In press.
- SCHNEIERLA, T. C., 1957, The concept of development in comparative psychology, In: D. B. HARRIS (ed.), *The concept of development*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- SELMAN, R. L. and YANDO, R. (ed.), *New directions for child development: Clinical-developmental psychology*, San Francisco, Jossey-Bass.
- SIMMONS, R. G., BLYTH, D. A., VANCLEAVE, E. F. and BUSH, D. M., 1979, Entry into early adolescence: The impact of school structure, puberty, and early dating on self-esteem, *American Sociological Review*, 44, 948—962.
- SNYDER, M., 1981, On the influence of individuals on situations, In: N. CANTOR and J. F. KIHLESTROM (eds), *Cognition, social interaction, and personality*, Hillsdale, N. J., Erlbaum.
- SORELL, G. T. and NOWAK, C. A., 1981, The role of physical attractiveness as a contributor to individual development, In: R. M. LERNER and N. A. BUSCH-ROSSNAGEL (eds), *Individuals as producers of their development: A life-span perspective*, New York, Academic Press.
- SROUFE, L. A., 1979, The coherence of individual development, *American Psychologist*, 34, 834—841.
- SUOMI, S. J. and HARLOW, H. F., 1972, Social rehabilitation of isolate-reared monkeys, *Developmental Psychology*, 6, 487—496.
- THOMAS, A. and CHESS, S., 1977, *Temperament and development*, New York, Brunner/Mazel.
- THOMAS, A., CHESS, S., BIRCH, H., HERTZIG, M. and KORN, S., 1963, *Behavioral individuality in early childhood*, New York, University Press.
- THOMAS, A., CHESS, S. and KORN, S. J., 1982, The reality of difficult temperament, *Merrill-Palmer Quarterly*, 28, 1—20.
- URBAIN, E. S. and KENDALL, P. C., 1980, Review of social-cognitive problem solving interventions with children, *Psychological Bulletin*, 88, 109—143.
- WOLPE, J., 1953, *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford, Calif., Stanford University Press.

PHILIP C. KENDALL, RICHARD M. LERNER,
and EDWARD CRAIGHEAD

HUMAN DEVELOPMENT AND INTERVENTION IN CHILDHOOD PSYCHOPATHOLOGY

Changes sought by interventionists can be influenced by the classes of changes labeled „development“. We argue there are several features of the child's developing physical, psychological, and behavioral characteristics that suggest the sorts of interventions that may be efficacious and the ones that may be less efficient or counterproductive. Illustrations are drawn from the literatures pertinent to such topics as systematic desensitization, cognitive-behavioral self-control therapy, interventions for social isolates, and parent training programs, and involve preventive as well as remedial/therapeutical interventions. The combined efforts of developmentalists and interventionists may contribute to clarifying one of the major issues in human development today, that of constancy and change over the life course.