

Gyógypedagógiai Szemle

**A Magyar Gyógypedagógusok
Egyesületének Folyóirata**

2007 – XXXV. évfolyam

3

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

Főszerkesztő: Gordosné dr. Szabó Anna
Olvasószerkesztő: Dr. Földiné Angyalossy Zsuzsa
Tervezőszerkesztő: Durmits Ildikó
Szaktanácsadók: Dr. Buday József
Dr. Csányi Yvonne
Dr. Csocsánné Horváth Emmy
Dr. Farkas Miklós
Dr. Hatos Gyula
Krasznárné Erdős Felícia
Lányiné dr. Engelmayer Ágnes
Subosits István

A szerkesztőség címe: 1097 Budapest, Ecsery út 3. Telefon: 358-5598
e-mail: anna.gordos@barczy.elte.hu

HU ISSN 0133-1108

2007. április–június

Kiadja a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. Tel.: 461-3512
Felelős kiadó: Kamper Antal elnök

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt. Hírlap Üzletága
1008 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőknél,
e-maillen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 303-3440
További információ: 06 80/444-444;

Egy szám ára: 400,-Ft

Indexszám: 25 359

Megjelenik negyedévenként. Évi előfizetési díj: 1600,-Ft

Nyomda:

Repro Stúdió Nyomdaipari Egyéni Cég
5000 Szolnok, Ostor út 2. Telefon: (56) 420-324

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar (Budapest)
Hallássérültek Pedagógiája Tanszék*

Kiket és hol tanítunk? Tendenciák a hallássérültek pedagógiájában a változó populációra való tekintettel*

DR. PERLUSZ ANDREA, DR. CSÁNYI YVONNE,
BODORNÉ NÉMETH TÜNDE

(Közlésre érkezett: 2007. július 1.)

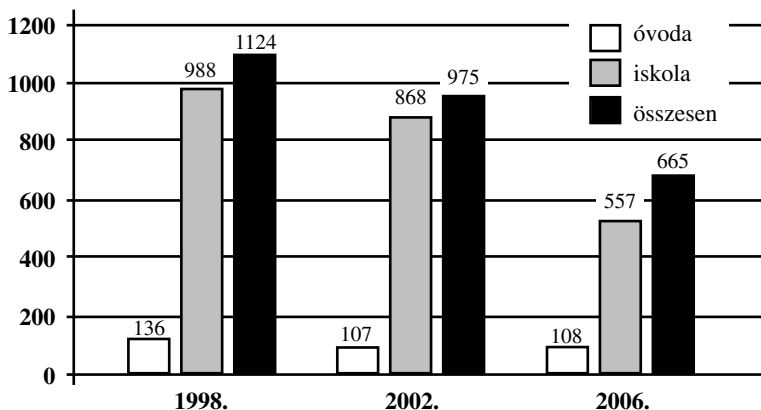
A Közoktatásban zajló változások nem hagyják érintetlenül a hallássérült gyermekeket oktató – nevelő speciális intézményeket sem. A folyamat kezdete korábbra nyúlik vissza, egyes tendenciák már közel tíz évvel ezelőtt láthatóvá váltak hazánkban, követve az európai régió országainak változásait. A jelentős létszámcsökkenés mellett a speciális intézmények tanulópopulációja is súlyosabbá válik, miközben egyre szélesebb körű az integráció azoknál a gyermekeknél, akiknél ez megvalósítható. A speciális intézmények – egyesek korábban, mások későbben – részleges profilváltást valósítottak meg, annak érdekében, hogy biztosítsák felszabaduló kapacitásaik lekötését újabb területeken, mint a szakiskolai képzés, a szélesebb körű korai fejlesztés, az integrált oktatás nevelés segítése, illetve más sajátos nevelési igényű csoportok oktatás – nevelésének megvalósítása. Ezeknek a tendenciáknak a hazai megjelenésére hívta fel a figyelmet Csányi (2003) a hallássérültek speciális intézményeinek létszámadatait elemezve az 1998-2002-es évek viszonylatában.

* (Az előadás anyaga részben elhangzott a 2006. tavaszán Egerben megrendezett Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete Audiológiai Vándorgyűlésén.)

Jelen tanulmányban e tendenciák további fejlődését illetve hazai specifikumait szeretnénk vázolni összevetve az 1998 – 2006-os év adatait a hallássérültek speciális intézményeinek tekintetében. (1. számú ábra)

Az első szempont a tanulólétszámok erőteljes csökkenése, mely összefügg egyrészt a születések számának általános csökkenésével, másrészt az egyre korszerűbbé váló diagnosztika, hallókészülékes ellátás, cochleáris implantáció jelenségével, melyeknek következtében az érintett gyermekeket már a többségi óvodákban, iskolákban látják el. A korai fejlesztés elterjedése és hatékonyabbá válása is hozzájárul ahhoz, hogy a hallássérült gyermekek egy része nem jelenik meg a hallássérültek speciális intézményeiben.

1. ábra: A tanulólétszám alakulása a hallássérültek speciális óvodáiban és iskoláiban 1998-2006.

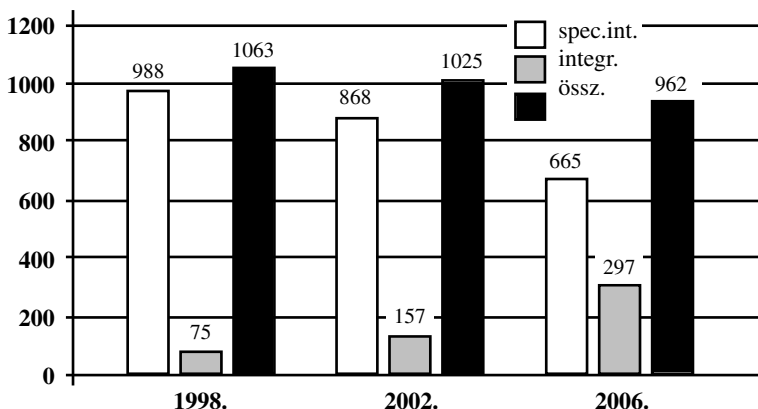


Az adatokból világosan kitűnik, hogy a speciális intézmények óvodai és iskolai tagozatára járó gyermekek létszámcsökkenése a vizsgált nyolc év viszonylatában összességében mintegy 40%-os volt. A részletesebb elemzés azonban rámutat arra is, hogy az 1998-2002 közötti csökkenés még csak 13%-os volt, ennek üteme azonban felgyorsult, s a 2002-2006-os időszakban már 30%-ra tehető. E tény valószínűsíthetően a születések számának csökkenésével, a korai fejlesztés terjedésével, illetve az ehhez szorosan kapcsolódó integráció terjedésével magyarázható. Ugyanakkor érdekes tény, s az előbbieknél némiképp ellentmond, hogy a speciális óvodák által ellátott gyermekek számának csökkenése megállt az utóbbi négy évben. Ennek vélhetően az az oka, hogy a speciális óvodák – átmenetileg - fogadják a cochleáris implantáción átesett, de nyelvi szintjük, illetve az intenzív gyógypedagógiai segítségnyújtás igénye miatt még nem integrálható gyermekeket, a halmozott

sérült, vagy társuló zavart mutató hallássérült gyermekek felvétele és ellátása is hozzájárul a létszámok változatlanul maradásához. Az összlétszám erőteljes csökkenése az iskolai tagozaton ellátott gyermekek létszámának csökkenésével függ össze, meghaladja a 40%-ot. Ez a tény ismételten az integrált nevelés irányába mutat.

Az intézmények feladatvállalása ugyanakkor kibővült az elmúlt években az integráltan és a korai fejlesztésben ellátott gyermekekkel. Amennyiben a fenti ábrába beillesztjük a többségi óvodákban, iskolákban az intézmények utazó tanárai által ellátott gyermekeket is, kissé változik a megoszlás. (2. ábra)

2. ábra: A hallássérült gyermekeket oktató – nevelő speciális intézmények létszámadatainak alakulása 1998- 2006. között.



A bővülő feladatkör ellenére a hallássérült gyermekek speciális intézményei által ellátott tanulók létszámcsökkenése nem állt meg, sőt fokozódott: a vizsgált 8 év viszonylatában mintegy 30%-ra tehető. Megjegyzendő, hogy a létszámváltozás nem egyformán érintette a hazai speciális iskolákat, egyes intézmények tanulólétszáma stagnált, másoké csökkent, illetve a növekvő tendenciára is van példa. A részleges profilváltás ugyanakkor mindenütt erőteljesen kimutatható. Míg a speciális iskolai ellátásban lévő hallássérült gyermekek létszáma erőteljesen csökkent, addig az intézmények által ellátott integrált gyermekek aránya háromszorosára nőtt, vagyis az első vizsgált terminushoz képest megnégyszereződött.

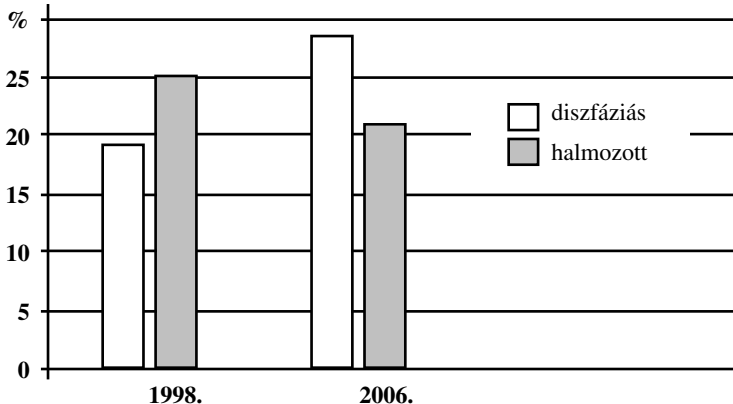
Bár a speciális intézmények különböző mértékben, de mindegyikük felvállalta az integrált hallássérült gyermekek ellátását. A 2001-es évi népszámlálási adatok szerint a 0-14 éves korú hallássérült gyermekek száma 2254 fő volt, közülük a 2002-es tanévben a speciális intézmények összesen 1025

főt láttak el, 868 gyermeket speciális óvodai és iskolai oktatás – nevelés keretében, a többieket integrációban. Ez egybecseng az Oktatási Minisztérium statisztikai adataival, mely szerint a 2004/05-ös tanévben a sajátos nevelési igényű gyermekek–tanulók 42.3%-a részesült integrált oktatás-nevelésben, de ez az arány a testi- és érzékszervi fogyatékos gyermekek körében 56.2%-os volt. (OM, 2005.) Az integrált oktatás- nevelés segítése irányába történő elmozdulás tovább folytatódott a 2002-2006. közötti időszakban, ahol látható, hogy a speciális formában ellátottaknak már közel felét teszik ki az integráltan ellátott gyermekek. Ugyanakkor az sem hagyható figyelmen kívül, hogy a hazai speciális intézmények által korai fejlesztésben, speciális oktatás-nevelésben, illetve integrációban ellátott hallássérült gyermekek száma még összesen sem teszi ki a népszámlálási adatokban jelzett szám 50%-át. Ez megerősíti azt a tapasztalatunkat, hogy más szereplői is vannak a hallássérült gyermekek integrációban történő ellátásának. Kedvező esetben ezen gyermekek valamely Szakértői Bizottság, Nevelési Tanácsadó, illetve többségi intézmény keretében foglalkoztatott hallássérültek pedagógiája szakos gyógypedagógustól kapják meg a számukra szükséges támogatást, azonban nem zárható ki – sok esetben tapasztalható –, hogy egyes gyermekek, tanulók ellátás nélkül maradnak. Ha nem is minden gyermeknek van közülük feltételezhetően szüksége rendszeres gyógypedagógiai segítségnyújtásra, az időszakos kapcsolattartás ezekben az esetekben is alapkövetelmény.

Áttérve a korai fejlesztésben részesülő gyermekek arányára, 2006-os felmérésünk alapján az intézmények által biztosított korai fejlesztésben résztvevő gyermekek száma a 2002. évi adatokhoz (Csányi, 2003) képest lényegében nem változott (2002-ben 78 fő, 2006-ban 75 fő). Ez a tény meglehetősen elgondolkodtató, hiszen a korai fejlesztő szakemberek létszáma mindenütt emelkedett, nem is beszélve a nemzetközi tendenciáról. Ugyanakkor azt is ki kell emelni, hogy a korai felismerés örvendetesen javult, vagyis egyre több csecsemő kerül már a gyógypedagógus látóterébe.

Az iskolák adatszolgáltatása szerint a hallássérülés mellett diszfáziát mutató gyermekek száma 2006-ban a speciális intézményekben ellátott gyermekeknek majdnem 23%-a, 150 fő volt. Ők a Szakértői Bizottság diagnózisa által megerősített diszfáziás tanulók. Összességében itt is jelentős növekedés tapasztalható a gyermeklétszám csökkenés ellenére, hiszen Csányi 1998-as adatai szerint az akkori iskolai tanulólétszámnak, 988 főnek a 19%-a (185 fő) volt szakértői véleménnyel igazolt diszfáziás gyermek. E tanulók koncentráltabb megjelenése egy- egy speciális csoportban minden bizonnyal jelentősen növeli a gyógypedagógusok túlterheltségét.

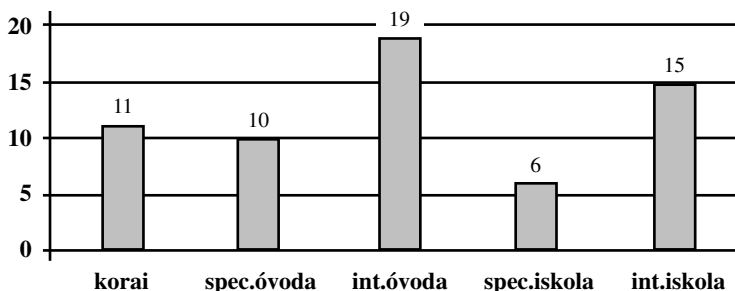
3. ábra: A diszfáziás és a halmozottan fogyatékos hallássérült gyermekek arányának alakulása (1998-2006) a speciális intézményekben



A társuló zavart mutató tanulók mellett a halmozottan fogyatékos hallássérült gyermekek ellátásáról is beszélnünk kell. Az erre vonatkozó adatok szerint a hazai speciális intézmények tanulói közül 2006-ban 123 főt jelentettek halmozottan fogyatékos hallássérültnek. Ez a tanulólétszám 22%-a. Összevetve Csányi 1998-as adataival, melyek 26%-ot jeleztek, csökkenés figyelhető meg. Ennek hátterében esetleg szintén a gyermekszám csökkenése, illetve a diagnosztikai módszerek finomodása állhat.

A 2006-os adatgyűjtésünk tartalmazott a cochleáris implantációra (CI) vonatkozó kérdéseket is. A 4. ábra az implantált gyermekek előfordulását mutatja a különféle intézményekben.

4. ábra: A CI gyermekek aránya (%) a korai fejlesztésben, a speciális óvodai, illetve iskolai ellátásban és a speciális intézmények által támogatott integrációban.



Öröndetes tény, hogy a speciális intézmények összesen 103 fő cochleáris implantált gyermeket látnak el változatos keretek között. Közülük 57-en korai fejlesztésben, illetve integrált nevelésben vesznek részt, kisebb hányaduk, 46 fő a speciális óvodákba illetve iskolákba jár. E gyermekek, tanulók egy része, remélhetőleg csak átmenetileg, a hallás és a nyelvi szint kezdeti kibontakoztatása érdekében veszi igénybe a speciális óvodák, iskolák szolgáltatásait, hiszen jól ismert tény, hogy a speciális intézményekben nem kedvező, nem „húz felfelé” az általános nyelvi környezet, s a legjobb gyógypedagógusok jelenléte sem képes ellensúlyozni ezt a helyzetet. Ugyanakkor nem tekinthetünk el attól a ténytől sem, hogy e gyermekek közül többen nem integrálhatóak, mert súlyos diszfáziás tüneteket mutatnak vagy értelmi fogyatékosok.

Mintegy 10 év statisztikai adatait tekintettük át a fentiekben. Összefoglalóan megállapítható, hogy a magyar helyzet nagyon hasonlít a nemzetközi fejlődési tendenciákhoz. Általános a speciális intézmények gyermeklétszámának erős csökkenése, és ugyancsak általános a problematikus hallássérült tanulók arányának megnövekedése. A társuló zavart mutató és halmozottan fogyatékos hallássérült gyermekek optimális ellátása napjaink gyógypedagógiájának nagy kihívása, ugyanakkor része annak a részleges profilváltásnak, mellyel a speciális intézmények hiányzó tanulóikat más csoportok beemelésével pótolják. Ez utóbbi tendencia is megfigyelhető több külföldi országban, bár az intézmények teljes profilváltása sem ritka. A korai fejlesztésben részesülő gyermekek és az integrált óvodások, iskolások száma egyenletes fejlődést mutat, jóllehet ezen a téren intézményeink között még jelentős különbségek állnak fenn. A megváltozott feladatokhoz módszertanilag és szervezésileg is jelentős átalakításokra van szükség és folyamatos kiigazítások igényére a jövőben is feltétlenül számítani kell.

Irodalom:

- DR. CSÁNYI YVONNE: *Változásban a hallássérültek pedagógiája (Fejlődő technika, változó populáció, illeszkedő módszerek)*
GYOSZE, 1999. XXVII. évf. 1.sz. 1-9. o.
- DR. CSÁNYI YVONNE: *Létszám- és részleges profilváltás a hallássérülteket ellátó intézményekben.*
GYOSZE, 2003. XXXI. évf. 2.sz. 81-87. o.

TOVÁBBKÉPZÉS

Yokohama Városi Egyetem, Orvostudományi Kar Doktori Iskola (Yokohama)

A gyógypedagógiai ellátás helyzete Japánban – az örök kérdés: „szegregáció vagy integráció?”*

DR. TÓTH GÁBOR

*Kurta az egyik,
hosszú a másik jégcsap.
Miért van ez így?
(Uejima, 1661-1738)*

1. Történelmi háttér és a pedagógia jelenlegi helyzete

1.1. A modern japán pedagógia és néhány statisztikai adat

A globalizáció és a kereskedelem liberalizálása, az egyre alacsonyabb születési ráta, az egyre korosodó népesség és a munkavégzés jellegének megváltozása példátlan kihívást jelent a fejlett országok között Japán számára is (*1. táblázat*). A népességváltozási adatok arra hívják fel a figyelmet, hogy nemsokára kevesebb lesz a keresőképes felnőtt, mint az előregedett lakosság, ez pedig komoly társadalmi és gazdasági krízishelyzetet vetít előre. A csökkenő gyerekszám az oktatásügyet is alapjaiban érinti, hiszen szükségessé válik az iskolai osztályok létszámcsökkentése. Már napjainkban is elkezdődtek a kényszerű iskolaösszevonások és a pedagógusállások

* A MAGYE XXXIV. Országos Konferenciáján (2006. június 24-én Hódmezővásárhelyen a záró plenáris ülésen) elhangzott előadás.

elvesztésének lehetősége is felmerült, mind az alapoktatási mind pedig a felsőoktatási intézmények körében.

1. táblázat
*Alapvető népesség információk Japánról (2005)**

Népesség	Adatok
Lakosok	127,5 millió
Születéskor várható élettartam:	81.3 év
• Férfiak	77.9 év
• Nők	84.7 év
Kor szerinti megoszlás:	
• 0 - 14 év	14.3 %
• 15 - 64 év	65.7 %
• 65 év és ennél idősebb	20.0 %
Népszaporulati ráta:	0.02 %, 9.37 születés/1,000

*Japán népszámlálási adatok (2005)

A 20. század végi japán oktatás is felismerte, hogy ha lépést akar tartani a jelenlegi nemzetközi trendekkel, akkor sokkal nyitottabbá kell válnia, hiszen a diákok és a tanárok egyre bővülő nemzetközi mozgása és a nemzetközileg magas színvonalú képzettségi igények egy újfajta beállítottságot igényelnek (Gordon Győri, 2003). Ma már egyre inkább elfogadott az tény, hogy az iskolának olyan tanulási környezetet kell biztosítania, amelyben a tanulók szívesen tartózkodnak, ahol megtanulják, hogyan kell tanulni és kialakulnak az alapvető készségeik. Ugyanakkor a mai japán oktatás arra is rájött, hogy a jelenlegi túlságosan is központosított oktatási rendszert (részletes központi tantervek, rögzített és szűk időrendek, a tanár által irányított tanár-tanuló interakció stb.) meg kell változtatnia (NISE, 2005a). Ebből következik, hogy a jövő japán pedagógiájában a teljesítményt mérő tesztek jelentősége csökkenni fog és a készségek, a motiváció és az önbecsülés fejlesztése kerülhet majd előtérbe. Ezek ugyanis azok a faktorok, amelyek az élethosszig tartó tanulás jelenleg gondolt alapjainak bizonyulnak (Mittler, 2005).

Ebből következik, hogy a tantervek és a követelmények átalakítása maga után vonja a tanítás megváltoztatásának a szükségességét is és ezáltal a tanárképzés rendszerén belül is átalakításra van szükség (pedagógiai felfogás, tanári szerepvállalás stb.). Nehéz ugyanis elképzelni azt, hogy a tanárok át tudják adni a tanulóiknak az élethosszig tartó tanulás szokásait, ha ők maguk nem tanulnak folyamatosan (Fujita, 2000). A diákokhoz hasonlóan a tanároknak is szükségük van ösztönzésre és motivációra ahhoz, hogy megváltoz-

zanak. Ez újabb megoldásra váró kérdéseket és szükségszerű változtatásokat igénylő aktív reformot sürget a gyógypedagógiai intézményrendszerben és a gyógypedagógia szakmai köreibben is.

1.2. Közoktatás

1867-1868-ban egy, a császári hatalom restaurációját hirdető csoport került uralomra és meghirdették az új korszakot, amely a császári korszak új nevét is adta: „Felvilágosult Kormányzás” (Meidzsi, 1868-1912). A közigazgatási reform (1871) egy centralizált bürokratikus államberendezkedést hozott létre. Megszüntették a régi tartományokat, az országot 47 prefektúrára osztották és ezek élén a központilag kinevezett fizetett állami tisztviselők (kormányzók) álltak (Hidasi, 2000). A nagyrészt porosz mintára készített alkotmány (1889) kimondta, hogy a császár a legfőbb hatalom megtestesítője, ugyanakkor megteremtette a nyugati típusú parlamentáris rendszert. Meidzsi 5. évében (1872) jelentették be a Közoktatási Törvényt, amely kimondta – szintén porosz mintára – a 6 éves kortól kötelező 8 éves (elemi iskolai) tankötelezettséget. A 8 év elemi után választható volt a 6 éves középiskolai oktatás majd az egyetemi továbbtanulás, de ezek egyike sem tartozott a tankötelezési időbe. Ez volt Japán első nagy oktatásügyi reformja, amely hivatalosan kimondta, hogy „minden” 6 éves gyerek tanköteles és ezáltal oktatásra jogosult (azonban a „bármilyen fokban fogyatékos” tanköteleskorú tanulókra vonatkozó törvénymódosítást majd csak 1979-ben vezeték be). Az 1890-es „Császári leirat az oktatásról” még a klasszikus kínai konfucianus etikára épített és a hagyományos japán erényeket nevezte meg a legfontosabb alapelveknek az oktatás és nevelés számára (szerény és mértékletes magaviselet, szorgalmas tanulás és munkavégzés, erkölcsös élet, törvények tisztelete stb.) (Varrók, 2004). Ezek az alapelvek mind a mai napig érvényben vannak, de már nem hivatalos „császári rendeletként”, hanem mint a hagyományos pedagógiai gondolkodás része.

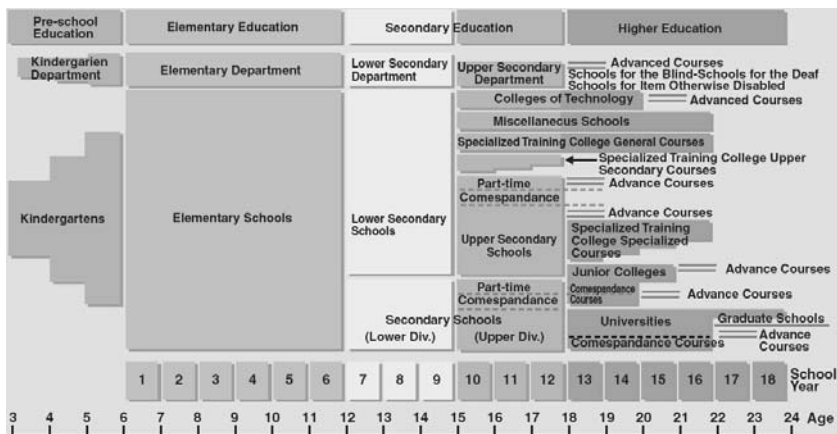
1.3. A gyógypedagógia kezdetei és jelenlegi helyzete vázlatokban

A speciális nevelési szükségletű tanulók iskolai nevelésére, oktatására megalakult intézmények már az 1800-as évek végén is sokféle változatban léteztek, de ekkor még nem intézményhálózatként, hanem különálló intézményekként. Az első szervezett gyógypedagógiai jellegű oktatás a vakok és a süketnémák számára indított első pedagógiai tanfolyamokhoz köthető az 1878-1880 közötti években. 1887-ben megalakult a Vakok és Süketnémák Tokiói Inté-

zete, majd ezt követően elindult a professzionális gyógypedagógiai oktatási rendszer kidolgozása, melynek egyik eredményeként 1890-re a Braille-írás rendszere is kialakult Japánban. A mozgássérültek első iskolája 1921-ben, majd a mozgássérült tanulók első hivatalosan elfogadott általános iskolai oktatási programja 1932-ben jött létre. Az első elemi iskolai különosztályok látássérült és vak gyerekek részére 1952-ben alakultak meg Japánban. Ezeket követte számos más állami és magán intézmény létrehozása is, miután 1956-ban elfogadtak egy törvényt, amely kimondta, hogy olyan, a speciális nevelési szükségletű személyek (fogyatékosok) oktatását szolgáló intézményeket kell létrehozni, amelyeket azután az állam anyagilag és szakmailag is támogat. A Központi Oktatási Bizottság (Chukyoshin), amely az Oktatási, Kulturális, Sport, Tudomány és Technológiai Minisztérium (Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology: MEXT) keretein belül az oktatás helyzetének a felmérésére volt hivatott, 1959-ben olyan jelentést tett, hogy Japán gyógypedagógiai oktatási programja messze el van maradva más fejlett országokhoz képest. Erre a jelentésre építve az oktatásügyi minisztérium egy külön testületet hozott létre a gyógypedagógia helyzetének a javítására. Ez a testület (amely a jelenlegi Japán Gyógypedagógusok Egyesületét is létrehozta) 1963-ban (Showa 38. éve 11/23) gyógypedagógiai szakmai kongresszust hívott össze a szakképzés programjának az összeállítására és a gyógypedagógiával kapcsolatos kutatások összehangolására. A mai napig évente (eddig 43 alkalommal) megtartják a Japán Gyógypedagógusok Országos Szakmai Konferenciáját és folyamatosan törekednek az újabb fejlesztési irányvonalak kijelölésére illetve a régebbiek megvitatására. Új szakaszt jelentetett az egységesült gyógypedagógiai intézményrendszer létrejötte. A mai állami gyógypedagógiai intézményhálózat és iskolarendszer 1979-ben (Showa 54. éve) alakult ki (1. ábra) és jelenleg is folyik ennek a rendszernek a 21. századi inkluzív pedagógiai irányvonalhoz való alakítása és reformtervezete (Mittler, 2005; NISE, 2000).

Az Új Alapoktatási Törvény illetve az Új Nemzeti Alaptanterv (The New Course of Study: NCS) amely 1998-1999-ben került kidolgozásra és 2002 áprilisától pedig bevezetésre, azokat az új irányvonalakat és módosításokat tartalmazza, amelyek szerint az állam mindenkinek egyenlő mértékben biztosítja a tanuláshoz való jogot (UNESCO, 1990, 1994). Ezzel elindult az addig „erősen központi direktívákra épülő” japán oktatási rendszer reform-sorozata a decentralizáció és a helyi tantervek kialakítása érdekében (Hidasi, 2003). Az NCS-ben megjelenő reformelképzelések három fő téma köré csoportosíthatóak:

- a személyes érdeklődés és az autonómia növelése,
- kevesebb stressz,



1. ábra: A japán iskolarendszer vázlatja

(Original: EDUCATION, Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan, 2004)

- kreativitásra, önálló felfedezésre és gondolkodásra való nevelés (Gordon Györi, 2003).

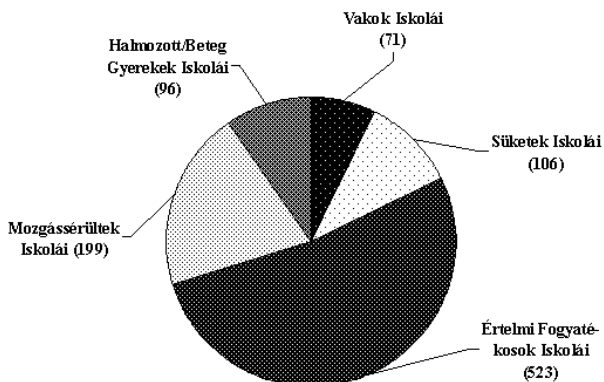
Ezekon kívül az NCS reformtörekvéseinek az értelmében bevezették a „szabad iskolaválasztást” (az elemi és alsó-középiskolák szabad választhatósága bármilyen fokú vagy típusú speciális nevelési szükségletek esetében is), az ötnapos tanítási hetet, a lehetőséget a hatéves (egységes) középiskola bevezetésére, a tanítási tartalmak és azok arányainak átrendezését: helyi elképzelések és adottságok, illetve új tantárgyak bevezetése (Gordon Györi, 2003).

A közvetlenül a MEXT alá tartozó Oktatási Reform Bizottság (Rinkyoshin) egy a Speciális Pedagógia Reform Tervezte a 21. századra, avagy a „Szivárvány Terv” elnevezésű jelentést készített el a gyógypedagógia jövőjéről (2001). Ennek a tervnek az értelmében a 21. századra vonatkozó ún. Alap Koncepciók a következők: 1. a normalizáció valóssá tétele a széles társadalmi szférában, 2. az élethosszig tartó támogatási/segítői rendszer szakmai együttműködésen alapuló létrehozása, 3. az autonómia és a teljesértékű szocializáció. Ezek értelmében a következő konkrét fejlesztési pontokat jelölték ki a jövő gyógypedagógiája számára (NISE, 2005b):

1. segítő szakszolgálatok létrehozása a normál pedagógiában a sajátos nevelési szükségletű tanulók részére,
2. a gyógypedagógiai iskolák új funkciója, mint területi speciális pedagógiai támogató centrumok,

3. a gyógypedagógiai és az ún. speciális külön osztályok (Tsukyü, resource room) felülvizsgálata,
4. a felső-középiszkolai előmenetel lehetősége és az élethosszig tartó oktatás/tanulás kidolgozása,
5. a professzionális szakemberképzés kibővítése.

A 2. ábra a speciális (gyógypedagógiai) iskolák típus szerinti megoszlását mutatja a 2003-as hivatalos adatok szerint (NISE, 2005b).



2. ábra: A speciális (gyógypedagógiai) iskolák típus szerinti megoszlása (Összesen: 995 iskola, 2003)

1.3.1. A speciális tanerők képzése és a gyógypedagógus-képzés elindulása Japánban

Az 1887-ben megalakult Vakok és Süketnémák Tókiói Intézete indította az első speciális tanárképzési programot (1903), majd 1923-ban egy, a vakok és süketnémák számára kidolgozandó tantervről és a speciális tanárok képzéséről szóló jogszabályt fogadott el a kormány. A II. világháborút követően, 1955-ben alakult meg az első olyan gyógypedagógiai jellegű oktatási intézet (még nem a minisztérium keretein belül), amely a speciális osztályokban tanító tanárok részére biztosított szakmai támogatást. Ennek keretében speciális tanfolyamokat szerveztek, hogy megfelelő képesítésű szakemberek dolgozzanak azokban az intézményekben, ahová a fogyatékkal született vagy később károsodást szenvedett gyermekeket iskolázták be. Ennek a kezdeményezésnek köszönhetően 1960-ban az oktatásügyi minisztérium már hivatalosan is egy ún. ideiglenes továbbképző-tantervet vezetett be a speciális (gyógypedagógiai) nevelési szükségletű (fogyatékos/sérült) tanulókkal

foglalkozó tanárok részére, amely egyfajta „utánképzési keretet” biztosított ezeknek a pedagógusoknak. Ezek a központilag szervezett tanfolyamok képezték az alapját egy későbbi másfél év tartamú főiskolai szintű oktatási programnak, amit először 5 felsőoktatási intézményben vezettek be az értelmi fogyatékosok leendő tanárainak. A megindult képzés két nevesebb egyeteme (a Tókió Gakugei- és a Hiroshimai Egyetem) még ma is a gyógypedagógus-képzés fontos központi centrumait képezik. Ez a rendszer azután tovább bővült és 1974-től már egyre több felsőoktatási intézményben kezdték meg a gyógypedagógia (főként oligofrénpedagógia) tanszéki szintű 4 éves oktatását. Ezután kezdődött el a gyógypedagógiai tanszékeken a szakosodás és a különböző fogyatékosági típusoknak megfelelő tanárképzés felsőoktatási szintű kialakítása, amelynek eredményeképpen 1981-ben már 47 egyetemen folyt képzés. Mindezen oktatásszervezés ellenére azonban, a gyógypedagógus-képzés nem tudott lépést tartani a rohamosan fejlődő gyógypedagógiai iskolák és intézetek létesítésének az ütemével, így az oktatásügyi minisztérium (valamint a helyi önkormányzatok) sok olyan tanárt alkalmaztak a fogyatékosok iskoláiban, akik nem rendelkeztek megfelelő képesítéssel. Tényként kell megjegyeznünk, hogy mindez a mai napig nem változott. Napjainkban megközelítőleg 60 egyetemen folyik gyógypedagógus-képzés Japánban, de ez még korántsem elegendő a jelenlegi gyógypedagógiai intézmények, a gyógypedagógiai és az ún. speciális külön osztályok (Tsukyu, resource room) szakember ellátottságához, amely jelenleg kb. 60%-ra becsült, vagyis a pedagógusok 40%-a jelenleg is csak normál pedagógiai végzettséggel rendelkezik. Jelenleg megközelítőleg 170 ezer gyógypedagógiai nevelési szükségletű tanköteles korú gyerek van Japánban (lásd 2. táblázat) és a speciális iskolákban tanító pedagógusok száma eléri az 52 ezer főt (kb. 3.3 tanulóra jut egy tanár).

2. táblázat: A gyógypedagógiai oktatásban résztvevő tanulók száma (2003)

Gyógypedagógiai oktatásban résztvevő tankötelesek Japánban	Adatok (%)
A közoktatásban résztvevők száma (normál- és speciális pedagógia együtt)	12 millió tanuló (100%)
A gyógypedagógiai oktatásban résztvevők száma	0.17 millió (171,540 tanuló)
Speciális Iskolák	0.47%
Gyógypedagógiai osztályok	0.78%
Speciális külön osztályok (Tsukyu, resource room)	0.31%
Tankötelezettség alól ideiglenesen felmentettek	0.001%

A 3. táblázat a MEXT megbízásából 2003-ban készült gyógypedagógiai tanári képesítéssel nem rendelkező tanerőről szóló jelentésének az eredményét mutatja.

3. táblázat *A normál pedagógusok aránya a gyógypedagógiában**

Iskolatípus (darab)	Százalékos arány
Látási fogyatékosok iskolái (71)	31.5 %
Hallási fogyatékosok iskolái (106)	38.5 %
Gyógypedagógiai iskola (Értelmi fogyatékosok, Mozgássérültek, Halmozott/EÜ Betegek isk.) (818)	41.8 %

(*A MEXT 2003/5-ös számú jelentése alapján)

Ezen adatok értelmében most már egyértelmű, hogy miért tartalmazza a „Szi-várványterv” 5. fejlesztési pontja a professzionális szakemberképzés kibő-vítését, mint jövőbeli célt.

1.3.2. Az Országos Speciális Nevelésügyi Intézet

Az Országos Speciális Nevelésügyi Intézetet (The National Institute of Spe-cial Education: NISE) 1971-1972-ben a „A Rokkant Személyek Nemzetközi Éve”-ben hozták létre, mint a speciális pedagógia (gyógypedagógia) közpon-ti kutatói bázisát, amely közvetlenül a MEXT irányítása alá tartozik. A NISE alapításakor megjelölt célok és feladatok a következők voltak:

- A gyógypedagógia fejlesztési-, oktatási bázisaként és tudományos kutatóközpontként kell, hogy működjön – interdiszciplináris megközelíté-sből – más tudományágakkal (biológia- és orvostudomány, pszichológia, szociológia, pedagógia stb.) együttműködve.
- Biztosítson professzionális szakmai továbbképzéseket, dolgozza ki azok menetét és tananyagát.
- Széles körben tegye elérhetővé a kutatások eredményeit és támogassa a különböző gyógypedagógiai intézmények közötti kutatási/fejlesztési jel-legű együttműködést (beleértve a speciális pedagógiához kötődő egyete-mek illetékes tanszékeit is).
- Összegyűjteni, rendezni és elérhetővé tenni a lehető legszélesebb körű, a gyógypedagógiával kapcsolatos szakirodalmat, statisztikai jelentést és egyéb információt, megteremtve ezzel egy központi információs bázis alapjait.
- Továbbá országos szinten lássa el a gyógypedagógiai tanácsadás, szűrés, korai fejlesztés és a szakértői/rehabilitációs központ szerepét.

A NISE 2001-ben ún. Önálló Adminisztratív Intézetté alakult át és ezzel egyrészt gazdaságilag, másrészt szakmailag is részben önállóvá vált a MEXT-től. A NISE és a MEXT 2004 áprilisában új „missziós koncepciót” jelentettek be, amely a „Szivárványterv” (2001) és a legújabb decentralizációs törekvéseket felvázoló „Közoktatási Reformtervezet” (2004) által megfogalmazott célokhoz és feladatokhoz igazítja saját profilját és jövőjét.

Jelenleg 5 szakcsoportja és 68 főmunkatársa van az intézetnek. Az öt szakcsoport a következő:

1. Programtervező és Irányelvek Szakcsoport (tantervek, programok, nemzetközi kapcsolatok, koordinációs feladatok)
2. Pedagógiai „Támogatás” Kutatócsoport (fogyatékosügyi szakszolgálat, élethosszig tartó tanulás/fejlesztés, egészségügyi-, szociális- és jóléti rendszerek közötti koordinációs munka)
3. Pedagógusképzés és Információs Szakcsoport (pedagógus továbbképzés, egyetemi képzés, technológia és humán-erőforrás szervezés)
4. Klinikai Központ a Sajátos Nevelési Szükségletű Gyermekekért (klinikai vizsgálatok és szaktanácsadás)
5. Adminisztrációs Szakcsoport (információs adatbázis kezelés, továbbképzések szervezése, pénzügy)

2. Új irányelvek a japán gyógypedagógiában

Az előző 1.3 részben leírt NCS (Új Nemzeti Alaptanterv) gyógypedagógiára vonatkozó szakmai ajánlásai a tanulóközpontú oktatáshoz kapcsolódnak és új tantervi intézkedésekben, megújított tanítási stratégiákban, valamint a tanulók egyéni támogatásában (Individual Education Plan: IEP) fejeződnek ki. Ugyanakkor idetartoznak a tanulási támogatások, a rehabilitációs/rehabilitációs kérdések és feladatok, az útmutatás és a tanácsadás, valamint az egészségügyi és a jóléti gondoskodás is (Osaki, 2005). Az NCS alapján az a fő törekvés, hogy képessé tegyék a diákokat az önálló tanulásra, gondolkodásra, ítéletalkotásra, cselekvésre és problémamegoldásra (Gordon Győri, 2003; NISE, 2000). A kérdés azonban az, hogy milyen feltételei lehetnek ennek az „új irányelvű” tanulási folyamatnak:

- vonzó tanterv,
- biztonságos, segítőkész és támogató közösség, amelyben lehetőség van a felfedezésre és az alkotásra,
- jelentős mértékű választási szabadság abban, hogy mit, hogyan és miért akarnak tanítani a tanárok és tanulni a diákok.

A „cselekvés általi tanulás” a nyílt oktatási programok és az iskolai ún. szabad programok egyik jellemző vonása, valamint a speciális nevelési szükségletű tanulói csoportok számára összeállított alternatív tanterv egyik új eleme Japánban. Fontos az iskolán kívüli oktatás elérhetősége (Gordon Győri, 1998). Ez nemcsak egy egész sor gyakorlati készség megtanulását biztosítja, hanem azt is lehetővé teszi, hogy a tanulók ne az osztályteremben, hanem munka közben tanuljanak. A japán iskola felismerte, hogy rendkívül rugalmasnak kell lennie, ha nemcsak megtartani, hanem motiválni is akarja a speciális nevelési szükségletet igénylő gyerekeket (Hood, 2003).

Mint már előzőleg is említettük az NCS tartalmazza a „szabad iskolaválasztást” a sajátos nevelési szükségletű tanulók részére is, és ugyanakkor szorgalmazza a gyógypedagógiai intézményekben tanító pedagógusok munka melletti továbbképzését is. Az NCS irányelveinek egyik fő elgondolása, hogy a sajátos nevelési szükségletű tanulókat is felkészítse az élethosszig tartó tanulásra/fejlesztésre. Az Oktatási Reform Bizottság 2001-es „Speciális Pedagógia Reform Tervezetében” egy külön rész foglalkozik a tanulók egész életen át tartó fejlesztésével és motivációjával kapcsolatos fő kérdések és trendek szintézisével, valamint a kulcsfontosságú irányelvek megfogalmazásával. Új kihívásokról is beszámolnak, amely szerint (elismerik), hogy a mai japán iskolarendszerben közel százezer gyerek „iskolakerülő” ezért szükség van egyfajta „új” pedagógiai-gondolkodásra és attitűdre, melyhez a megoldást és a segítséget a gyógypedagógia felől várják (nehezen nevelhetők és inadaptáltak pedagógiája). A MEXT 2003/5-ös jelentése alapján hivatalosan is elismerik, hogy a tanköteles tanulók között kb. 6% az előfordulási aránya a különböző teljesítmény- és/vagy viselkedészavarral küzdő gyerekeknek (ide tartozik az ADHD, az LD és a HFA is). Tervbe vették a külön speciális osztályok létrehozását ennek a gyerekcsoportnak (NISE, 2005a; Tokunaga, 2005). Ez a döntés azonban ismét felveti a „szegregációs” különosztályok problémáját.

2.1. Az integrált oktatás bevezetése

Az integrált oktatás keretében minden japán elemi- és alsó-középiszkolában bevezetésre kerültek az ún. integrált tanulási órák (integrated learning classes), amelyek pedagógiai céljai a tanulók kreatív problémamegoldó képességének és önálló gondolkodásának a fejlesztése, továbbá a saját életük megértésének elmélyítése, illetve az erre való képesség fejlesztése. Gordon Győri János (2003) tanulmányában kiemeli, hogy az integrált tantárgyaknak további különlegessége, hogy nincs előírt tantervük, nincs az oktatásügyi min-

isztérium által ellenőrzött és engedélyezett tankönyvük, valamint nincs előírt szaktanári képzettséghez kötve. A programba tartozó integrált órák és tanegységek lehetőséget adnak az iskoláknak arra is, hogy bemutassák mennyire tudnak kreatívan dolgozni és együttműködni a speciális nevelési szükségletű tanulók érdekében. Ezek a programok az iskolák által elképzelt és megtervezett, a helyi környezet bevonását is célzó tevékenységek illetve tevékenységi rendszerek. Lehetnek például szervezett megfigyelő-túrák, kirándulások, amelyek a környezet jobb megismerését szolgálják a szomszédos iskolák, családtagok és a lakókörnyezet bevonásával. Annak a programnak, amelyik az iskola, a helyi környezet és a szülők kooperációs munkájára épít a Kouryu Kyouiku (virágzó/fellendülő oktatás) nevet adták (NISE, 2000).

A speciális (gyógypedagógiai) iskolák ma már nem csak a hozzájuk tartozó tanulók oktatásáért és neveléséért felelősek, hanem ún. gyógypedagógiai tanácsadó centrumokká kell, hogy alakuljanak. Új feladatuk, hogy szakmai segítséggel lássák el a normál elemi iskolákban működő speciális osztályokat (a gyerekeket és szüleiket) és azok tanárait. Az integrációs irányelvek kimondják az egyéni oktatási/fejlesztési tervek (IEP) használatának a fontosságát és hangsúlyozzák azok folyamatos kidolgozását. Az IEP-n túl ajánlják a pedagógusoknak a pedagógiai jellegű, de terápiás hatású tevékenységeket, amelyek a tanulók önállóságát kell, hogy növeljék („Aktív Önállóság Útja Program”, Jiritsu Katsudo). Ennek érdekében az integrációs oktatási terv kimondja, hogy az eddiginél sokkal szorosabb együttműködésre van szükség az oktatási-, az egészségügyi-, a szociális- valamint a munkügyi intézmények között. Az „Aktív Önállóság Útja Program” szervesen kapcsolódik az európai inkluzív pedagógia távhatásához, így nagyban érződik az európai gyógypedagógia szellemisége a jelenlegi gyógypedagógiai reformokat sürgetők „jelszavain” (autonomy, barrier-free education, full inclusion, supported employment stb.). Ezen hatásokra fogalmazódott meg az az elv, hogy a speciális nevelési szükségletű személyek inklúziója az nem egyfajta „jótékony cselekedet”, hanem az egyenlő esélyek biztosításáról szóló törekvés kell, hogy legyen (Chermak, 1990; European Council, 2003a, 2003c). A NISE integrációs/inkluzív terveiben és programjaiban tükröződik az a felfogás, hogy a felnőtt társadalomba való való inklúzió csak akkor lehetséges, ha ez már a gyerekek tarsadalmára is jellemző. Ebből következik, hogy ezt a folyamatot az oktatásban (a gyermekkorban) kell elkezdni és felnevelni egy olyan értékrenddel bíró generációt, amelyik a fogyatékkal élők és a nem fogyatékkal élők kapcsolatát az együttes és aktív mindennapokból ismeri. Az információs és kommunikációs technológiáknak kulcsszerepük van ebben a folyamatban, így a „híres” japán technológiát is ki kell használni ennek érdekében (European Council, 2003b). Természetesen itt egy nagyon

lassú folyamatról van szó. Miközben a speciális nevelési szükségletű személyek inklúziója mint politikai cél vitán felül áll a japán oktatási és jóléti minisztériumokban/intézetekben, a mögötte álló valóság (főként az oktatásban) ehhez még nem feltétlenül igazodik. Mindezek alapján azt mondhatjuk, hogy a speciális nevelési szükségletű személyek sikeres inklúziójának számos feltétele még nem teljesült a japán oktatásban, s ezért jelenleg még nem beszélhetünk széleskörű pedagógiai inklúzióról, csak aktív (szociális dominanciájú) fizikai integrációról. Ilyen feltételek például:

- tanári attitűdök (empátia, szociális érzékenység stb.)
- szakmai kompetencia (gyógypedagógiai végzettség, problémamegoldó stratégiák, kommunikációs képességek, módszertani repertoár stb.)
- kooperatív tanítás (aktív szakértői csoportmunka és multidiszciplináris megközelítés)
- megfelelő finanszírozási rendszer (a japán gazdaság problémái is először az oktatásból való pénzkivonásban mutatkoznak meg!)
- információs intézményi átjárhatóság (a különböző minisztériumi csoportok – egymás – között és civil szervezetekkel)

3. Befejezés

Utolsóként, de nem utolsósorban térnénk ki egy kicsit a fogyatékosággal élő személyekre vonatkozó törvényi háttérre, amely alapjaiban véve egy nagyon jól kidolgozott része a japán szociális és jóléti szabályozásnak. A fogyatékosággal élő emberek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló (Showa 35 éve, 1960. évi „Dai 123”-as) törvény biztosítja a jogi alapokat, amelyet folyamatosan alakítanak a kor legkorszerűbb szociálpolitikai nézetei szerint. Az utolsó törvénymódosítást Heisei 18. évében (2006, június) fogadták el. A törvény kimondja, hogy a fogyatékosággal élő személyek a társadalom egyenrangú tagjai, akik azonban bizonyos jogokkal és lehetőségekkel csak nehézségek árán illetve egyáltalán nem tudnak élni. Ezért létrehozták az esélyegyenlőségről és fogyatékosok foglalkoztatásáról szóló jogszabályokat. A törvények pontos elemzése nem lehetséges a jelen munka keretei között, ezért csak vázaltszerű ismertetésként jegyezzük meg a főbb tételeket:

- Heisei 17 évéig (2005) kétféle fogyatékoságot igazoló speciális igazolványt adtak ki japán állampolgároknak: 1. Testi Fogyatékosági Igazolvány, 2. Értelmi Fogyatékosági Igazolvány (18 éves kortól).

- A 2005. évi (081-es) módosítás alapján a harmadik típusú speciális igazolvány a Pszichiátriai Betegséget Igazoló Fogyatékosági Igazolvány is megjelenik.
- Minden munkahely, ahol több mint 300 embert foglalkoztatnak köteles 1.8%-ban fogyatékosági igazolvánnyal rendelkező munkaeerőt felvenni.
- Önkormányzati intézményekben ez az arány 2.1%-ra emelkedik (oktatásügyi osztályok és oktatásügyi intézmények esetében 2.0%).
- Büntetés: a hiányzó (/1 főre számolt) százalékot érintő arányban havi 50.000 yen (92.000Ft)
- Ha a foglalkoztatott fogyatékosággal élő személyek száma meghaladja az előírt százalékot, akkor az állam fizet a munkáltatónak fő/százalékos arányban 27.000 yen/hó (50.000Ft).
- Azoknál a cégeknél ahol a foglalkoztatottak száma nem haladja meg a 300 főt, de 1.8% feletti a foglalkoztatott fogyatékosággal élő személyek száma, az állam havi 21.000 yen összeggel támogatja a céget (38.000 Ft).
- A fogyatékosággal élő személyeket foglalkoztató munkáltató extra kiadásainak - foglalkoztatott érdekében pl. tolószék, lift, stb. - 2/3-át az állam támogatja.
- A fogyatékosággal élő dolgozó számára a munkaellátáson kívüli segítség (pl. étkezés: speciális diéta) esetében a szükséges összeg 1/3-át az állam fizeti.
- A fogyatékosággal élő dolgozót segítő/támogató extra munkaeerő biztosításához szükséges összeg 3/4-ét biztosítja az állam (pl. támogató munkatárs, lakóhely és munkahely közötti buszjárat és annak vezetője).
- A fogyatékosággal élő dolgozó kiképzésére, oktatására fordított összeg 3/4-ét, a kiképzéshez szükséges környezeti változtatás, speciális gépek stb. 4/5-öd részét téríti az állam.

3.1. Zárszó

A mai japán pedagógiában nem beszélhetünk a speciális nevelési szükségletű gyermekek valós pedagógiai és szociális inklúziójáról, csak aktív (szociális dominanciájú) fizikai integrációról. Ugyanakkor fontos megjegyezni azt a tényt, hogy mindez a jelenlegi oktatási reformok alapján nagyban változhat. Ezzel szemben a fogyatékosággal élő felnőtt személyek szociális és társadalmi inklúziója jó színvonalú, törvényileg jól szabályozott és fejlett technikai háttérrel rendelkezik Japánban. 2006-ban a japán kormány oktatásügyi minisztériuma (MEXT) is elismerte, hogy a japán gyógypedagógia színvonala nem éri el a fejlett országok jelenlegi színvonalát és a szakember ellátottság is

elégtelen, ezért egy hosszútávú többlépcsős oktatási reformot tervez, mind az inkluzív pedagógia, mind pedig a professzionális tanárképzés szintjén.

Hivatkozott irodalom:

- CHERMAK, G. D. (1990). *A global perspective on disability: a review of efforts to increase access and advance social integration for disabled persons*. *International Disability Studies*, 12(3), 123-127.
- European Council (2003a). Council resolution of 5 May 2003 on equal opportunities for pupils and students with disabilities in education and training. *Official Journal of the European Communities*, C 134, 07.06.2003.
- European Council (2003b). Council Resolution of 6 February 2003 on "Accessibility" - Improving the access of people with disabilities to the knowledge-based society. *Official Journal of the European Communities*, C 39, 18.02.2003.
- European Council (2003c). Council Resolution of 6 May 2003 on accessibility of cultural infrastructure and cultural activities for people with disabilities. *Official Journal of the European Communities*, C 134, 07.06.2003.
- FUJITA, H. (2000). *Education reform and education politics in Japan*. *The American Sociologist*, 30(3), 42-57.
- GORDON GYÓRI, J. (1998). *Mitől hatékony még a japán oktatás: A hivatalos oktatási rendszer tanítási óráin kívüli képzés és oktatás Japánban*. *Magyar Pedagógia*, 4. sz., 273-317 o.
- GORDON GYÓRI, J. (2003). *Az oktatás harmadik átfogó reformja Japánban*. *Új Pedagógiai Szemle*, 12. sz., 77-91 o.
- HIDAS, J. (2000). *Oktatási reformok az ezredfordulón Japánban*. In: *Emlékkötet Papp Ferenc akadémikus 70. születésnapjára* (330-336 o.), Debrecen.
- HIDAS, J. (2003). *Oktatás Japán módra*. *Ezredvég*, XIII. évf.(12 sz.).
- HOOD, C. P. (2003). *The third great reform of the Japanese education system: Success in the 1980s onward*. In R. Goodman & D. Phillips (Eds.), *Can the Japanese change their education system* (73-85 o.), Oxford: Symposium Books.
- MITTLER, P. (2005). *Building bridges between special and mainstream services*. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 16(1), 3-15.
- NISE (2000). *Country Report of Japan*. The 20th APEID Regional Seminar on Special Education. Yokosuka: The National Institute of Special Education, Japan.

- NISE (2005a). The guidebook for supporting students with developmental disorder. Yokosuka: The National Institute for Special Education, Japan.
- NISE (2005b). The NISE Annual Report of Guidance and Counseling for Special Needs. Interim Report, Yokosuka: The National Institute of Special Education, Japan.
- OSAKI, H. (2005). *Home/hospital-bound education in Japan - from a survey on home/hospital-bound education*. Yokosuka: The National Institute of Special Education, Japan.
- TOKUNAGA, Y. (2005). *Support for persons with developmental disabilities in Japan*. Yokosuka: National Institute of Special Education, Japan.
- UEJIMA, O. (1661-1738). *Selected Haiku Poem of Uejima Onitsura*. In. I. Rácz (Trans.) *Fényes Telihold - Négy Évszak Nipponban: Haikuk és Tankák* (1988). Budapest: Kozmosz Könyvek.
- UNESCO (1990). The World Declaration on Education for All: Section 1, Article 1 (Jomtien, Thailand, 5-9 March 1990). Retrieved 25.07.2006, from http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/
- UNESCO (1994). The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education, adopted by the World Conference on Special Needs Education: Access and Quality (Salamanca, Spain, 7-10 June, 1994). Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation.
- VARRÓK, I. (2004). *A Japán oktatás történelmi, társadalmi és filozófiai háttere* 2. melléklet. *Iskolakultúra*, XIV. évf.(1), 91-96 o.
-

Az Európa Tanács tízéves Akcióterve a befogadó társadalom megteremté- sért, valamint a dokumentum hatása a tagállamokra (I. rész)

MARTON KINGA és SZAUER CSILLA

(Közlésre érkezett: 2007. május 3.)

I. Az Akcióterv megszületése

Európa legmeghatározóbb emberi jogi szervezete, a strasbourgi székhelyű Európa Tanács 2003-ban miniszteri értekezletet tartott azoknak a felelős szakpolitikusoknak a részvételével, akik a fogyatékos emberek életét meghatározó integrációs politikákat felügyelik. Az itt elfogadott Malaga Deklaráció elsődleges célja az, hogy megvalósításával a tagállamok javítsák a fogyatékos emberek és családjaik életminőségét, a hangsúlyt a társadalmi életben való aktív részvételre és integrációra helyezve, mivel a részvételen alapuló és hozzáférhető társadalom az egész lakosság érdekeit szolgálja.

A Malaga Deklaráció eszmeiségére építve három évvel később született meg az a középtávú Akcióterv, amely a tagállamok számára konkrét területeket és feladatokat határoz meg annak érdekében, hogy megtörténhessen az a paradigmaváltás, amely a fogyatékosügyben korábban ismert orvosi modell helyett az emberi jogi modell értékeit hangsúlyozza. Ennek megfelelően a 2006-2015-re vonatkozó célok a fogyatékos emberek teljes társadalmi részvételének megteremtéséről szólnak; betegek, ellátottak helyett pedig aktív, önrendelkező, látható polgárok állnak a terv középpontjában.

Az Akcióterv olyan szabályozási keretdokumentum, amelyet a tagállami döntéshozók az adott ország állampolgárainak igényeihez mérten tudnak a

helyi viszonyokhoz alakítani, a nemzeti jogszabályokban, programokban, tervezési dokumentumokban érvényesíteni.

II. Az Akcióterv részletezése

A dokumentum alapelvei az anti-diszkrimináció érvényesítése; az egyenlő esélyek támogatása; a teljes társadalmi részvétel elősegítése; a fogyatékoság, mint az emberi sokféleség megnyilvánulásának megfogalmazása és tisztelete; az emberi méltóság és autonómia elismerése; a „Semmit rólunk nélkülünk” elv mindenkor érvényesítése egyéni és társadalmi szinten egyaránt.

A terv az esélyegyenlőség 15 akcióterülete és az ezekhez kapcsolódó feladatok mellett olyan aspektusokra is felhívja a figyelmet, mint a többszörösen hátrányos helyzetű fogyatékos emberek összetett problémái, akik még a többi fogyatékos csoportnál is kirekesztettebb társadalmi helyzetben lehetnek. Ilyen halmozott diszkrimináció érheti a fogyatékos lányokat és nőket, akik egyrészt fogyatékoságuk, másrészt nemük miatt kerülhetnek hátrányos helyzetbe; de ehhez a csoporthoz tartoznak a súlyosan és halmozottan sérült gyermekek és fiatalok, az idősödő fogyatékos felnőttek, valamint a különféle etnikai kisebbségekhez tartozó fogyatékos emberek.

Az Akcióterv első akcióterülete a fogyatékos emberek **politikai és közéletben történő részvételének** támogatását fogalmazza meg. A dokumentum kinyilvánítja, hogy minden működő demokrácia számára előnnyel jár, ha polgárai sokféle területen szerzett tudását és tapasztalatát hasznosítja. A fogyatékos embereknek joguk van ahhoz, hogy közösségeik életében aktívan szerepet vállaljanak és éljenek demokratikus jogaikkal. Különösen fontos lenne a fiatal önérdékvédelemért és szervezeteik bekapcsolása a többségi döntéshozatalba.

Az akcióterülethez kapcsolódó tevékenységek egyrészt arra irányulnak, hogy a fogyatékos állampolgárok élhessenek demokratikus jogaikkal és szavazhassanak az adott tagállam különféle választásain:

- senkit se lehessen pusztán fogyatékosága miatt kizárni a szavazásból;
- biztosítva legyen az egyenlő esélyű hozzáférés a szavazóhelyiséghez, a szavazó lapokhoz, az e-szavazáshoz, a szavazással kapcsolatos információkhoz, a különféle pártok kommunikációjához, az elektronikus kormányzás vívmányaihoz;
- megfelelő támogató személyzet álljon rendelkezésre ehhez a folyamathoz;
- lehetősége legyen a szavazónak élni a titkos szavazással, éppen úgy mint bárki másnak.

Másrészt pedig, hogy a fogyatékos emberek megválaszthatóak legyenek, így részt vállalhassanak az adott állam, közösség demokratikus döntéshozatali mechanizmusaiiban.

A **kulturális életben történő részvétel** hangsúlyozó passzusok szerint ez az a terület, ahol a fogyatékos emberek - ugyanúgy, mint a társadalom bármely tagja - leginkább élhetnek a különbözőség jogával. A fogyatékos embereknek biztosítani kell a hozzáférhetőséget a kultúra és a sport különféle területeihez annak érdekében, hogy mind alkotóként vagy versenyzőként, mind pedig nézőként részt vehessenek ezekben a többségi tevékenységekben.

Az akcióterülethez kapcsolódó speciális feladatok kitérnek egyrészt azokra a helyzetekre, amikor a fogyatékos emberek befogadóként jelennek meg a kulturális- és sportéletben:

- egyenlő hozzáférést kell biztosítani mindenki számára a különféle kulturális intézményekhez, az ezekhez kapcsolódó információhoz, valamint a kultúra „termékeihez” (könyvekhez, kiállításokhoz, filmekhez, színházi előadásokhoz);
- ugyanez vonatkozik a sport létesítményekre és ezek programjaira.

Az Akcióterv kiemeli azokat a helyzeteket is, amikor a fogyatékos emberek aktív szerepet vállalnak a kultúra és a sport területén:

- az állami televízióban jelenjenek meg munkatársként fogyatékos szakemberek;
- a kulturális és sportélet különféle intézményeiben alkalmazzanak nagyobb számban fogyatékos munkatársakat;
- az ezekben az intézményekben dolgozók kapjanak felkészítést a fogyatékos kolléga speciális igényeiről, a befogadás lehetséges módjairól;
- biztosítani kell, hogy a fogyatékos művészek és sportolók nem fogyatékos kollégáikhoz hasonlóan meg tudjanak élni tevékenységükből.

Az **információhoz és kommunikációhoz történő egyenlő hozzáférés** biztosítása nélkül az aktív társadalmi részvétel és az önérvényesítő, felelős döntések meghozatala szinte elképzelhetetlen. A tagállamoknak el kell kezdeniük használni azokat a modern technológiákat (internet, e-kommunikáció, videotelefonok, stb.) és hagyományos eszközöket (Braille és Easy to Read kiadványok, CD ROM formátumú anyagok, hurok erősítő beépítése, jelnyelvi tolmács alkalmazása, stb.), amelyek megszüntetik ezeket a kommunikációs akadályokat.

Az akcióterülethez kapcsolódó feladatok a következők:

- képzéseket kell biztosítani a fogyatékos emberek számára, hogy tudjanak élni az információs társadalom modern vívmányaival (pl. e-képzések, IT-képzések);
- az állami szereplők számára is képzéseket kell biztosítani, hogy megismerhessék a fogyatékos ügyfelek speciális igényeit, a rendelkezésre álló akadálymentesítési megoldásokat, ezek alkalmazásának mikéntjét;

- ellenőrizni kell, hogy az egyenlő hozzáférés biztosítása a közhasznú információkhoz valóban megtörténik-e, és ez összhangban van-e az Egyetemes Tervezés nemzetközi szabályaival;
- a magánszektor szereplőit ösztönözni kell arra, hogy termékeiket, szolgáltatásaikat tegyék hozzáférhetővé a fogyatékos fogyasztók számára is.

A **többségi oktatás lehetőségeihez történő hozzáférés** mindannyiunk személyes fejlődésének alapja. A dokumentum kiemelt jelentőséget tulajdonít a magas minőségi kritériumoknak megfelelő korai fejlesztésnek, az alap- és középfokú oktatásnak, a felsőoktatásban való részvétel növelésének és az élethosszig tartó tanulás igénybevételének, hiszen ezek az eszközök azok, amelyek a munkaerőpiaci részvétel sikerességét meghatározhatják. A befogadó iskola mind a fogyatékos, mind pedig a nem fogyatékos diákok előnyére szolgál; egy olyan közösségre ad példát, ahol az emberi különbözőség érték, és nem diszkriminációs alap.

Speciális tagállami feladatok a befogadó oktatással kapcsolatosan:

- létre kell hozni azokat a jogszabályokat, szakpolitikákat és szakmai programokat, amelyek a fogyatékos gyermekek, fiatalok és felnőttek befogadását segítik elő a többségi oktatás, képzés intézményeibe;
- meg kell erősíteni azokat a szakmai szolgáltatókat, akik a fogyatékos gyerekek, fiatalok és felnőttek speciális igényeit hivatottak feltárni, valamint számukra egyéni fejlesztési tervet hivatottak készíteni;
- folyamatosan monitorozni kell azokat a szakmai szolgáltatókat, akik az egyéni fejlesztési tervek koordinált megvalósításáért felelősek, annak érdekében, hogy a fejlesztés, oktatás valóban a munkaerőpiaci beilleszkedést támogassa;
- képzéseket kell biztosítani minden olyan szakembernek, aki a többségi oktatás különféle szinterein fogyatékos tanulókkal foglalkozik, kerül kapcsolatba;
- a különféle oktatási intézmények curriculumaiba be kell építeni a különbözőség, a másság elfogadását segítő, társadalmi érzékenyítő programokat;
- biztosítani kell, hogy az oktatási intézmények, valamint a képzés során használt eszközök, segédanyagok minden diák számára egyenlően hozzáférhetőek legyenek;
- a fogyatékos gyermekek szüleit, családját aktív partnerként kell bevonni a fejlesztési folyamatba.

A **megfelelő munka megszerzése és hosszútávú megtartása** önállóságot ad a munkavállaló számára. Ugyanakkor az egész társadalom gazdasági érdeke is, hogy minél több fogyatékos munkavállaló tudjon sikeresen boldogulni a munkaerőpiacon, s így adófizetőként tudjon hozzájárulni közössége fejlődé-

séhez. Az Akcióterv hangsúlyozza, hogy a fogyatékos munkavállalók szerteágazó tudásának megjelenése a munkaerőpiacon hozzáadott értéket jelent mind a munkáltató, mind pedig a munkahelyi közösség számára, így el kell mozdulni a kizárólag védett lehetőségeket biztosító rendszerektől azok felé a nyílt piaci megoldások felé, amelyek a köz- és a magánszférában egyaránt teremtenek munkahelyeket.

A sikeres munkaerőpiaci integrációt megalapozó feladatkörök a következők:

- biztosítani kell, hogy a fogyatékos emberek munkaképességének felmérése a megmaradt képességeket mutassa és ne a hiányokat, valamint hogy ez a felmérés reális állapot nyújtson a későbbi munkaerőpiaci integrációhoz;
- támogatni kell a fogyatékos emberek egyenlő esélyű hozzáférését a pályaválasztási tanácsadáshoz, a különféle felnőttképzési lehetőségekhez, valamint a munkaerőpiaci szolgáltatásokhoz;
- biztosítani kell, hogy a fogyatékos álláskeresőket és munkavállalókat ne érje diszkrimináció a foglalkoztatás egyetlen aspektusát tekintve sem (toborzás, kiválasztás, karrier lehetőségek);
- információval, képzésekkel kell támogatni a munkáltatókat abban, hogy miképpen tudnak hosszútávon fogyatékos munkavállalót foglalkoztatni (toborzás, kiválasztás, szükséges átalakítások elvégzése, belső képzések a munkatársaknak és a menedzsmentnek);
- érdekeltté kell tenni a munkáltatókat és a fogyatékos munkavállalókat a hosszútávú foglalkoztatásban;
- ki kell építeni azt a szolgáltatási hálót, amely a fogyatékos munkavállalók védett munkahelyekről a nyílt piacra történő tranzitálását támogatja;
- támogatni kell a fogyatékos emberek aktív részvételét a szakszervezetek munkájában.

A mindenki számára befogadó társadalom csak akkor teremthető meg, ha a minket körülvevő **épített környezet** akadálymentesen használható bármely állampolgár számára. A jelenlegi világ tele van olyan környezeti akadályokkal, amelyek lehetetlenné teszik, például a fogyatékos emberek különböző igényű csoportjai számára, hogy alapvető jogaikat gyakorolják. Az Akcióterv arra bátorítja a tagállamokat, hogy használják az Egyetemes Tervezés elveit az épített és tárgyi környezet kialakításakor egy olyan világ megalkotására, amely mindannyiunk számára egyformán jól használható.

Az épített környezet átalakításával kapcsolatos feladatok a következők:

- biztosítani kell, hogy a tagállamok minden szakpolitikai területen érvényesítsék az egyenlő esélyű hozzáférés elveit;
- ki kell alakítani azokat a standardokat, amelyek a középületekhez (beleértve a műemlék épületeket) és közterületekhez történő egyenlő esélyű hozzáférést támogatják;

- be kell építeni azoknak a szakmáknak a curriculumába az Egyetemes Tervezés elveit bemutató stúdiumokat, amelyek az épített környezet létrehozásával és átalakításával foglalkoznak (építészek, város tervező mérnökök, kulturális örökség megőrzéséért felelős szakemberek stb.);
- támogatni kell az Egyetemes Tervezés elveit és gyakorlatát népszerűsítő szakmai centrumok létrehozását;
- biztosítani kell, hogy a fogyatékos embereket kísérő segítő állatok is bemehessenek a középületekbe és a közterületekre;
- a különféle épületek evakuálási tervének megtervezésekor a fogyatékos emberek igényeit figyelembe kell venni.

Az Akcióterv hetedik akcióterülete a mindenki számára használható **közlekedési hálózatok** fontosságát emeli ki. A közlekedés tervezésekor szintén az Egyetemes Tervezés elveit kell szem előtt tartani, hiszen ezek a jól hozzáférhető rendszerek lehetnek az előfeltételei az önálló életvitel megteremtésének sok társadalmi csoport számára.

Az egyenlően hozzáférhető közlekedési hálózatok megteremtéséhez kapcsolódó tagállami feladatok a következők:

- a közlekedési hálózatok kialakításakor figyelembe kell venni azokat a nemzetközi stratégiákat, standardokat, irányelveket, amelyek a mindenki számára történő használhatóságot támogatják;
- ki kell építeni azt az együttműködési mechanizmust, ahol a közlekedési szektor szereplői, a fogyatékos emberek érdekvédelmi és szakmai szervezetei, valamint az illetékes hatóságok egyeztetetik érdekeiket;
- folyamatosan ellenőrizni kell, hogy az egyenlő hozzáférés biztosításának szabályait betartják-e a közlekedési rendszerek kiépítésekor, működtetésekor, átalakításakor;
- a közlekedési területen dolgozók számára képzéseket kell biztosítani a fogyatékos utasok speciális igényeiről, a segítség gyakorlati módjairól, valamint az egyenlő hozzáférés biztosításának technikáiról, eszközeiről;
- az állami tulajdonú rendszerek mellett, a magánkézben lévő közlekedési vállalatokat is ösztönözni kell az egyenlő esélyű hozzáférés biztosítására saját hálózataikban;
- biztosítani kell, hogy a közlekedési eszközök egyenlő esélyű hozzáféréseinek biztosítása mellett, az ezekhez a rendszerekhez kapcsolódó információ és ügyintézés is akadálymentes legyen;
- elő kell segíteni, hogy a fogyatékos embereket segítő állatok is igénybe tudják venni a közlekedési szolgáltatásokat;
- biztosítani kell, hogy a mozgásukban akadályozott emberek számára fenntartott parkolóhelyeket illetéktelenek ne foglalják el.

Az **önálló lakhatással** kapcsolatosan az Akcióterv sokféle problémára keres megoldást. Minden embernek joga eldönteni azt, hogy hol és kikkel él. A dokumentum ennek alapján arra biztatja a tagállamokat, hogy építsék ki azokat a közösségi alapú szolgáltatási alternatívákat, amelyek lehetővé teszik a fogyatékos emberek számára is, hogy az intézményi elhelyezés helyett önállóan vagy családjaikkal éljenek.

A kérdéskörhöz kapcsolódó tagállami tennivalók a következők:

- össze kell hangolni, mindazokat a szakpolitikákat, amelyek a fogyatékos emberek életminőségét pozitív irányba változtató közösségi alapú szolgáltatások megeremtését célozzák,
- biztosítani kell, hogy a magas minőségi kritériumoknak megfelelő közösségi alapú szolgáltatások és az alternatív lakhatási modellek, lakásprogramok, amelyek a fogyatékos emberek nagy intézményekből történő kikerülését és önálló életvitelük megalapozását segítik, mindenki számára hozzáférhetőek legyenek;
- biztosítani kell, hogy az önálló lakhatáshoz kapcsolódó információk és tudnivalók mindenki számára egyenlően hozzáférhetőek legyenek;
- létre kell hozni azokat a struktúrákat, amelyek segítik a fogyatékos embereket abban, hogy kiválaszthassák és alkalmazzák saját segítőiket;
- megfelelő képzést kell biztosítani azoknak a személyi segítőknak, akik a fogyatékos emberek önálló életvitelét támogatják;
- támogatni kell a fogyatékos emberek családjait abban, különös tekintettel a súlyos és halmozottan sérült emberek családjaira, hogy hozzáférjenek azokhoz a képzésekhez, amelyekkel leginkább javíthatják családtagjuk és a család életminőségét.

A fogyatékos emberek számára hozzáférést kell teremteni a **többségi egészségügyi ellátás** lehetőségeihez. A rájuk vonatkozó ellátások, egyéni fejlesztési tervek kialakításakor véleményüket (speciális esetekben képviselőik véleményét) minden esetben ki kell kérni. Az egészségügyben dolgozó szakemberek számára az Akcióterv szerint olyan képzéseket kell szervezni, ahol információt kaphatnak a fogyatékosügy emberi jogi modelljéről is, hogy ne kizárólag az orvosi aspektusokat vegyék figyelembe a mindennapi munka során.

A területhez kapcsolódó feladatok az alábbiak:

- biztosítani kell mindenki számára az egyenlő esélyű hozzáférést az állami és privát egészségügyi szolgáltatásokhoz, valamint az ezekhez kapcsolódó információkhoz;
- támogatni kell a fogyatékos emberek családjait abban, hogy számukra érthető és értelmezhető formában kapják meg azokat az információkat, amelyekkel sérült családtagjuk életminőségén változtathatnak;

- képzéseket kell biztosítani az egészségügyben dolgozó szakemberek számára a fogyatékos emberek speciális igényeiről.

A **komplex rehabilitáció** elveit a tizedik akcióterület tartalmazza. Olyan programok, szolgáltatások, kezdeményezések és ellátási struktúrák kialakításáról és megvalósításáról van itt szó, amelyek a fogyatékos emberek fizikai és szellemi önállóságát segítik elő. A fejlesztések olyan egységes szakmapolitika és struktúra megalkotását szolgálják, ahol az orvosi, a szociális, a pedagógiai és a foglalkozási rehabilitáció elemei a fogyatékos emberek társadalmi integrációját szolgálják.

Az akcióterülethez kapcsolódó tagállami feladatok az alábbiak:

- létre kell hozni, végre kell hajtani és folyamatosan jobbitani kell a komplex rehabilitációs rendszereket megalapozó szakpolitikákat és programokat;
- biztosítani kell, hogy a fogyatékos emberek, családjaik, képviselőik részt vehessenek a komplex rehabilitációs rendszerek megtervezésében, kialakításában, valamint a működés értékelésében is;
- biztosítani kell, hogy a komplex rehabilitációs szolgáltatások hozzáférhetőek legyenek mindenki számára, valamint, hogy találkozzanak az egyén igényeivel is;
- a mainstream¹ megoldások mellett, amennyiben szükséges, létre kell hozni olyan rehabilitációs centrumokat is (megfelelő szakmai teammel és eszközparkkal), amelyeket fogyatékos emberek vesznek elsősorban igénybe.

1 Ez azt jelenti, hogy a fogyatékosügy kulcskérdései jelenjenek meg azokban a többségi szakmapolitikákban, amelyek a társadalom szereplőinek életét általában meghatározzák. A fogyatékosügy ezentúl, ne szegregált rétegpolitika legyen, hanem biztosítsuk a fogyatékos állampolgárok számára is a szakmapolitikai folyamatokban való széles körű részvételt, valamint azt, hogy ezeknek az embereknek a nagyon különböző igényei és tapasztalatai legyenek a döntési folyamatok középpontjában minden olyan esetben, amikor ezeknek a döntéseknek bármilyen közvetlen vagy közvetett hatása van a fogyatékos emberek életére. Ez a stratégia a fogyatékos emberek problémáinak integrációját jelenti a szakmapolitikai folyamatok minden szakaszában – a tervezéstől a megvalósításon át a monitoring folyamatokig, valamint az értékelő tevékenységig. A fogyatékos emberek problémáinak beágyazásával párhuzamosan a tartósan fennmaradó egyenlőtlenségek feltétlenül szükségessé teszik a kifejezetten a fogyatékos embereknek szánt konkrét intézkedések megvalósítását is. (Az Európai Bizottság COM 650 (2003) Közleménye alapján)

Leonard Euler öröksége és a látássérültek pedagógiája

DR. CSOCSÁN EMMY

(Közlésre érkezett: 2007. július 1.)

300 éve született *Leonard Euler*; minden idők egyik legnagyobb matematikusa. Szerte a világban megemlékeznek életművéről, méltatják azóta is elvitathatatlan és túlszárnyálthatatlan érdemeit. *Euler*, a matematikus géniusz, akít *Henri Poincaré* (1854-1912) a matematika királyának nevezett, gazdag tudományos életművének felét vakon hozta létre. Méltán fordul tehát a tudományos világ a látássérültek pedagógiája felé és teszi fel azt a kérdést, hogyan volt ez lehetséges a 18. században, hogyan élt és dolgozott *Leonard Euler*?

A Dortmundi Egyetem Fizika Kara tudományos programokkal emlékezett meg a nagy matematikusról. A szerző felkért előadóként vett részt a jubileumi hét programján. A közönség elsősorban fizikát, matematikát tanuló hallgatókból és az őket tanító kollégákból tevődött össze. Jelen közlemény a 2007. június 12-én elhangzott előadás rövidített, átdolgozott változata.

Bevezetés

A szerző szándéka, hogy az *Euler*-jubileum kapcsán a vaklás és a matematikanítás viszonyáról szóljon, valamint arról is, hogy az integrált matematikaoktatás a vak és látó gyermekek számára egyaránt hatékony fejlesztés módszereinek kidolgozása, a mindkét csoport számára megfelelő szemléltető- és munkaeszközök kiválasztása a matematika-didaktika általános értelemben vett gazdagodását is szolgálja.

Nyugati kultúránkban a látásnak túldimenzionált értékrendje van. Napjainkban „az egyenlő esélyek“ biztosításának társadalmi mozgalma ellenére is a vaklás sokak számára elképzelhetetlen fenomén. Hogyan ismerik meg a vak emberek a világot? Milyen képzetek, fogalmaik vannak a dolgokról, és mennyire lehet ezeket a képzeteket a látó emberekével összehasonlítni?

Általában ezek az első gondolatok, melyeket laikusok feltesznek, amikor az érintettekkel vagy a szakemberekkel találkoznak és a „vakságról“, vagy „vakon élni“ témáról beszélgetnek.

Látó emberek gyakran vállalnak fel tudatosan olyan szituációkat, amelyekben bizonyos tevékenységet fedett szemmel, a vakságot szimulálva végeznek el. A látássérültek pedagógiája gyakran alkalmazza a szimulációt, mint módszert, bizonyos tevékenységek, vizuális kontroll nélküli tanulási folyamatok megfigyelésekor, elemzésekor. Tudnunk kell azonban, hogy a látó személyek ezen tapasztalatait csak fenntartásokkal lehet a vak emberekével összehasonlítani és azokból általános érvényű következtetéseket levonni (Walthes, 2003).

A következő példák segítségével megközelítően elképzelhetővé válik, hogy tapintásra és hallásra épülő tapasztalatok segítségével is lehet matematikai értelemben vett tapasztalatokat gyűjteni, alapfogalmakat kialakítani.

A fedett szemű olvasó maga is elvégezheti a következő egyszerű cselekvéssort: hajtson össze egy papírlapot, tetszés szerint két felé. Jelöljön ki egy pontot a hajtásvonalon. Ezen a ponton hatja egymásra az előző hajtásvonalat. Most két egymásra merőleges hajtásvonalon jelöljön meg két pontot, A-t és B-t. Kösse össze egy hajtásvonallal ezt a két pontot. Kérdés: ha szétnyitná a hajtogatott papírlapot, milyen geometriai idomot zárnának be a kitapintható hajtásvonalak? Végül, levéve a szemtakarót meggyőződhet róla, hogy a keletkezett síkidom valóban egy rombusz. Talán az is nyilvánvaló, hogy a hajtogatott forma szemléletesen mutatja a rombusz alaptulajdonságait, nevezetesen: a négy oldal egyenlő hosszú (egymásra hajtva lefedik egymást), valamint: az átlók merőlegesek egymásra.

A tapintás, a kezek mozgásos aktivitása az ismeretszerzés egyik útja. Matematikai jelenségek, összefüggések szemléltetésére azonban kiválóan alkalmasak az akusztikus szemléltetőeszközök. Hatékonyságuk nagymértékben függ a „hallgató“ motivációjától és korábbi tapasztalataitól. Kutatási eredmények bizonyítják, hogy ezen a téren a vakság mint észlelési feltétel igen hatékonyan segíti a szükséges ezen képességek: a hallási figyelem, koncentráció, akusztikus emlékezet stb. kialakulását (Csocsán, 2006). *Dr. Kent Culler*, amerikai vak fizikus, csillagász, elismert kutató, az American Astronomical Society tagja, munkamódszeréről beszámolva hangsúlyozza a hallás kiváló szekvencia analizáló képességét, amely lehetővé teszi a kozmoszból elektronikusan fogott, meghangosított jelek pontos elemzését (Culler, 2007).

A további szimulációs tapasztalatszerzésre motivált olvasónak figyelmébe ajánlja a szerző *Tom Johnson*, Párizsban élő amerikai zeneszerző munkáit. *Johnson* a „Music for 88“ lemezén „Multiplication table“ című kompo-

zíciónjában zongoraakordokkal, futamokkal mutatja be a számok közötti mennyiségi és szeriális összefüggéseket. Ugyancsak ezen a lemezen az „Euler’s Harmonie“ című darab, az Euler-féle „harmonikus“ számokat zenével illusztrálja. (Johnson, 2007). *Leonard Euler* maga is foglalkozott a matematika és a zene kapcsolatával, nevezetesen „a zenei harmoniával“. Minden hanghoz egy meghatározott számot rendelt, amelyet a 2, 3 és 5 hatványaival hozott létre.

A szonifikáció, a jelenségek, összefüggések meghangosítása, akusztikus megjelenítése egyre nagyobb szerepet játszik a különböző alkalmazott tudományok területén, és iskolai „bevetésük“, elsősorban a matematika, fizika területén, nemcsak a vak tanuló számára könnyítheti meg a tanulást, a tananyag megértését (Csocsán, 2006).

Remélhetően a fenti példák segítik az olvasót, hogy elképzelhesse, a matematikai ismeretszerzés, fogalmak, absztrakciók kialakulása vizuális észlelés nélkül is lehetséges. A fejlődés útja, az egyéni képzetek tartalma eltérő, az elvont fogalom, az absztrakció matematikai értelemben azonban azonos értékű a látó emberekével.

A vakok pedagógiájának kezdetei

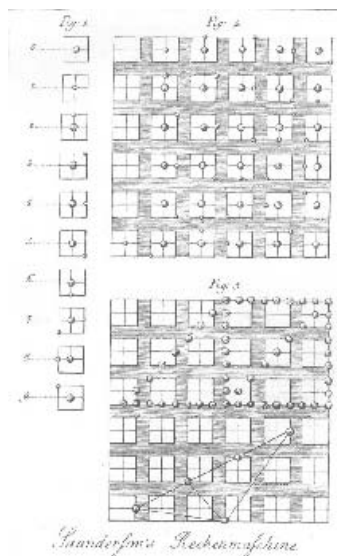
A vakságot, mint társadalmi fenomént a különböző korokban és kultúrákban eltérően kezelték. A teljes kitaszítottaságra, mellőzésre ugyanúgy találunk példákat, mint arra, hogy a vak személyeknek különleges képességeket tulajdonítottak. A középkorban a vak emberek a társadalom peremén éltek, többnyire koldulással keresték kenyerüket. Ugyanakkor feljegyzések maradtak fenn, amelyek arról számolnak be, hogy tehetséges vak fiatalok, családi körülményeiktől függően magán-oktatásban részesültek.

A vak gyermekek intézményes nevelése Európában 1784-ben, a párizsi vakok iskolája megalapításával veszi kezdetét. Amennyiben figyelemmel kísérjük a 18. század történéseit, a tudományok és a társadalom fejlődésének összefüggéseit, megértjük, hogy miért éppen a felvilágosodás korában kerülhetett erre sor. Ez a század *Kant, Newton, Euler, F. Benjamin, Schiller, Voltaire, Rousseau, Diderot, J.S. Bach, Mozart* és *Haydn* kora, amelyben egyedülálló tudományos és ipari felfedezések születtek.

Ebben a században élt *Kempelen Farkas* (1734-1804), a világhírű magyar ezmester, a kor kiemelkedő polihisztorja. Az emberi beszédhangokat előállító gépe az informatikatudomány alaptalalmánya. Sakkozó automatájának technikai megoldása a mai napig is rejtély és innovációs kihívás. *Kempelen* tervezte és készítette el az első író- és nyomtatógépet *Maria Theresia von*

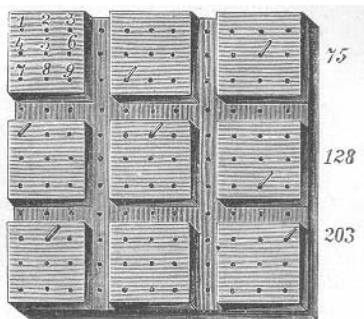
Paradise, a kor híres vak énekesnője számára. *Denis Diderot* a kor nagy gondolkodója 1749-ben jelenteti meg „Lettre sur les aveugles à l’usage de ceux qui voient” című munkáját, amely, mint címe is elárulja, vak emberekről szól, tanulságul a látóknak. *Diderot* saját megfigyelései alapján beszámol arról, hogyan végzik az általa megismert vak emberek hétköznapi tevékenységüket a látó emberek számára berendezett világban. Következtetései filozófiai jellegűek, azonban a „Levél a vakokról”, a benne leírt tények nagy mértékben hozzájárultak, hogy a vakok „oktathatóságának” gondolata elfogadottá válhatott (Spittler-Masolle, 2001, Möckel, 2006, Weinläder, 2006).

A francia vakok intézetét követően, Európában időben szorosan egymás után nyílnak iskolák vak gyermekek számára: 1804-ben Bécsben, 1806-ban Berlinben, 1807 Prágában, 1808 Amsterdamban, 1824-ben Linzben és Weimarban, majd 1825-ben Pozsonyban (Wißmann, 2006). A vakok pedagógiája gyökereihez azonban hozzá tartoznak azok a felismerések is, amelyek az intézményes nevelés kezdete előtti időkből származnak, és a fogyatékossgal élők, a vakok egyéni megsegítésének, nevelés-oktatásának talaján születtek (Gordosné, 2000). A matematika-diaktika sokat tanult és ma is sokat hasznosít a korukban elismerést kiváltó, tudományos sikereket elérő vak matematikusok életútjának, munkamódszereinek leírásából (Hahn, 2006). Kimagasló egyéniségként tartja számon a matematikatörténet a vak *Nicolas Saunderson*t, aki 1682-ben Angliában született és 57 évesen 1739-ben hunyt el. *Saunderson* egyéves korában himlőben megvakul. A kiváló képességű, több nyelven beszélő ifjú matematikai tehetségére hamar felfigyelnek. *Saunderson* autodidakta volt, felolvasóval dolgozott és több kiváló kortársával állt levelezésben, közöttük *Newton*-nal. 1711-ben lesz a Cambridge-i Egyetem matematikaprofesszora. Jelentős munkái: a post humus kiadású „Elements of Algebra” (1740) és a *Newton* tanairól készült könyve (1756) (Mell, 1900). *Saunderson* saját készítésű segédeszközzel dolgozott, amely nemcsak számok írására, velük végzett műveletek végzésére volt alkalmas, hanem geometriai alapszerkesztések végzésére is. A számoló tábla alapötlete megtermékenyítőleg hatott a későbbi tífloamatikai taneszközök készítőire.



1. ábra: *Saunderson*-féle számoló tábla

Christian Niesen vak tanítványa, *R. Weissenburg* számára egy hasonló matematikai munkaeszközt készített. *Saunderson* alapötletét módosította, így a tábla használata egyszerűbbé vált és – különböző fejű, tapintással megkülönböztethető stiftek segítségével – algebrai feladatok végzésére is alkalmas volt (Hahn, 2006).



2. ábra: *Niesen-féle* számoló tábla

Ch. Niesen nagy érdeme, hogy ismerte *L. Euler* könyveit és saját munkáinak – “A számolás művészete látóknak és vakoknak” (1773), “Algebra látóknak és vakoknak” (1777) – megjelentetésével megalkotta az első didaktikai szempontból történelmi jelentőségű hidat a matematika és a vakok matematika tanítása között. *V. Hahn* idézi tőle: “A vakok fogalmai a dolgokról mások, mint a látóké. Ezért a vak fejében a dolgok egészen másképpen néznek ki, mint a látókéban.” Ebből *Niesen* azt a következtetést vonja le, a vakokat a számukra megfelelő szemléltető- és taneszközökkel kell tanítani. (Hahn, 2006, 84.old.)

L. Euler öröksége – reflexiók a látássérültek pedagógiája szemszögéből

Leonard Euler 1707. április 15-én született Bázelen. Apja evangélikus lelkész, maga is jártas a matematikában, fia neveltetésére nagy gondot fordít. A bázeli egyetemen *Euler* először teológiát tanul. Tizenhétévesen kap egyetemi “magister”-címet. *Johann Bernoulli* (1654-1705) hatására matematikai tanulmányokba kezd és 1726-ban szerez egyetemi képesítést. 1730-tól a fizika és a “magasabb matematika” professzora a szentpétervári egyetemen. 1741 és 1766 között a berlini porosz tudományos akadémián dolgozik. 1766-ban visszatér Szentpétervárra. 1783-ban bekövetkezett haláláig ismét a szentpétervári egyetem professzora. Az 1730-as évek végén elveszíti látását a bal szemén, majd 1771-ben bekövetkezik teljes vaksága. Pontos adatok nem állnak rendelkezésünkre, de gyaníthatóan makuladegeneráció következtében.

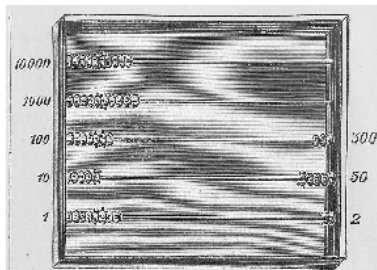
Leonard Euler a matematika és fizika több területén alkotott maradandót. Foglalkozott ezen kívül csillagászzal, építészettel, filozófiával, teológiával és zeneelmélettel. Olyan, ma szociológia és gazdaságtudomány területére tartozó problémák matematikai vonatkozásai is foglalkoztatták, mint a nyugdíj-kiszámítás, szerencsejáték, várható életkor stb. A mai matematikai nyelv szimbolumainak, jeleinek nagy hányada *Eulertől* származik. Életműve 45 nagyobb tanulmányt, könyvet és 700 dolgozatot ölel fel. Széles körű érdeklő-

déssel fogadták az 1768-ban megjelent tudományos népszerűsítő művét, a “Lettres a une princesse d’allemagne” –t (Levelek egy német hercegkisasszonyhoz), mely a fizika, csillagászat, matematika, filozófia és a hittudomány alapjait közérthető módon közvetítette. Több mint 50 matematikai tétel és fogalom viseli nevét. Legismertebbek az Euler-féle gráf, az Euler-féle szám, az exponenciális szám, a természetes logaritmusfüggvény alapszáma. Az “e” jel is az ő nevére utal. *Euler* fogalmazta meg először a poliéderekre vonatkozó tételt, amely a csúcsok, lapok és élek közötti összefüggést rögzíti: $(c+l)-e=2$, ahol c =csúcsok száma, l = lapok száma és e = élek száma. Ugyanez szavakkal megfogalmazva: ha egy hasáb csúcsainak és lapjainak számát összeadjuk és ebből kivonjuk az élek számát, mindig 2-öt kapunk eredményül. Téglatest esetében: $(8+6)-12=2$. (Meersmann,1998).

Az 1900-ban, az *A. Mell* által szerkesztett és Bécsben megjelent “Enzyklopädisches Handbuch des Blindenwesens” szócikke kiemeli *Euler* átlagon felüli munkabíráását, éles megfigyelőképességét, rendkívüli koncentrációs képességét és kíváló emlékezőképességét. Amikor nyilvánvalóvá vált, hogy a teljes megvakulással számolhat, megtanulta kézírását speciális segéd-eszközök használatával megtartani. Munkatempója megvakulása után is töretlen. Barátai és fia segítenek a felolvasásban, jegyzetek és kéziratok készítésében. *Euler* bizonyára ismerte és használta az akkor általánosan elterjedt számoló táblát, az orosz számológépet és a kor mérőeszközeit. Feljegyzéseiből tudjuk, hogy fából készült geometriai eszközökkel is modellezett.

Mint ahogy az az életrajzából kiderült, *Euler* 64 éves korában veszítette el látását. A matematikai fogalmakat látó tanulási stratégiákkal sajátította el. Látásvesztése nem akadályozta gondolkodási tevékenységében, csupán az írás-olvasásban szorult látók segítségére. A késői életkorban megvakultak képzetei tartalmára vonatkozóan a vakok pedagógiája kevés, a tudományok mai színvonalán végzett kutatási eredményekkel rendelkeznek. *Tóth Zoltán* kérdésfeltevései ma is foglalkoztatják a szakembereket. Ő hívja fel először a figyelmet arra, hogy a vakok pedagógiájának segítenie kell a vizuális képzetek új integrációs egységekbe való beépülését minél hosszabb távú további felhasználhatóságuk érdekében (*Tóth, 1927/1997*).

A felnőtt korban megvakult emberek beszámolóí és esettanulmányok elemzése alapján tudjuk, hogy a vizuális emlékképek és képzetek egyénenként különböző intenzitással és idői paraméterekkel rendelkeznek. Azok, akik



3. ábra: Orosz számológép

vizuális tapasztalataik megőrzésére jó stratégiákat dolgoztak ki, azok a látós képzeleteket új életformájukban igen hatékonyan fel tudják használni, különösen a mozgás és téri tájékozódás területén (Sacks, 2006).

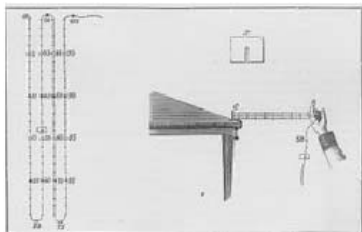
A vakok matematikatanítása a 19. században

A vakok pedagógiája, majd később az abból differenciálódott gyengénlátók pedagógiája didaktikai módszereit tekintve az általános pedagógiai megoldásokra reflektált és azokat módosította. Erre, a több mint kétszázéves folyamatra jellemző, hogy a látássérültek didaktikája a vakság, a vakos tanulás sajátosságainak figyelembevételével az általános pedagógia megoldásait szelektálta és módszereit adaptálta. (Rath, 1999). A gyógypedagógia ezen szakágának „sine qua non“-ja a látássérült gyermek ismeretén alapuló pedagógiai kritériumrendszer kidolgozása.

A 19. század elején dolgozta ki *Johann Wilhelm Klein*, a bécsi vakok iskolája megalapítója pedagógiai koncepcióját. Tankönyve 1819-ben jelent meg. Ebben részletes leírást találunk a matematikai fogalmak kialakulására és képességek fejlesztésére vonatkozóan. Az általa kipróbált és ajánlott módszerek több, mint száz éven keresztül határozták meg a vakok iskoláiban folytatott pedagógiai gyakorlatot. A matematika tanterv lényegében két témát, az aritmetikát és a geometriai alapismereteket írta elő, az oktatásban azonban a legnagyobb hangsúlyt a fejbenszámolási képességek fejlesztésére fordították. *W. J. Klein*nek a számfogalom kialakítására vonatkozó módszere a mai értelemben is modernnek mondható. A tapintásos szemléltetésre, a cselekedtetésre nagy gondot fordított. Apró, kézbevehető tárgyakat, magokat, számológyöngyöket használt a mennyiség- és számfogalom előkészítésére. Az alapműveletek szemléltetésére a számoló zsinórt alkalmazta (Hahn, 2006).

A számok ábrázolását és műveletvégzést *J. W. Klein* is az orosz számolótáblával tanította. Az írásbeli műveletek végzésére egy számolódobozt fejlesztett ki, amely széles körben elterjedt a német nyelvterületen és a környező országokban, így Magyarországon is. A szerző, mint kezdő gyógypedagógiai tanár a vakok iskolájában ezen számoltatta tanulóit. Az 1970-es évektől kezdve az abakusz kiszorította a gyakorlatból a “bécsi számolódobozt”.

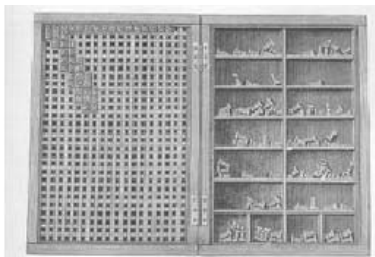
A bécsi számolódobozon tapintható arab számokkal, a látók írásbeli algoritmusát követve számoltak a növendékek. A vakok írása ebben az időben még a domború latin betűs írás volt. A vakok,



4. ábra: Számoló zsinór

Louis Braille által megalkotott pontírása bár 1825-ben született, a német nyelvterületen csak a 19. század második felétől került általánosan bevezetésre.

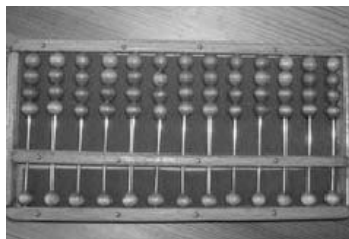
Az orosz számológép utódja a vakok oktatásában ma az abakusz. Vakok számára készült példányain a golyók szabad mozgását egy speciális bélelés akadályozza. Az első, vakok számára készült eszközt Japánban készítették a múlt század harmincas éveiben. (Megemlítést érdemel, hogy a vakok matematika oktatásában ma használatos abakusz formáját és műveletvégzési rendszerét tekintve az eredeti, a görög-római birodalomban elterjedt ősének az "egyenes ági" leszármazottja.)



5. ábra: Bécsi számolódoboz

A vakok és a matematikatanítás ma

A vakok pedagógiája ma a vakságot észlelési feltételrendszernek tekinti, amely az egyén tanulási stratégiáit nagymértékben meghatározza. Kutatási eredmények nem erősítik meg azokat a feltételezéseket, hogy lennének olyan képességek, amelyeket csak vakok tudhatnak magukénak, de azt igen, hogy vannak bizonyos kognitív teljesítmények, mint az akusztikus emlékezet, haptikus exploráció, verbális tudatosság, amelyek vakoknál látó átlagon felüli teljesítményeket mutathatnak. A matematika oktatási gyakorlatában is általános jelenség, hogy a vak diákok magasabb számkörben képesek fejben műveleteket végezni, mint látó társaik. A klasszikus vakok pedagógiája nagy gondot fordított és fordít ma is a felsorolt képességek fejlesztésére.



6. ábra : Abakusz

A matematikai képességekkel és kompetenciákkal kapcsolatos vizsgálatok igazolják, hogy a vak gyermekek ugyanazokat a fejlődési stációkat járják be a számfogalomfejlődés során, mint látó társaik. Így az oda vezető út – a sajátos észlelési feltételek miatt - is más megsegítő stratégiákat igényel a pedagógiai gyakorlatban. Megállapítást nyert továbbá, hogy a számlálási stratégiák közül vannak olyanok, amelyeket a vak gyermekek szignifikánsan magasabb százalékban alkalmaznak, mint látó társaik. Ugyancsak bebizonyított, hogy az akusztikus élmények, a hangok, ritmusok, zajképek összehasonlítása, elemzése nagy szerepet játszik a mennyiség- és számélmény kialakulásában. (Csocsán, 2004). A pszichológia és a látássérültek pedagó-

giája egyetért abban, hogy a matematikatanuláshoz szükséges kognitív képességek elsajátítása vizuális input nélkül is lehetséges (Hahn, 2006). A szerző több évtizedes matematikatanítási gyakorlata is bizonyítja, hogy vannak a matematikának olyan részterületei, melyek inkább alkalmasak a vak tanulók képességeinek fejlesztésére, mint mások. Ilyenek a számelmélet, aritmetika, algebra, kombinatorika és a valószínűségszámítás. Ezeken a területeken vak matematikusok kiemelkedő eredményeket érnek el (Hahn, 2006). Vannak azonban a matematikának olyan részterületei, ahol a vakok – közvetlen szemléltetési lehetőség és közvetlen cselekvési stratégiák hiányában - csak áttételesen, verbális fogalmak segítségével alkothatnak fogalmakat, illetve a tapintás sajátosságai miatt a tanulási folyamatok igen sok időt vesznek igénybe. Ilyen például az ábrázoló geometria és a trigonometria.

Mit jelentenek a fenti felismerések a látó és vak tanuló integrált matematika oktatása terén? A múlt század hetvenes éveitől a fogyatékkal élő emberek integrációja társadalmi és politikai mozgalom volt, ma mindennapos iskolai gyakorlat. Az eddig a szelekcióra alapozott rendszerből egy nyitott, az inklúzióra, a befogadásra alapozó pedagógia válik. Ez a folyamat napjainkban még nem zárult le. Ahhoz, hogy ez a változás bekövetkezzen, szükséges, hogy az általános pedagógia az egyéni tanulási szükségleteket és alkalmazkodási stratégiákat vegye figyelembe a tanulási környezet kialakításakor, valamint módszereit és eszközeit ennek megfelelően válogassa meg. Az iskolai integrációval kapcsolatos elvárásokra való tekintettel *Rath* hangsúlyozza a célazonosság és a módszertani sokszínűség elvét a látássérültek pedagógiájában. Követeli a „célazonosság“ tartalmi újrafogalmazását. A módszertani sokszínűséget és rugalmasságot, mint szükséges feltételt tekinti annak érdekében, hogy a tanítás nyílt, „individualizált“, személyre szabott lehessen (*Rath*, 1999). Csak a tanulási folyamatokra koncentrálnó didaktika képes arra, hogy valamennyi tanulóknak, a képességeinek megfelelő szemléltetést, megsegítést és terápiát nyújtson. A tanulási folyamatokra koncentrálnó didaktika az észlelést, mint egy összetett, komplex, egymással kölcsönös kapcsolatban álló lelki tevékenységek együttesét, valamennyi tanulási folyamat alapján tekinti. Nagy súlyt fektet az imaginatív (képzelt) tanulásra, melyet az oktatásban kihasználni és fejleszteni szükséges, valamint a kognitív tanulást, mint rendszer-folyamatot kezeli (*Csocsán*, 2003).

Az integrált oktatásért együtt felelős a tantárgyat tanító szaktanár és a látássérültek integrációját segítő gyógypedagógus. A gyógypedagógus segít annak felismerésében, hogy amennyiben az oktatás nem veszi figyelembe a tanulók egyéni tanulási szükségleteit és észlelési feltételeit, azaz olyan feladat elé állítja őket, amely nem kivitelezhető számukra, akkor maga az iskola teszi ezeket a tanulókat fogyatékkossá. Mit jelent konkrétan a jó együttműködés a

matematika tanítási gyakorlatban? Elsősorban kölcsönös tanulási folyamatokat. A gyógypedagógus a szaktanártól és fordítva, valamint mindketten a diákoktól. A vakok pedagógiája mindennapos eszköztárába tartoznak olyan didaktikai elvek, megoldások, amelyek nemcsak a látássérültek, hanem valamennyi tanuló számára is biztosíthatják az egyéni szükségletek szerinti tanulást. Ezek: 1. Minden érzékszervvel tanulni; sokoldalú szemléltetés, közvetlen tapasztalatszerzés, modellezés 2. Képzelőerő fejlesztése 3. A verbális kultúra fejlesztése 4. A tananyagfeldolgozása “kis lépések”-ben 5. Folyamatos tudás- és kompetenciaszint-visszajelzés.

Az integrált matematika oktatás ma még sok esetben azt jelenti, hogy a vak és látó tanulók azonos tananyagot tanulnak és ennek megfelelően a vizsgakövetelmények is azonosak. A vak tanulók sokszor kerülnek olyan helyzetbe, hogy az adott feladatot nem tudják teljesíteni. Nem azért, mert erre képességeik alapján nem lennének képesek, hanem azért, mert a feladatot nem a tanulási feltételeiknek megfelelően közvetítik számukra. Ideális esetben – és reméljük a jövőben erre sor kerülhet – a tantervek tartalmilag egyenértékű, de a matematika különböző részterületeihez tartozó témakör-modulokat fognak tartalmazni, amelyekből a vak és látó tanulók számára eltérő témákat lehet megjelölni. Ebben az esetben a vizsgáztatásban is érvényesíteni lehet majd az esélyegyenlőség elvét.

Záró gondolat

Az *Euler* Jubileum a Dortmundi Egyetemen lehetőséget adott a szerzőnek, hogy a vakság és a matematikaoktatás témákban a szakdidaktikákat oktató kollégákkal valamint a hallgatóikkal megoszthassa gondolatait. Arra is alkalmat adott, hogy bemutassa azokat a didaktikai eszközöket és megoldásokat, amelyekkel *L. Euler* korában a vakok a matematika tanulásában és gyakorlásában használtak. Abban a reményben, hogy a szakemberek közötti együttműködés valamennyi integráltan tanuló számára előnyös lehet, felhívta a figyelmet a tanulási feltételek megismerésének szükségességére.

Leonard Eulernek sok “új csillag” felfedezését köszönheti a tudományos világ. Kiemelkedő tehetség, matematikai zseni volt. Olyan tulajdonságokkal és képességekkel rendelkezett, mint intuíció, kitartás, következetesség, soha nem lankadó érdeklődés, rendkívüli emlékező- és kombinálóképesség, szakmai igyekezet, jó értelemben vett becsvágy és munkabírás. *Euler* és őt követő számos kiváló vak matematikus életművéből is tudjuk; ahhoz, hogy valaki egy újabb csillagot fedezzen fel a matematika horizontján, nem érzék-szeri értelemben kell “látó”-nak lennie.

Irodalom

- CSOCSÁN, E., KLINGENBERG, O., KOSKINEN, K.-L., SJÖSTEDT, S. (2002): *Maths „seen“ with other eyes – A blind child in the classroom – teacher’s guide in mathematics*. Esbo: Schildts (Emmy Csocsán et al: Matek más szemmel: Vak gyermek az osztályban: Tanári kézikönyv a matematika tanításához)
- CSOCSÁN, E. (2004): *Fragestellungen der Didaktikforschung aus der Perspektive des Gemeinsamen Unterrichts* In: XXXIII. Kongress „Qualitäten“ Rehabilitation und Pädagogik bei Blindheit und Sehbehinderung Kongressbericht VBS Verband der Blinden- und Sehbehindertenpädagogen und –pädagoginnen e.V. edition bentheim. Würzburg: edition bentheim 190-196.
- CSOCSÁN E. (2004): *Az érzékszervi tanulás organizációja iskolai tanulási folyamatokban vakoknál*. In: Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia. (Szerk.: Gordosné Szabó Anna), Medicina Könyvkiadó R.t. Budapest. 131-150.
- CSOCSÁN E. (2006): *A szonifikáció didaktikai vonatkozásai a matematika oktatásban* In: Gyógypedagógiai Szemle, 4. 255-265.
- CULLER, KEN (2007): Honlap - <http://www.eyeway.org/inspire/ac-kcullers.htm> (2007-06-24)
- GORDOSNÉ SZABÓ A. (2000): *A gyógypedagógiai iskoláztatás fejlődése* In: Illyés S. (Szerk.) Gyógypedagógiai Alapismeretek ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Budapest 331-356.
- HAHN, V.F. (2006): *Mathematische Bildung in der Blindenpädagogik*. Probleme und Veranschaulichungsmedien beim Mathematiklernen Blinder mit einem Lösungskonzept im Bereich geometrischer Grundbildung Norderstedt: Books on Demand
- JOHNSON, TOM (2007): Honlap - <http://tom.johnson.org> (2007-06-20)
- LORENZ, J.H. (2003): *Rhythmus und Mathematik* In: Sache, Wort, Zahl 31 (56) 16-20.
- MELL, A. (Hrsg.)(1900): *Enzyklopädisches Handbuch des Blindenwesens* Wien, Leipzig: Pichlers Witwe & Sohn
- MEERSMANN, W. (Hrsg.) (1998): *Mathematiklexikon* Berlin: Cornelsen
- MÖCKEL, A. (2006): *Anmerkungen zu Denis Diderot „Über Blinden“ oder: Die Bedeutung der Blindenpädagogik für die Heilpädagogik* In: Drave, W., Mehls, H. (Hrsg.) 200 Jahre Blindenbildung in Deutschland (1806-2006) Würzburg: edition bentheim. 13-24.
- RATH, W.(1999): *Integrative Pädagogik bei Kindern und Jugendlichen mit Blindheit* In: Myschker, N., Ortman, M. (Hrsg.) Integrative Schulpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 37-59.
- SACKS, O. (2006): *Was Blinde Sehen* In: blind-sehbehindert 1/2006 13-29
- SPITTLER-MASSOLLE, H.-P.(2001): *Blindheit und blindenpädagogischer Blick*. Der Brief über die Blinden zum Gebrauch für die Sehenden von Denis Diderot und seine Bedeutung für den Begriff von Blindheit in der Gegenwart Frankfurt a.M.: Lang
- TÓTH Z. (1927/1997): *A vakok képzetvilága* Budapest, Pont Kiadó

Universität Dortmund, Fachbereich Physik (2007): Honlap - <http://www.physik.uni-dortmund.de/euler.html> (2007-06-20)

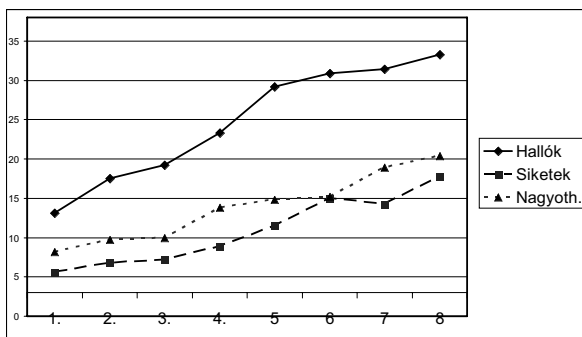
WALTHES, R. (2003): *Einführung in die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik*. Weinheim: Reinhardt Verlag

WEINLÄDER, H. (2006): *Psychologische Fragestellungen mit Bezug auf blinde und sehbehinderte Menschen* In: Drave, W., Mehls, H. (Hrsg.) 200 Jahre Blindenbildung in Deutschland (1806-2006) Würzburg: edition bentheim. 211-224.

WISSMANN, K. (2006): *Zeittafel zur Blinden- und Sehbehinderung in Deutschland* In: Drave, W., Mehls, H. (Hrsg.) 200 Jahre Blindenbildung in Deutschland (1806-2006) Würzburg: edition bentheim. 251-286.

Hibaigazítás

Folyóiratunk előző, 2007/2. számában Dr. Csányi Yvonne tanulmányában a 84. oldalon levő grafikon helyett az alábbi a helyes:



1. sz. grafikon

A 86. oldalon levő grafikon jelzése: 2. sz. grafikon elmaradt. A sajnálatos hibákért a Szerző és Olvasóink szíves elnézését kéri

a Főszerkesztő

GYÓGYPEDAGÓGIA TÖRTÉNET

A főszerkesztő ajánlása

A 20. század magyar gyógypedagógiai szakirodalmában **Heinrich Hanselmann (1885-1960)** már életében az egyik leggyakrabban hivatkozott svájci szerző. Olvasóink figyelmébe ajánlunk néhány, életútjáról, munkásságáról, és azok magyar vonatkozásairól magyar nyelven publikált szakirodalmi forrást:

HAEBERLIN, URS (1995): *A gyógypedagógiai pszichológia kezdetei Heinrich Hanselmann és Paul Moor munkásságában.* In: „... önmagában véve senki sem...” Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből Lányiné dr. Engelmayer Ágnes 65. születésnapjára. (Szerk.: Zászkaliczky Péter), BGGYTF, Budapest, p. 27–44.

GORDOSNÉ DR. SZABÓ ANNA (1997): *Hanselmann Heinrich.* In: Pedagógiai lexikon (Szerk.: Báthory Zoltán és Falus Iván), Keraban, Budapest, I. kötet, p. 642–643 és (2001) In: Gyógypedagógiai lexikon (Szerk.: Mesterházi Zsuzsa), ELTE BGGYFK, Budapest, p. 27–28.;

(2000): *A magyar gyógypedagógus-képzés története.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, p. 461;

(2005): *Tóth Zoltán, a magyar gyógypedagógia nesztora.* In: Gyógypedagógiai Szemle, XXXIII. Évf.1. szám, p. 45–52.

(2006): *A hazai gyógypedagógus-képzés fejlődéstörténeti elemzése.* In: Gyógypedagógiai Szemle, XXXIV. Évf. 2. szám, p. 87–97.

MESTERHÁZI ZSUZSA (2004): *A gyógypedagógia elméletképzésének főbb irányai.* In: Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. (Szerk.: Zászkaliczky Péter és Verdes Tamás), ELTE BGGYFK és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest, p. 17–65.

Az alább közölt tanulmány szerzője, Prof. Dr. Hoyningen-Süess, Ursula, és annak fordítója, valamint jegyzetekkel ellátója, Schiffer Csilla (ELTE BGGYFK, Általános Gyógypedagógiai Tanszék) közösen végzett kutatómunkája várhatóan újabb értékes adatokkal gazdagítja gyógypedagógia-történeti tudásunkat. A Gyógypedagógiai Szemle Szerkesztősége nagy figyelemmel követi munkájukat, és később is publikálja eredményeiket.

A gyógypedagógia tudományának közös svájci és magyar gyökerei¹

PROF. DR. HOYNINGEN-SÜESS, URSULA

(Közlésre érkezett: 2007. június 25.)

Nagyon örülök, hogy itt lehetek Budapesten, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Általános Gyógypedagógiai Tanszékének vendégeként, és előadást tarthatok Önöknek a svájci és a magyar gyógypedagógia történetének egy rendkívül érdekes és történetileg jelentős kapcsolatáról. *Heinrich Hanselmann* zürichi gyógypedagógia-professzor és a magyar Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola között folyt levelezésből kiderül, hogy *Hanselmann* – és egyik munkatársa: *Wagner-Simon* professzorasszony – személyes kapcsolatban volt a főiskola néhány munkatársával², és *Heinrich Hanselmann* egy levelében azt is megemlítette, hogy szeretné *Tóth Zoltán: Általános gyógypedagógia* (1933) könyvét németre lefordíttatni. Ez a fordítás ténylegesen csak 2006 őszétől készül intézetünkben, lehetővé téve, hogy kettejük egymásra hatását és szoros barátságon alapuló szakmai együttműködését feltárjuk. A következőkben szeretném bemutatni, hogy *Tóth Zoltán* gondolatai *Hanselmann* gyógypedagógiájában milyen jelentős mértékben jelentek meg.

Ehhez először is röviden összefoglalom *Hanselmann* életrajzát, majd bemutatom a gyógypedagógiáról vallott nézeteit, és röviden vázolom

1 A cikk az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karán 2007. április 23-án tartott előadása alapján készült. Fordította: Schiffer Csilla

2 Vértés O. Józseffel, Szondi Lipóttal és Tóth Zoltánnal

gyógypedagógiai elméletét. Végül bemutatom *Hanselmann* tézisét arról, hogy a gyógypedagógiában az elméletnek és a gyakorlatnak milyen szoros egységet kell képezniük, és majd éppen e tekintetben válik fontossá számunkra az 1937-ben megalapított Nemzetközi Gyógypedagógiai Társaság, amely az osztrák, a magyar és a svájci gyógypedagógia közötti összekötő láncszemet alkotta.

1. *Heinrich Hanselmann (1885-1960)* *életrajza*

Hanselmann St. Peterszell-ben (St. Gallen kantonban) született 1885-ben. 1901 áprilisától a schiers-i Evangélikus Tanítóképzőben (Evangelische Lehrerseminar) tanult, majd ezt elvégezve három éven át tanítóként dolgozott St. Gallenben a „Siketnémaintézetben” (1905-08). 1908-tól egyetemi tanulmányokat folytatott, pszichológiát, filozófiatörténetet, logikát és pszichológiát tanult Zürich, Berlin és München egyetemén, és 1911-ben Zürichben szerzett diplomát, majd követte konzulensét Frankfurt am Main-ba, azzal a szándékkal, hogy ott habilitáljon. *Schumann*³ professzor asszisztenseként dolgozott a Frankfurthoz közeli Steinmühlében egy munkaintézetben és megfigyelő állomáson (Arbeitslehrkolonie und Beobachtungsanstalt), ahol *Schumann*-nal együtt új módszereket fejlesztettek ki a nehezen nevelhető fiatalok nevelésére. 1916-ban, az I. világháború miatt megszakította munkáját az intézetben, és visszatért Zürichbe. Ebben a döntésben szerepet játszhatott magánéletének alakulása is, hiszen házasságot kötött *Annie Heufemann*-nal és ekkor született egyetlen lánya is.

Zürichben a Pro Juvetute Ifjúsági Alapítványnál kezdett el dolgozni (1916-1923). A Zürichi Egyetemen habilitált 1924-ben a gyógypedagógia pszichológiai alapjairól szóló értekezésével. 1924-ben ő alapította, és 1931-ig vezette a Zürichi Gyógypedagógiai Szemináriumot (Főiskolát). Ebből az időszakból származnak az első dokumentumok, amelyek *Tóth Zoltán* és *Hanselmann* együttműködésére utalnak. Emellett *Hanselmann* megalapította



3 Prof. Dr. Friedrich SCHUMANN (1863-1940) pszichológus, alapító tagja a német Kísérleti Pszichológiai Társaságnak (1904). 1905-től a Zürichi Egyetem professzora. 1910-től kísérleti pszichológiai laboratóriumot működtetett Frankfurt am Main-ban. Wertheimer, Köhler és Koffka ebben a laboratóriumban kezdték el kísérleteiket, amelyek alapján megalkották az alaklélektan elméletét.

1925-ben Albisbrunn-ban az „Állami Nevelőotthont” (Landeserziehungsheim). 1927 és 1942 között egy „Nevelési tanácsadót” (Erziehungsberatungsstelle) is vezetett Zürich központjában (Bahnhofstr. 1.)⁴. A kutatások szerint ő volt az első egyetemi professzor a gyógypedagógia területén 1931-től, amikor katedrát kapott a Zürichi Egyetemen. Közben a II. világháború miatt 1941-ben feleségével Ascona-ba költözött, olasz Svájc területére. 1951-ig volt a Zürichi Egyetem professzora, Asconában halt meg egy különleges napon: 1960. február 29-én.

2. A gyógypedagógia gyakorlata

A „Bevezetés a gyógypedagógiába” (Einführung in die Heilpädagogik) című tankönyvét Heinrich Hanselmann 1930-ban jelentette meg. Könyvének felépítésére is sok szempontból hatott a magyar gyógypedagógia. Ezt a tankönyvét valószínűleg felesége közreműködésével írta, akit Frankfurtban ismert meg, és aki szintén „siketnémaintézeti tanár” volt. A könyv egy példányát feleségének dedikálta: „Kedves feleségemnek! Legjobb munkatársamnak! Köszönettel, hálás köszönettel!” Könyvét hivatalosan *Max Reinhard*nak és feleségének ajánlotta, akik nagyvonalú támogatásukkal lehetővé tették számára, hogy létrehozza az albisbrunni intézetet. Ezen könyve legutóbbi, kilencedik kiadása 1976-ban jelent meg, és alcímének megfelelően továbbra is „szülőknek, tanároknak, nevelőknek, ifjúsági gondozóknak, bírálóknak és orvosoknak.” szól. Öt fejezete a következő:

- I. Csökkentérzékűség és érzékszervi gyengeség.
- II. Szellemi gyengeség (gyengeelméjűség).
- III. Beszédhiba.
- IV. Nehezen nevelhetőség.
- V. Zárszó.

Az utolsó részben a gyógypedagógia néhány alapvető törekvését fogalmazta meg. Nézete szerint ezek közé tartozott az orvosok és a gyógypedagógusok közötti viszony átgondolása. Sürgette az úgynevezett pszichológiai-pedagógiai konzultáció, mint gyógypedagógiai módszer elmélyítését, a gyógyped-

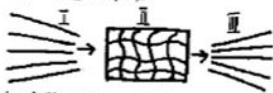
4 A Magyar Gyógypedagógiai Társaság javaslatára 1928-ban Gyógypedagógiai Tanácsadó kezdte meg működését a Gyógypedagógiai Pszichológiai M. kir. Laboratórium termében, majd dr. Schnell János vezetésével 1929/30-tól Nevelési és Pályaválasztási Tanácsadó néven nyílt meg az első magyarországi nevelési tanácsadó. vö. Schnell J. (1929): Referátum a Gyógypedagógiai, Nevelési és Pályaválasztási Tanácsadóról. In. Magyar Gyógypedagógia 7-8. sz. 104-105., és Schnell, J. (1933): A gyógypedagógiai és orvosi pszichológia a gyakorlati lelki-egészségügy (mentálhygiene) szolgálatában. In. Magyar Gyógypedagógia XXI. évf. 4-6. sz. 60-66, és 7-10. sz. 84-105. (A ford.)

gógia vallási gyökereinek pontosabb elemzését, és végül alapvető követelménynek tartotta a gyógypedagógia elméleti alapjainak kidolgozását.

3. A gyógypedagógia elmélete

Heinrich Hanselmann 1924-ben habilitált, a „Gyógypedagógia pszichológiai alapjai” című művével. Átfogó rendszert hozott létre, amelyet minden élőlényre vonatkoztatott: a I. felvétel, II. feldolgozás, III. kiadás (kifejezés) sémáját, amely működésének alapfeltétele a megfelelő környezet. Ez jól összefoglalta a gyógypedagógia körébe tartozó problémákat is, az ingerfelvétel zavaraként értelmezve az „érzékszervi gyengeséget”, feldolgozási problémaként a „gyengeelméjűséget”, és a kifejezés akadályozottságaként a beszédhibákat. Bármelyik forma esetén kialakulhat viszont a nehezen nevelhetőség sokféle problémája.

...wesen kann, im Gegensatz zu allen treten Gegenständen, sich entwickelnder Grundprozess aller Lebensverhaltung aber ist: Aufnehmen (I) – Erarbeiten (II) – Ausgeben (III).



Stilleschweigende Voraussetzung ist hier, wie in allem folgenden, daß der Grundprozess in einem angemessenen Lebensraum (Mitteln) ablaufen können und müssen. ... die Lebens noch deutlich einfach und auf weiten Strecken seines Ablaufs direkt wahrnehmbar z. B. im Bewegungsvergange. Der Kinder ist auch insofern das einfachste Lebewesen, als er an jeder Stelle der ...

1. ábra: A gyógypedagógiai pszichológia alapvető rendszere

Forrás: Hanselmann 1941, 71.

kutatás és képzés helyét is meg kell találni a gyógypedagógián belül. Ezek a gondolatok egyértelműen szoros kapcsolatban állnak a magyar gyógypedagógiával.

A könyv a gyógypedagógia fogalmának meghatározásával kezdődött, amelyet külön(leges) nevelésként határozott meg, megnevezte alapvető problémáit és bemutatta ezen problémák tudományos megközelítését:

- I. Hogyan írják le munkánkat tartalma és köre alapján más helyütt?
- II. Mi a „gyógypedagógia”? Mi a „külön(leges) nevelés” (Sondererziehung)?
- III. A külön(leges) nevelés definíciója.



- IV. A külön(leges) nevelés célmeghatározásának problémája.
- V. Módszertani problémák.
- VI. A külön(leges) nevelés előfeltételeinek alapvetése.
- VII. A külön(leges) nevelés, mint tudomány.
- VIII. Összegző észrevételek.

4. Az elmélet és a gyakorlat kapcsolata

Hanselmann hangsúlyozta az elmélet és a gyakorlat szoros kapcsolatát a gyógypedagógusképzésben. Egyrészt intenzív gyakorlati képzést szervezett, amely szemináriumi gyakorlatokat foglalt magába, másrészt erősen hangsúlyozta a gyógypedagógia elméleti megalapozásának szükségességét.⁵ A képzéshez társította a tudományos kutatásokat, speciális kollégiumokat (előadásokat), és továbbképző kurzusokat, valamint a szakirodalmi központot, a gyógypedagógiai tanácsadót, és az információs központot. Ez az elmélet és a gyakorlat szoros egységéről szóló alapgondolat, egy olyan képzési koncepció egyik fő eleme volt, amelyet valószínűleg *Tóth Zoltánnal* és *Theodor Hellertel* közösen dolgoztak ki, és amelyet az alábbi ábrában foglalt össze *Hanselmann*:



A Gyógypedagógiai Szeminárium szűkebb értelemben:

- A. Gyakorlati képzés 2. év; Szemináriumi gyakorlatok
- B. Elméleti képzés 1. év; Intézménylátogatás, kézimunka (3. szem.)
- C. Speciális kollégium minden kar hallgatója számára a gyógypedagógiai gondoskodásról
- D. Rendszeres továbbképző kurzusok
 - a. Intézetvezetők számára
 - b. Tanárok számára
 - c. Segítők számára
 - d. Gondozók számára
- E. Gyógypedagógiai Szakirodalmi Központ és Kölcsönző Szolgálat
- F. Felvilágosító Állomás
- G. Gyógypedagógiai Fogadóóra szülőknak
- H. Az Anormálisok Szövetségének titkársága
- J. Propaganda (megelőző felvilágosítás) sajtófigyelő, népszerűsítő írások
- K. Gyógypedagógiai tudományos kutatás, statisztika, kiadói tevékenység

2. ábra: A Gyógypedagógiai Szeminárium feladatköre. Kézirat.

Forrás: H. Hanselmann hagyatéka. Gyógypedagógiai Intézet. Zürichi Egyetem

5 A zürichi képzés szerkezete az első magyar gyógypedagógusképzés alapstruktúráját (1900) vette át, amelyben első évben szintén az elméleti, majd második éven a gyakorlati képzésen volt a hangsúly. vö. Gordosné Szabó A. (2000): A magyar gyógypedagógusképzés története. ELTE BGGYFK, Budapest 28-29. o.

Közös munkásságuk másik legnagyobb eredménye az volt, hogy a gyermekek után a felnőtt fogyatékos emberek felé fordultak, a gyógy-pedagógiát így kiterjesztve a felnőttkor irányába is. Ezeket a törekvéseket kettétörte *Heller* és *Tóth* 1940-ben történő halála. 1941-ben Asconába visszavonulva *Hanselmann* megpróbált egyedül továbbhaladni ezen az úton.

Heinrich Hanselmann 1951-ben egy újabb könyv formájában összegyűjtötte ezeket a gondolatokat: „Andragógia. A felnőttképzés lényege, lehetőségei és határai” címen.



Ebben rendszerezte azt az elméletet, amely *Tóth Zoltán* és *Theodor Heller* kezdeményezéseiből származott, de országaikban az 1939-1945 közötti politikai helyzet miatt már nem teljesezhetett ki. Talán nem túlzás azt állítani, hogy *Hanselmann* ezt a korszakot ez által a könyv által tudta feldolgozni. A könyv fő fejezetei:

- I. Az andragógia célja, lényege és formái.
- II. A gyermek nevelésének és képzésének célja
- III. Az andragógok.
- IV. Az elnevezés.
- V. A ténylegesen és a látszólagosan megvalósult törekvések

A könyv zárszavában *Heinrich Hanselmann* a felnőttképzéssel kapcsolatos elkézeléseit ismerteti. Megalkot egy humanisztikus „képzés” fogalmat, amit szembeállít a képzés szerinte eddig veszélyesen leegyszerűsítő meghatározásával, mivel szerinte a felnőttképzés egyre határozottabban az intellektuális irányultságú utat követi, és összetéveszti az egész életen át tartó tanulást a kizárólag az értelmi képességekre korlátozódó oktatással. Ezt a beszűkült szemléletet szeretné ismét kitégítani, ezáltal megnyitva a felnőttek képzését is az érzések és az akarat képzése felé, tehát az emocionális és a szociális fejlesztés irányába. Erről a könyvről kora szinte alig vesz tudomást. Az ebben képviselt gondolatok azonban témájául szolgáltak már *Heller*, *Tóth* és *Hanselmann* egykori találkozóinak is, amelyek akkor a Nemzetközi Gyógypedagógiai Társaság megalapításához vezettek.

5. A Nemzetközi Gyógypedagógiai Társaság

A bécsi *Theodor Heller*, *Tóth Zoltán* és *Heinrich Hanselmann* együttműködése a Nemzetközi Gyógypedagógiai Társaság megalapításában érte el csúcspontját. Idővel *Wilhelm Wernstadt* (Stockholm) és *Anton Müller* (Ausztria) is csatlakoztak hozzájuk.

1937. április 18-án *dr. Rottenbiller*⁶ államtitkár elnökletével, magyar, osztrák és svájci küldöttek jelenlétében, lengyel, angol, amerikai és dán támogatással Budapesten megalapították a Nemzetközi Gyógypedagógiai Társaságot.

Az elnökség tagjai lettek:

Dr. Theodor Heller, Wien-Grinzing (tisztelőbeli elnök)

Dr. Heinrich Hanselmann, egyetemi professzor, Zürich (elnök)

Dr. Tóth Zoltán, főiskolai főigazgató, Budapest (alelnök)

Dr. Wilhelm Wernstadt, egyetemi professzor, Stockholm

Anton Müller, igazgató, Untertullnerbach bei Wien

A Társaság kezdettől fogva fenntartott egy titkárságot, azzal a céllal, hogy a gyógypedagógia szakterületét nemzetközi szinten összehangolja, és központosítsa a kutatást. Ezeket a célokat rendszeres kongresszusok lebonyolításával kívánta megvalósítani. Az első kongresszust 1939-ben először Zürichbe tervezték, ámde az – politikai okokból – végül Genfben valósult meg, néhány héttel a II. világháború kitörése előtt. Ennek a kongresszusnak a szervezésével kapcsolatos dokumentumokat találhatunk a Budapest és Zürich közötti levelezésben, többek között *dr. Tóth Zoltán* tollából is. A kongresszuson *Tóth Zoltán* – betegsége miatt – már nem vehetett részt, elküldte viszont előadását. Ennek az előadásnak az ismeretében íródott 1940. április 24-én egy levél *dr. Molnár Andor* Vallás és Közoktatási Minisztériumi tanácsos számára, amely felveti *Tóth Zoltán: Általános Gyógypedagógia* című könyve német nyelvű kiadásának szükségességét.⁷

A dokumentumok azt mutatják, hogy a zürichi és a budapesti gyógypedagógusok együttműködése már jóval korábban elkezdődött. Az együttműködés egyik első jele, hogy az 1930-ban Kölnben szerveződött 5. német Gyógypedagógiai Kongresszus különnyomatának egy példányát, amely *Vértes O. József* egy előadását tartalmazta, *Vértes* elküldte *Hanselmann* számára, a kötet elejére egy rövid ajánlást írva: „Dr. Hanselmann docens úrnak, különleges nagyrabecsüléssel Dr. Vértes 931 III. 14.” Ez arra utal,

6 *Dr. Rottenbiller Fülöp* (Bp., 1867. jún. 3. – Bp., 1942. jan. 1.): büntetőjogász, az Igazságügyi Minisztérium államtitkára. A Magyar Gyógypedagógiai Társaság elnöke, a magyar Gyermekvédelmi Szövetség főtítkára, a patronage mozgalom egyik vezetője volt. Az átmeneti fiú- és leányotthonokat szervezte, a fiatalokúak bűnözése és a bűnözés elleni védekezés kérdéseivel foglalkozott. (A ford.)

7 A könyvet Karl Tornow, a *Die Deutsche Sonderschule* c. gyógypedagógiai folyóirat szerkesztője már 1938-ban lefordíttatta, de kiadásra nem került. vö. K. Tornow bírálata *dr. Tóth Zoltánnak „Gyógypedagógia”* c. munkájának németre fordított kéziratáról. In. Magyar Gyógypedagógia 1938. XXVI. évf. 5-10. sz. 57.

Tóth Zoltán 1940. május 17-én meghalt. vö. Magyar Gyógypedagógiai Tanárok Közlönye 1940. 14. o. (A ford.)

hogy ekkor már kapcsolatban álltak egymással, hiszen ilyesmit valaki csak az ismerősének küld.



3. ábra: Az 5. Gyógypedagógiai Kongresszus különlenyomatának Vértess O. József által Hanselmann számára dedikált példánya
Forrás: H. Hanselmann hagyatéka. Gyógypedagógiai Intézet, Zürichi Egyetem

alkalma az őszinte szakmai párbeszédre. Erre a hozzáállásra ismerhetünk rá az előadása alkalmából mondott köszöntő közvetlen stílusában is, amikor azt mondja: „Régóta vágyódtunk megismerni a budapesti Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolát és a benne munkálkodó tanárokat. ... Mindenek előtt fogadják szívélyes üdvözlétemet és őszinte nagybecsülésemet. Tudjuk, hogy Magyarország, különösképpen pedig a budapesti Gyógypedagógiai Főiskola a gyógypedagógiai tanárok képzésében eszményi magaslattal ért el és ezzel nemcsak Európának, de véleményem szerint az egész világnak is példát szolgáltat.”⁹

*Heinrich Hanselmann*ban kiváltképpen a magyar gyógypedagógia szerinte haladó szellemű és professzionális beállítottsága keltett mély benyomást. Ez volt az, amiért abban az időben maga is síkra szállt Zürichben.

Tóth Zoltán és Hanselmann valószínűleg akkor találkozott egymással utoljára személyesen, amikor 1938. március 12-én *Heinrich Hanselmann* egy látogatása során előadást tartott Budapesten a „Gyógypedagógia problémái” címen⁸. Már az előadás címe is meglepő, mivel *Heinrich Hanselmann* Svájcban soha nem beszélt nyilvánosan a gyógypedagógia problémáiról. Ennek oka abban kereshető, hogy *Hanselmann* a Zürichi Egyetemen egy olyan gyógypedagógiai irányzatot próbált meg létrehozni, amely abban az időben Svájcban erősen vitatott volt, határozottan tudományos és kevésbé vallási orientációja miatt.

Budapesten azonban nyilvánvalóan olyan gyógypedagógusokra talált, akik fogékonyak voltak az ő tudományos beállítottsága iránt, maguk is hasonló irányt követték, és így először nyílt

8 Az előadás teljes szövege megjelent magyarul. In. Magyar Gyógypedagógia 1938. XXVI. évf. 1-4. sz. 2-17. (A ford.)

9 Hanselmann 1938, 2.

Előadásában emiatt hangsúlyozta ennek az irányzatnak az általa problematikusnak látott pontjait, elsősorban a gyógypedagógia fogalmának ambivalenciáját?¹⁰

Az orvos és a nevelők közötti kapcsolatot véleménye szerint a kölcsönös megbecsülésnek kell jellemeznie, amely a kezdetektől fogva kiküszöböli a két szerep összerosódását. Ezen az alapon áll az ismertté vált – és a gyógypedagógia történetében tévesen mindig *Paul Moornak* tulajdonított – idézet: „a gyógypedagógia pedagógia és nem más”.¹¹ *Heinrich Hanselmann* ezzel a gyógypedagógia kizárólag orvosi orientációjú¹² értelmezésével akar szembehelyezkedni, így helyezve át a hangsúlyt a gyógyításról a pedagógiára, ahol „a gyógyítás azt jelenti, jóvá tenni”. Ezt egy példával is illusztrálta: „Egy hegedűművész, aki bal kezének egyik ujját elveszíti, e defektusával gyógyultnak tekinthető, ha mint karmester tevékenykedik, avagy mint hivatalnok teljesen megállja a helyét. A gyógyulás nem testi állapotában mutatkozik, mert hiszen csonka maradt, hanem abban a módban, ahogyan új követelményeknek megfelel.”¹³

Éppen ezen a példán keresztül mutatkozik meg, hogy a gyógypedagógia központi témája nem önmagában a fejlődőképességnek és fejlődési lehetőségnek, illetve az ezáltal keletkező fejlődési akadályozottságnak kellene lennie, sokkal inkább a normalitás fogalmának viszonylagosságára, vagyis az a kérdés, hogy mi „normális” az ember képességei, és főként mi „normális” az ember fejlődési lehetőségei tekintetében.¹⁴ A „hajlamok” (öröklés) mellett a környezet szerepére hívta fel a figyelmet, hangsúlyozva, hogy „minden egyéni szenvedésnek társadalmi gyökere van”, és a társadalmi környezet megváltoztatását is a gyógypedagógia feladatának tartotta.¹⁵ Ezzel teremti meg

10 Előadását egy definícióval kezdi: „A gyógypedagógia tudománya a fejlődésükben gátolt gyermekek s fiatalkorúak test- és lélekalkati megismerésének, egyben azok orvosilag támogatott megnevelési-, oktatói- és gyámoltói tevékenységének tana.” Hanselmann 1938, 2.

11 Ennek megfogalmazása a magyar szövegben kevésbé ad okot félreértésekre: „A mindennapi életben az orvos végezzé kizárólag az orvosi, a nevelő pedig a nevelői teendőket.” (Hanselmann 1938, 4.)

12 Ez elsősorban a német nyelvterületre jellemző korabeli szemlélet. Gondoljunk itt egyrészt Guggenbühl célkitűzésére, aki intézetében (1841) meg akarta gyógyítani a kretén gyermekeket, a gyógyítás kudarca pedig nemcsak saját intézetét, de a svájci közvéleményt is megrendítette. Másrészt a XX. század elején az orvosi megközelítés a német nyelvterületen akkor az eugenika gondolatköre által erősen befolyásolt szemlélet volt, ezért a náciizmussal ellenzök elutasították az orvosi (pszichiátriai) hangsúlyt is a gyógypedagógiában. (A ford.)

13 Hanselmann 1938, 3.

14 A normalitás és abnormalitás akkor közkedvelt fogalmát Tóth Zoltánhoz hasonlóan ő sem használta szívesen, gyógypedagógia definíciójukból mindketten ki is hagyták azt.

15 Hanselmann (1938, 3.) gondolata ezen a ponton is összecseng Tóth Zoltán elméletével, aki szerint a társadalomnak a fogyatékos emberek iránti elfogadásra nevelése is a gyógypedagógia feladata.

szerinte a gyógypedagógia az emberi képességek kibontakoztatásának előfeltételeit, másrészt azokat az előfeltételeket, amelyek a környezet felkészítéséhez szükségesek. És éppen ez az, amely megragadta *Hanselmann*t, és amit véleménye szerint a magyar gyógypedagógia a főiskolai képzésben példászerűen valósított meg.¹⁶

Ez tehát az a közös törekvés, amely összekötötte *Heinrich Hanselmann*t *Tóth Zoltánnal*, a gyógypedagógia tudományos alapon történő professzionalizálása. Ezért is mond köszönetet előadása végén, és a világhírű magyar vendégszeretetért és szívéllyességért, amelyet Budapesten megtapasztalhatott. Ezzel a köszönetnyilvánítással zárom én is az előadásomat és köszönöm a figyelmet!

Irodalom

HANSELMANN, H. (1930, 1976⁹): *Einführung in die Heilpädagogik. Ein Buch über den Unterricht und die Erziehung anormaler Kinder.* Zürich und Stuttgart: Rotapfel.

HANSELMANN, H. (1941): *Grundlinien zu einer Theorie der Sondererziehung (Heilpädagogik).* Leipzig: Rotapfel.

HANSELMANN, H. (1947): "Über ärztliche und nichtärztliche Psychotherapie". *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* 14 (1/2):53 -60.

HANSELMANN, H. (1951): *Andragogik-Wesen, Möglichkeiten, Grenzen der Erwachsenenbildung.* Zürich: Rotapfel-Verlag.

HANSELMANN, H. (1934, 1954): *Sorgenkinder daheim, in der Schule, in der Anstalt, in der menschlichen Gesellschaft.* Zürich: Rotapfel-Verlag.

HANSELMANN, H. (1955a): "Am Mutterwesen kann die Welt genesen". *Pro Juventute* 36:507-512.

HANSELMANN, H. (1955b): "Heilpädagogik -Wesen, Möglichkeiten und Grenzen", In. Asperger et al. (szerk.) 1955, 31-43.

HANSELMANN, H. (1956a): *Eltern-Lexikon.* Zürich: Rotapfel Verlag.

HANSELMANN, H. (1956b): "Forschen und Helfen". *Schweizerische Monatshefte* 36:689-693.

16 Konkrétan „az alapos általános biológiai-pedagógiai képzés”-t dicséri, hiszen Zürichben akkor anyagi okokra hivatkozva nem tudták másfél évről 2 évre sem kiterjeszteni a képzést, míg Magyarországon 4 éves volt, amely azonban akkoriban anyagi okoknál fogva éppen szünetelt a világgazdasági válság egyik következményeként. (A ford.)

- HANSELMANN, H. (1957): "Milieuforschung und Milieugestaltung". *IN: Acta psychotherapeutica, Vol. VS. 43 -53:diss.*
- HANSELMANN, H. (1997): *Die psychologischen Grundlagen der Heilpädagogik. Mit einer Einführung von Ursula Hoyningen-Süess.* Edited by Wolfgang Jantzen, *Historische Beiträge zu Behinderung und Rehabilitation, Band 1.* Berlin: Edition Marhold.
- HOYNINGEN-SÜESS, U. (1991): "Der Begriff "Entwicklung" bei Heinrich Hanselmann: Analyse versus Rezeption. Eine inhaltliche Klärung". *VHN 60(4):509-518.*
- HOYNINGEN-SÜESS, U. (1992): *Sonderpädagogik als Wissenschaft. Heinrich Hanselmans Theorie der Sonderpädagogik.* Luzern: Edition SZH.
- MÜRNER, CHR. (1985): *Die Pädagogik von Heinrich Hanselmann.* Luzern: Verlag der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik.
- MÜRNER, CHR. (1995): "Grosse akademische Lehrer aus dem Werdenberg. Das Vermächtnis von Heinrich Hanselmann (1885 - 1960)". *Werdenberger Jahrbuch 8:172 -178.*
- SCHNEEBERGER, F. (1992): "Über die Beziehungen von Hanselmann und Moor zur Öffentlichkeit". *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 61 (2):181 -196.*
- WIDMER, K. (1966): "Vom Sinn der "Heil"pädagogik". *Zeitschrift für Heilpädagogik (12):553 -565.*
-

Adatok a Down syndroma hazai kutatásának történetéhez

DR. BUDAY JÓZSEF

(Közlésre érkezett: 2007. június 11.)

Bevezetés

Dolgozatunk a Down syndromával kapcsolatos kutatások magyarországi történetét tekinti át röviden, a kezdetektől a hetvenes évek végéig.

Rendhagyó módon egy kultúrtörténeti vonatkozással kezdjük: a Down kór ismert, talán közismert volt, már jóval első leírása előtt. A legkorábbi ismert ábrázolás az új kőkorszakból származik (*Diamandopoulos és mtsai*, 1997). Számos későbbi ábrázolást, elsősorban festményeket találtak, ami a kór ismert voltát igazolja (*Zellweger* 1981, *Emery* 1996, *Berg és Korossy* 2001, *Czarnetzki és mtsai*, 2003, *Dobson*, 2003, *Levitas és Reid*, 2004, *Ward*, 2004, *Martinez-Frias*, 2005). A kérdés részletes kifejtése, és magyar festők műveivel való kiegészítése önálló és rendkívül érdekes tanulmány tárgya lehetne.

A kórkép első írásbeli említése egy Esquirol nevű francia kutatótól származik, 1838-ból (cit. *Pueschel*, 2000). *Seguin* (1846) valamivel később a cretinek közé sorolja őket, mint „korpádzó formát”. Mint különálló nosologiai egységet azonban *John Langdon Down* írta le először 1866-ban. Felmerül természetesen a kérdés, hogy ezt a jól felismerhető és megkülönböztethető kórképet miért nem írták le korábban. Az egyik lehetséges magyarázat szerint abban az időben a gyermekhalandóság rendkívül magas volt: a megszületett gyermekeknek csaknem egy negyede az első életévében meghalt. Ilyen körülmények között az okok esetenkénti vizsgálatára valószínűleg kevesebb figyelem fordítódik, és nem tűnhet fel egy nem túlságosan nagy létszámú

csoport, amelyben a halál oka elsősorban szív fejlődési rendellenességeiben keresendő, és amelynek tagjai különösen kis számban éltek túl első életévüket.

Pueschel (2000) hívja fel a figyelmet arra, hogy a Down korabeli értelmiség legfontosabb olvasmánya Darwin „A fajok eredete” c. munkája volt, melynek első kiadása 1859-ben jelent meg. Ez az időpont rendkívül jelentős az egyetemes tudománytörténetben: innen számítható ugyanis a fejlődéstudomány elmélet térnyerése a tudományos és a közgondolkodásban (*Taylor*, 1990). Az élővilág sokféleségében Linné (1707-1778) teremtett először rendet az élőlények külső hasonlósága alapján. Az általa alkotott rendszer számos eleme (a fajok elnevezésének elvei, a magasabb rendszertani kategóriák) ma is használatos. Rendszere mesterséges rendszer volt, amely a hasonlóságon alapult. Darwin munkájának célja azonban a fejlődéstörténeti rendszer megalkotása volt, amely nemcsak rendet teremt, hanem az élőlényeket egymással összefüggő származási sorokba rendezi.

A fejlődéstudomány alapján úgy gondolták, hogy a külső jellemzők alapján egymástól elkülöníthető emberi nagyraszok egyben különböző fejlődési fokozatokat is képviselnek, és a fejlődés csúcsát a kaukázusi nagyrasz jelenti. Down, aki maga mélyen hívő ember volt, valószínűleg nem értett egyet azzal, hogy az emberi nagyraszok különböző értékűek. Mégis mint korának gyermeke úgy gondolhatta, hogy az „idiótákra” jellemző tanulási nehézségek egy szubhumán szintre való visszatérés eredményei.

Célja vélhetően valamiféle rend megalkotása volt a „congenitalis agyi sérültek” sokféleségében, mert az addigi osztályozási rendszerek „...pontatlanok és mesterkéltek” és ezért nem alkalmazhatók a gyakorlatban. Mint írja: „Bizony idő óta figyelmemet az a lehetőség kötötte le, hogy a gyengeelméjűeket bizonyos etnikai standardok köré rendezve kíséreljem meg csoportosítani...” Továbbá: „A congenitális idióták igen nagy számban mongol idióták.” A mongoloid gyermekekkel való külső hasonlóság és ennek alapján az azonosítás fontos volt számára, mert a típus felismerése segíti a kezelés (nevelés, oktatás) hatékonyságát (cit. *Ward*, 1998).

Úgy tapasztalta, hogy ezek a gyermekek kitűnően utánoznak, e tulajdonságuk felhasználható oktatásukban. Az oktatásra és nevelésre vonatkozó nézeteit egy későbbi művében fejtette ki (*Down*, 1874).

Rendkívül tanulságos lenne áttekinteni a kórkép első leírójának életútját, sajnos azonban ezt területi korlátok miatt nem tehetjük. Mai szóval élve innovatív ember lehetett, aki ismerte és használta korának modern technikáját. Így pl. számos fényképet készített intézetéről és annak lakóiról, ami az akkori technikát ismerve komoly teljesítménynek számít (nedves és a fényképész által közvetlenül a kép készítése előtt elkészített negatív, több perces expozíciós idők).

A kórképet, húsz évvel leírása után nevezték először Down syndromának (*Shuttleworth*, 1866). Az idők folyamán javasolt különböző elnevezéseket az 1. táblázat mutatja. A kérdést végül a világ vezető genetikusainak a *Lancet* c. folyóirat szerkesztőségéhez 1961-ben írott levele oldotta meg, akik a „Down syndrome”, vagy a „21 trisomy anomalia” kifejezéseket ajánlották.

1. táblázat: A Down syndroma elnevezései

Szerző (évszám)	Elnevezés
Seguin (1846)	Kretinizmus, korpádzó forma
Down (1866)	Mongolizmus
Fraser és Mitchel (1867)	Kalmük idióta
Ireland (1886)	Mongol idióta
De Sanctis (1900)	Dementia praecocissima catatonia
Penrose (1933)	Fetalizmus
Illing (1939)	Embryoidizmus
Ingalls (1947)	Cerebralis nanosomia
Engler (1949)	Peristaticus amentia
Benda (1952)	Congenitalis acromicria
„Szovjet szerzők”, Roboz (1953)	Down betegség
Lancet 1961. 04.	Down syndroma, Trisomy 21 anomalia

A kórkép első hazai említései

Adataink szerint a hazai szakirodalomban Dr. Down „londoni orvos” nevét *Szenes Adolf* idézte először 1895-ben „A hülyék és azok nevelése” c. munkájában. Amint „A hülyeség okairól” c. fejezetben írja: „Dr. Down 2.000 esetet vizsgált meg és azt találta, hogy ha az ok az anyában rejlik, akkor a korábban szült gyermekekre van befolyással; ha azonban az atyában van meg az abnormalitást okozó csíra, akkor a későbbben szült gyermeknek kell szenvedni.” Mindezt a közvetlen okok között említi, melyek „a szórványosan előforduló hülyeséget okozzák.” Megkülönböztetendők a távolabbi okoktól, melyeket utóbb endémiás kretinizmusnak neveztek.

Schnell (1929) említi, hogy *Ranschburg* „pajzsmiriggyel eredmény nélkül kezelt egy gyengeelméjűséggel társult mongoloid törpenövési esetet.” *Ranschburg* maga erről az esetről 1904-ben számolt be „A szórványos cretenizmus kór- és gyógytana” c. dolgozatában. Részletesen szól róla „A gyermeki elme” c. könyvében, mely 1905-ben jelent meg először, majd 1908-ban bővített és javított kiadásban. Nem említi Down nevét csak azt, hogy a

kórképet először „angol bűvárok írták le, mint az idiotizmusnak a kretinizmustól független megjelenési formáját”. Fel is sorolja a megkülönböztető jegyeket, de megjegyzi, hogy: „Egyes észlelt esetek azonban a mongolizmust, mint átmeneti alakot tüntetik fel az egyszerű idiotizmus és a kretinizmus között. A mongoloid típusú idioták rendszerint későn tanulnak jární és beszélni, beszédjük tökéletlen marad.”

Kun Ernő (1943) szerint „a mongoloid idiotiát Seguin írta le először 1843-ban”. Megjegyzi, hogy Seguin nem tett különbséget a mongolizmus és a thyreogen idiotia között. „Ez nem tekinthető hibának, sőt inkább élesszeműsége vall, mert a két deffektus sok pontban hasonló.” A két kórkép között a legbiztosabb elkülönítés a pajzsmirigy terapia hatékonyságán alapul. Legfontosabb morfológiai jellemzőnek az arckifejezést és a hydrobrachycephaliát tartja. A szerző – nyilván személyes érdeklődésétől vezéreltetve – hematológiai vizsgálatokat végzett 16 „mongoloid idiótán”. Legfontosabb jellemzőnek az endokrin zavarokra visszavezethető hyperchrom anaemiát tartja. Abból a megfontolásból kiindulva, hogy ebben a kórképben a májkivonat jó hatású, Bárczi „6 héten át hetenként kétszer 2 ccm Exhepart adott...” „Ennek hatására a vérkép javult és „a betegek általános állapota is kétségtelen javulást mutatott”.

A thyreogen idiotia (kretenismus) tüneteit számos szerző ismerteti a magyar szakirodalomban is (*Roboz*, 1898, *Ellenbach*, 1902, *Ranchburg*, 1903), nem különböztetik meg azonban a Down kórtól. Megjegyzendő, hogy a kretinizmus kifejezés korábban mást jelentett: *Frim* (1884) mint a butaság szinonimáját használja. Egyetértőleg idézi Griesingert: „Hogy a honi hülyeséget a szórványostól megkülönböztessük a butaság (cretenismus) fogalmát a hülyeség (idiotismus) fogalmába kell beillesztenünk...” Továbbá: „Minden buta (cretin) hülye (idiot), de nem minden hülye buta; a hülyeség főfogalom, a butaság ennek egy külön faja.” *Skultéty* (1901) szerint a gügyét (kretint) gyakran összetévesztik a hülyével (idiota). „A gügyeség ...elsősorban testi fogyatkozás, a hülyeség pedig elsősorban értelmi fogyatkozás. A legtöbb esetben ugyan a gügye egyúttal hülye is...” Külön említi az endémikus gügyeséget, mely „bizonyos vidékeken honos”. Nem az olvasó limbikus rendszerének tűrőképességét kívánjuk próbára tenni ezekkel a szó szerinti idézetekkel, csak arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy az alkalmazott jelzők abban az időben, a múlt század elején, egyszerű tényközlésnek számítottak és nem volt dehonesztáló jelentésük.

Kaszab (1948) szerint „a 4-ub (=négyujjas barázda, négyujjredő) a mongolizmusnak nevezett idiotizmus stigmája, mely gyengeelműséggel jár.” Megjegyzi azonban, hogy „a mongolizmusnak semmi kapcsolata nincs a mongol fajjal” amit arra épít, hogy több „mongol népfajta” egyedein nem talált

négyujjredőt. Megjegyzi továbbá, hogy „A mongolizmus gyakran idős anyák utolsó gyermekeinél lép fel.” *Bárczi* (1952) megemlíti hogy „Az idiótáknak igen jellegzetes képviselője a Down-beteg a mongol idiota.” Röviden ismerteti a kórkép tünettanát, majd megjegyzi, hogy: „Gyógypedagógiai foglalkoztatásuk nem sok eredménnyel jár...” valamint: „A második jelzőrendszer kialakítása alig érhető el.”

Statisztika

„Hülyékre vonatkozó statisztikai kimutatást” legelőször *Rill József* „A hülyék neveléséről és ápolásáról” c. 1882-ben megjelent dolgozatában találunk. Eszerint „Magyarországon” (ami alatt a történelmi Magyarország értendő) „...van 9.113 férfi és 7.577 nő Összesen 16.690 hülye”.

A Down kórról *Bessenyei Elemér* közöl először statisztikai adatokat a Budapesti Állami Gyógypedagógiai Nevelőintézetnek az 1940-1941. iskolai évről szóló értesítőjében. Arányuk „...az intézetben 10 évre visszamenőleg 7,8%. Országosan 12.000 szellemi fogyatékoskal számolva 1.200 a mongoloid típus”.

A következő statisztikai adatokat mintegy húsz évvel később *Vincze Antalné* közli, aki 1960-ban 350 ilyen gyermeket talált az egész országban, és ez 2,6%-a a beiskolázott értelmi fogyatékosoknak. Ugyanakkor Szabolcs-Szatmár megyében *Fazekas és Tarnai* (1960) 22 „Down beteget” talált, ami a megyében élő összes értelmi fogyatékosok 2,2%-a.

Horváth (1967a) szerint 1945 és 56 között az évenként születő Down kórosok számának átlaga $57,58 \pm 2,26$. A legmagasabb a Down kórosok száma Zala, a legkisebb Baranya megyében *Horváth* (1967b). A szerző szerint a beiskolázott gyermekek számát $2 \times 1,2$ -vel megszorozva kapjuk a (6 évvel korábban) születettek számát. A kettes szorzó abból adódik, hogy a születettek fele nem éri el az iskoláskort. Az 1,2 pedig az „eü. ápolóintézetek” évjáratonkénti Down számát jelenti. Mindez természetesen a hatvanas évek második felére vonatkozik (*Horváth-Molnár*, 1967).

Aetiologia

Down maga mindig congenitális esetnek tartotta a kórképet és soha nem az intrauterin életben bekövetkezett „baleset” eredményeinek. „Legnagyobb részük a szülők tuberkulózisának degeneratív következménye.” (A tuberculosis közismert és rettegett népbetegség volt. Kórokozóját R. Koch csak 1882-ben fedezte fel.) A veleszületett szívfejlődési rendellenességeket nem

azonosította. (A veleszületett szívbetegségek diagnosztikája ebben az időben nem volt egyetemi oktatás tárgya).

Hazánkban is hamarosan felmerült, hogy a kórkép háttérében a belső elválasztású mirigyek működésének zavara áll. Ebben az értelemben foglal állást *Vas Jenő* „Az endocrin mirigyek szerepe a mongol-idiotia kóroktanában” c. dolgozatában, mely 1923-ban, két részletben jelent meg az Orvosi Hetilapban. Összefoglalja a kórkép aetiológiájára vonatkozó korabeli elképzeléseket. Szerepel az öröklött terheltség, a pozitív Wassermann reakció, sőt „a lues-vírusnak főleg a hypophysisre gyakorolt hatása eredményezi a mongolismust”. Fontosnak tartja „az anya öregségét és a fiatal anya kimerültségét”, általában az anya korát és azt, hogy ezek a gyermekek „gyakrabban utolsó szülőttei sokgyermekes anyáknak és nem egyszer öregebb nőknek kései utódai”. A szerző szerint „nagy haladást jelent annak a felismerése, hogy a mongol-idiotia kórlényegét valamely belső szekréción zavarban kell keresnünk”. Vizsgálatai kiterjedtek az összes belső elválasztású mirigyre, még a tobozmirigyre is. A pajzsmirigyre vonatkozó megfigyeléseit a következőkben foglalja össze: „A pajzsmirigy... sclerosisra való hajlamot mutat, amennyiben a normálisan finom kötőszöveti stroma helyett a kötőszövet az acinusok rovására erősen túlbujánczott, az acinusok sorvadtak, az acinushám feltűnő hajlamot mutat a leválásra.” Ezt a képet szinte szó szerint így írta le Hasimoto, és autoimmun gyulladás eredményeként értelmezte mintegy ötven esztendővel később (*Horváth*, 1990).

Vas (1923) a következőképpen foglalja össze a kórkép pathogenesisét:
„1. A mongol-idiotia kórlényegét kétségkívül belső szekréción zavarban kell keresnünk.
2. Minden valószínűség szerint több endocrin mirigy dysfunctión alapszik a kórkép, hasonlóan a polyglanduláris insufficienciához.
3. Eddigi adataink szerint elsősorban egy úgynevezett thyreo-testiculo-suprarenalis syndromával analóg folyamatról lehet szó.”

Egy későbbi dolgozatában (*Vas*, 1925) a „mongol idiotia opotherápiájáról” ír. Abból az elképzelésből kiindulva, hogy a Down kór „pathogenesise endocrin asthenia”, ebben az időben, több helyen gyógykísérleteket folytattak különböző mirigyek kivonatával. A kezelést a Gyermekklinikán is megkísérelték, összesen nyolc gyermekben. Hosszas kezelés után testi és szellemi javulást tapasztaltak, rosszabbodást nem.

Szondi (1925) „A fogyatékos értelem” c. munkájában írja: „Valószínű az a felfogás, hogy a kretin- és mongoltípus létrejöttének föltételei a csírasejteknek nem csupán az endocrin génjeiben, hanem az ősök faji jellegét viselő és megújító faji génekben is kell keresnünk”. Egy későbbi munkájában (*Constitutioanalysis és értelmi fogyatékoság*, 1931) a „teljes mongol idioták testforma

analízisében 10% normál és 90% extrém variánst” talált, amely szerinte „a biológiai csökkent-értékűséget igazolja.” (Az idézet értelmezéséhez figyelembe kell venni, hogy akkor az eugenika, sőt: a cselekvő eugenika korát élték.)

Valószínűleg nem értett egészen egyet azokkal az elképzelésekkel, melyek a kórképet endokrin astheniának tartották. Erre abból következtettünk, hogy az „Endokrinopathiás syndromák” c. munkájában említést sem tesz a kórképről, pedig abban még a több nagyságrenddel ritkább progeria is benne van (Szondi, én).

Az a körülmény, hogy az ilyen gyermekek idősebb anyától származnak, már korán felmerült (*Shuttleworth*, 1886). A kórkép lehetséges okát *Roboz Pál* (1953a) a hormonzavarokban látja: ez az oka annak, hogy idősebb nőknél gyakoribb. Minthogy azonban hormonzavarok fiatal nőknél is előfordulnak, „érthető, hogy a Down-betegek anyja gyakran, de nem mindig tartozik az idősebb korosztályhoz.”

Mint írja (*Roboz*, 1955) „... szovjet szerzők, és mások is a Down-betegséget az elégtelen hipofízis-működés következményének tekintik:”

A kórkép okait csoportosítva elveti az atavizmus, azaz egy primitív ősi embertípusra való visszaütés elméletét, melyet szerinte a felületes hasonlóság alapján a kórkép első leírója is képviselt. Az örökléses elmélet egyik érve, mely szerint a „mongolok családjában gyakoriak a különböző mentális és pszichikus zavarok” szintén kizárható. Kizárható a halmozott előfordulás is, addig mindössze 50 családot írtak le több Down kóros gyermekkel. (*Roboz és mtsai*, 1953a)

Feltételezte, hogy a kórkép kialakulásához örökletes tényezők mellett külső „előmozdító” tényezők is szükségesek *Roboz* (1953b, 1957b). „Ilyenek lennének pl. a corpus luteum elégtelen működése, az anyák kora és az ovulum csökkent vitalitása”

A kórkép keletkezésével kapcsolatos nézeteket a következőkben foglalja össze: „Perisztatikus” elméletek:

1. Alkoholizmus. Nincs tudományos alapja.
2. Tuberculosis. Erre maga Langdon-Down is gondolt. Valószínűleg közvetett tényező lehet, „az anya általános erőbeni leromlása által”.
3. Syphylis. Nem bizonyított.
4. Endokrin elméletek. Elsősorban a pajzsmirigy csökkent működése figyelemreméltó, „mert számos esetben a mongolos és kretines jellegek keverten fordulnak elő”. Kapcsolatba hozták még az adenohipophysisben kimutatható elváltozásokkal, sőt a mellékvese csökkent működésével is.
5. Nemzési kimerülés. Az anyák idősek, amiben egyetértés van, és a Down kórosok a születési sor végére esnek. Az esetek 50%-a 35 évnél idősebb anyától, nagyobb részük 40 év feletti anyától származik. Nem magyarázza teljesen az állapot keletkezését, mert fiatal anyáknál is előfordul.

6. Az anya hormonális zavarai. Többen a legfontosabbnak tartják, idős és fiatal korban egyaránt bekövetkezhet. Idősebb korban a gonadotrop hormonok kiválasztása csökken és az ovarium hormonjainak produkciója megszűnik. Fiatalabb korban különösen gyakori a hosszantartó sterilitás. „Azt a körülményt, hogy a deportált nők gyermekei között a Down betegek száma 50 x-esen felszaporodott, úgy értékelték, hogy az éhezés és az ezzel kapcsolatos hormonális zavarok, melyek a menstruáció megszűnésében nyilvánulnak meg közvetlenül a petére hatnak.” Mindezek a méh nyálkahártya megváltozásához vezetnek. A méh nyálkahártya összetételének megváltozása rosszabb táplálkozási viszonyok, a beágyazódáskor, vagy a beágyazódást követő időszakban foetalis károsodásához vezetnek (ld. nidációs elmélet).
7. Nidációs elmélet. (nidáció = beágyazódás) Első képviselője Van Scheer, aki szerint a „hibás nidációból eredő amnionképzés a kóroki tényező. A szűk amnionburok nyomása okozza az elváltozásokat az embrionális fejlődés 5-6. hetében. Az aminonzsák szűk volta miatt a fej előrehajlik, az occiput lelapul, az orrcsontok hypoplasiássá válnak”. Mechanikus elmélet, mely nem kielégítő.
„Újabbán a nidációban, pontosabban a méh nyálkahártya abnormis voltában látják a kórokozó szerepét”. Ezt számos körülmény okozhatja, és mint környezeti ártalom idézi elő a károsodást.
8. Az intrauterin infekciók jelentősége. A rubeola és a toxoplazma jelentőségének felismerése vezetett ahhoz az elmülethez, hogy a kórképet vírusinfekció okozza. Az ilyen infekciók azonban a Down betegeknel nem gyakoribbak, mint az oligofréreknél általában. A betegséget először exogén ártalom következményének tartja: „...ez vagy magát a petét éri, vagy a foetust az embrionális fejlődés korai stádiumában”. Anyagukban az anyák majdnem 1/4-e 30 éven aluli nő. Gyakoribb ugyan a rendellenes születek száma, de ez nem jelenti azt, hogy „a születesi sérülésnek kórokozó jelentősége lenne.” *Roboz és mtsai* (1953b).

Később mégis úgy foglalt állást, hogy „Van azonban egy olyan körülmény, mely mégis a csíraártalom felé hajtja a mérleg nyelvét. Nagyon bajos elképzelni azt, hogy egy olyan egységes megjelenésű fejlődési rendellenességnek... oka az intrauterin fejlődés során fellépő nem specifikus ártalom lenne. Sokkal érthetőbbek és könnyebben magyarázhatók meg az elváltozások, hogyha a pete anyagában végbemenő elváltozásra gondolunk, amely azután a fejlődés egész menetét befolyásolja.”

Egy korábbi munkájában (*Roboz*, 1948) korrekt módon és a kor ismereteinek szintjén ismerteti a mendeli öröklést, az átöröklés kromoszomális elméletét, a nem és a nemhez kötött jellegek öröklődését, sőt a mutációkat,

valamint a családvizsgálatok módszereit is. *(Abban az időben úgy tudták, hogy az embernek 48 kromoszómája van, a gének pedig „enzimszerű” vagy „vírus-proteinszerű” anyagok. A nukleinsavak felfedezéséről és akkor csak még feltételezett szerepéről a világnak ezen a „szocialistának” nevezett felén még nem tudhattak.)*

Később azonban e fejezeteket rövidebbre fogva (Roboz, 1957) és az idők szellemének megfelelően közli a micsurinisták, elsősorban Liszenkó és tanítványai: Glavcsenkó és Lepesinszkája nézeteit is a mendeli örökléstan cáfolatát illetően.

A tünetek enyhítésére a következő terápiáját ajánlja (Roboz, 1953b):

1. *Általános erőbeli állapot javítása és testi gondozás.*
2. *Hormonális kezelés mely elsősorban a hipofízis és a pajzsmirigy hormonjaira vonatkozik, állandó kontrol mellett (a nemi mirigyeket befolyásoló hormonkészítményeknek nincs értelme).*
3. *Glutaminsav kezelés Zimmermann szerint, melynek azonban egyelőre ellentmondó eredményei vannak.*

A kórképpel foglalkozó későbbi főiskolai jegyzet (Kun, 1961) ismerteti a 21 trisomia keletkezését és leírja a kórkép két ritkább alakját: a translocatiót és a mozaicismust is. Felhívja a figyelmet az anya életkora és a Down kór gyakorisága közötti összefüggésre és megjegyzi, „hogy Down beteg anyának ismét Down beteg gyermeke születhet.” A terápiát illetően megállapítja, hogy az csak tüneti lehet. Az akkoriban gyakran alkalmazott serkentő szerek rövid időre hatásosak lehetnek, „de semmi bizonyítékunk nincs arra vonatkozóan, hogy ezekkel a szerekkel az intelligencia fejlődését elősegíthetnénk”.

Az egykor volt Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Anatómiai és Élettani Tanszéke 1953-ban alakult és a kezdetektől különleges figyelmet fordított a Down syndroma kutatására. Egyik első nyomtatásban is megjelent munkájuk (Horváth és mtsai, 1955) szerint „a Down kórosok serum gamma globulin állománya jóval magasabb, mint a normálisoké. Ez annyit jelent, hogy „... a Down betegek gamma globulin állománya nem képviseli a humorális ellenálláshoz szükséges anyagot, hanem, minden bizonnyal egy paraprotein”. *(Azaz: a gamma globulinnal azonos molekula tömegű, de attól eltérő szerkezetű fehérje, amely ezért alkalmatlan az eredeti fehérje funkcióinak el-látására.)*

1960-ban rendezték meg a II. Teratológiai Symposion-t, melynek témája a Down betegség volt. Nem lesz felesleges talán részletesebben ismertetni a symposium anyagát, mely a maga idejében, a szakmán kívül eső okok miatt nem jelenthetett meg nyomtatásban és ma is csak kézirat. Egyetlen rövid összefoglaló jelent meg róla a „Gyermekgyógyászat” c. folyóiratban (Horváth, 1961).

Mindenek előtt megjegyezzük, hogy a résztvevők rendkívüli felkészültségére jellemző: már ismerték *Lejeune és mtsai* (1959) nem egészen egy évvel korábban megjelent munkáját a 21 triszómiáról, sőt talán *Patricia Jacobs és mtsai* (1959) ezt megerősítő közleményét is. Ne feledjük azonban, hogy akkor - 1960-ban - ezt még mindössze hipotézisnek lehetett tekinteni – egynek a sok közül.

A szimpozium 1960. április 22-én reggel kezdődött és 23-án délután fejeződött be. Méreteire és a hallgatóság aktivitására jellemző, hogy 32 előadás és 83 hozzászólás hangzott el. A rendezvény következő témakörökre oszlott:

- I. Bevezetés
- II. Történelmi visszapillantás
- III. A Down betegek statisztikája
- IV. A Down-betegségek pathológiája
- V. A Down-betegség klinikuma
- VI. A Down-betegek pszichológiája
- VII. A Down-betegség kóroktana
- VIII. A Down-betegség terapiája
- IX. A Down-betegek gyógypedagógiája
- X. Javaslatok

A symposium, mint megnyitójában *Bárczi*, (1960a) megfogalmazta, „...expónálni fogja a Down kór teljes problematikáját, egyesítve az önök tapasztalatait azokkal az eredményekkel, melyet főiskolánk élettani tanszéke szorgalmas munkával összegyűjtött.”

Horváth (1960a) a következőképpen határozza meg a kórképet: „A Down-betegség sajátos küllemmel rendelkező frenastheniás biopathia, melynek jellemzője a progressiv polyglanduláris insuffitientia”. A Down kórosok agyának kórbonctani képe jellemző a szöveti immaturitás, a hypoxia és az agytörzs hypolasiája. A szemüreg felfelé ferde: legcraniálisabb pontja nem az incisura supraorbitalis, hanem az angulus lateralis (sutura frontozygomatica). A koponya sajátos alakjáért (bacy-microcephalia) a synchondrosis sphenoccipitalis csökkent proliferációs képessége felelős. Jellemző továbbá a mesenchymosis azaz a mezodermális szervek immaturitása. Ez utóbbit megerősíti *Kapus* (1960), aki szerint „a mongoloid alkat talaján... az autoagressziós jellegű, allergiás típusú reakció kialakulásának feltételei... hiányoznak”. Allergiás reakciókészségük vagy teljesen hiányzik vagy subminimális. A patológus (*Szabó*, 1960) megállapította, hogy Down kórosoknál a halál oka rendszerint valamilyen interkurrens betegség, leggyakrabban gyulladás. Elsősorban a belső elválasztású mirigyekben írt le patológias elváltozásokat.

A már említett fetalizáció, és annak kritikája felmerült *Kiszely* (1960) professzor előadásában is. Oka az endokrinon csökkent működésében keresendő. A fetalizáció „...a szomatikus és functionalis rendszereknek nagyfokú retardatioja, bizonyos fetalis jellegek megmaradása.”

Horváth (1960b) a kórkép klinikumáról szóló előadásában összefoglalja a kórkép tünettanát, külön felsorolva az obligát és a fakultatív tüneteket. Megemlíti azokat a halálozási „hullámokat” mely az antibiotikumok általános elterjedése előtt jellemzőek voltak a kórképre. Ebből az első 25%-ukat érinti egyéves koruk előtt és a veleszületett szívfejlődési rendellenességek következménye. 35%-uk az első 3 életévben valamilyen fertőző betegségben pusztul el. Serdülőkorban különösen érzékenyek a fertőző betegségekkel, elsősorban a tbc-vel szemben. A halál közvetlen oka ilyenkor rendszerint a pneumonia, mely légúti fertőzés következménye. Sokan halnak el továbbá leukémiában is. 30-40 éves korban azután a halál oka saenium praecox, de ha ez nem következik be, hosszú életűek lehetnek. *(Ezt a fejtegetést ma valószínűleg újra kellene gondolni, a kötelező védőoltások bevezetése, vagy a TBC visszaszorulása bizonyosan átalakítanák a statisztikát. A szerző maga is megemlíti, hogy „A szulfá készítmények és az antibiotikumok terápiás bevezetésével várható, hogy a Down-betegek átlagéletkora növekedni fog.”)*

Gaál (1960) pneumoencephalographiás vizsgálatai alapján megállapítja, hogy a Down kórosok agykamrarendszere kóros eltérést mutat, de ezek nem jellegzetesek. Az oldalkamrák tágabbak, de a hydrocephalus csak kivételesen állapítható meg. *(Ismeretes, hogy a pneumoencephalographia, mely az agykamráknak levegővel való feltöltésén alapul, abban az időben a legkorszerűbb vizsgálati módszerek közé tartozott.)*

Csabay (1960) szénhidrát anyagcserejük vizsgálata alapján megerősíti a poliglanduláris insuffitientiát, melyet diencephalikus-hypothalamicus laesio következményének tart. *Göllesz* (1960a) előadásában először közölt Down kórosok testméreteire vonatkozó adatokat hazánkban. Megállapítja, hogy a kórképre jellemző a diszproporcionális testalkat. Véleménye szerint nem jellemző a brachycephalia, de obligát tünetnek tartja a microcephaliát és a rövid femurt. Fontos továbbá, hogy alkati jellemzőik az életkor előrehaladtával egyre kifejezettebbé válnak. Szomatikus jegyeik annyira egységesek és sajátosak, hogy a diagnósiszt illetően könnyen eldifferenciálhatók a többi értelmi fogyatékosoktól. [Ezt utóbb sikerült később igazolni: a kórkép kizárólag a testméretek alapján 95%-nál nagyobb biztonsággal diagnosztizálható (*Buday* 1990).]

Kucera (1960) a fetalis haemoglobin késői jelenlétét az általános retardatio következményének tartja. Ez a magzati életben szinte kizárólagos haemoglobin a kisgyermekkor után megszűnik termelődni.

A Down kórosok mozgását vizsgálva *Vadász* (1960) arra a következtetésre jutott, hogy a mozgáskészség és a reakciósebesség szoros összefüggésben van az értelmi szinttel. Ezt az összefüggést nevelhetőségük szempontjából igen fontosnak tartja. Csak a kórképre jellemző típusos mozgásjelenséget nem talált, mégis a törökülésben való elhelyezkedést, a széles alapon való járást és az egyensúlyozás bizonytalanságát jellemzőnek lehet tartani.

Kanizsai (1960) beszédvizsgálataiban a beszédszervek, elsősorban a szájpad és a nyelv fejlődési rendellenességeire hívja fel a figyelmet, melyek szerinte a diszláliák háttérében állnak. Hangjuk mély és rekedtes, amiből „a hangszalagok laza tartására következtethetünk”. A beszéd a 7. életévben veszi kezdetét, de 12-14 éves korra sem jutnak át a beszédfejlődés minden szakaszán. Minden Down-beteg gyermek beszédhibás. Gyakori továbbá a fogazat rendellenes fejlődése és a fogszuvasodás. Megerősíti ezt *Szenthe* (1960a) előadása is, aki megállapítja, hogy a kórképben a fogak mindenféle helyzeti rendellenessége előfordul, de arányuk nem tér el az ép gyermekekétől. A tejfogsoron észlelt rendellenességek aránya 30-40%, ez az épeknél 1% körüli. Gyakoribb azonban az alsó fogsor előreharapása, amit a nagy nyelv következményének tart. Megjegyzi továbbá, hogy gyakran előfordul a fogágy sorvadásos megbetegedése is.

Göllesz (1960b) megfigyelte, hogy a Down kóros gyermekek többsége ősi embrionális, flexiós tartásban alszik, ami a vázizomzat laza tónusára és a laza ízületekre vezethető vissza. Alvásuk felületes, sokat mozognak és gyakori az enuresis.

A hypotoniát *Tapolyai* (1960c) szerint a fronto-ponto-cerebelláris pályák csökkentértékűsége jelenti, mert a frontális lebeny és a cerebellum is sérült.

Korányi (1960) egy a Down kórosoknál gyakran előforduló congenitalis vitium, az un. ostium atrioventriculare commuae persistens rendellenességét tekinti át egy eset ismertetése kapcsán.

Illyésné (1960) a „Down betegek pszichológiájáról” szóló előadásában megállapítja, hogy a „Down betegek között mentálisan nagy különbségek lehetnek... de... legnagyobb részük súlyosan fogyatékos, imbecillis.” A szakirodalomban ellentmondó nézetek olvashatók a Down kórosok személyiségéről. Egyesek szerint a pszichés kép rendkívüli hasonlóságot mutat, mások szerint hasonló a „vegyes értelmi fogyatékosokhoz”. Végül úgy foglal állást, hogy a Down-betegség az egész személyiség jellegzetes megváltozása: intellektusukban és viselkedésükben különböznek, karakterükben és temperamentumukban megegyeznek. *Zenei* örömiüknek esztétikai alapja nincsen, csupán kellemes érzésből ered. *Jankovichné* (1960) Down kóros gyermekek rajzában irt le figyelemre méltó hasonlóságokat. Megállapította, hogy rajzaik fejlettsége általában elmarad a hasonló súlyosságú imbecillisek rajzaitól. Mindazonáltal olyan a Down-betegségre sajátosnak mondható rajzbeli jegy nincsen, mely a

többi fogyatékostól elkülönítő diagnosztikai erővel bírna. Oriskó (1960) két szokatlanul magas iskolai végzettségű Down kóros esetet ismertet, az egyik a gyógypedagógiai iskola VIII. a másik a gimnázium IV. osztályát végezte el. Előadásában oda konkludál, hogy „... a betegek egész személyiségükben, magatartási megnyilatkozásaikban a Downos jelleg olyan súlyosan dominál, hogy a közösségbe való beilleszkedést lehetetlenné teszi és egész életükben támogatásra szorulnak.” Lányiné (1960a) úgy találta, hogy a Down-betegek a 4. életévükben kezdenek el járni és ekkor veszi kezdetét beszéd és ritmusérzékük megnyilvánulása. Az iskolázott Down kórosok „szociabilitása lényegesen magasabb szintű, mint az iskolázatlanoké”, és a gyógypedagógiai tevékenység eredményessége ebben mérhető. Szigeti (1960) elmondta, hogy a Kór- és Lélektani Tanszék ambulanciáján vizsgált 264 Down kóros gyermek 11%-ának az édesanyja 25 évnél fiatalabb. „...mégis úgy tapasztaltuk, hogy a Down-beteg gyermekek zöme vagy elsőszülött, vagy a testvérsorban az utolsó.” Az anyák 7%-a 45 évesnél idősebb. A gyermekek 2-4 éves korban megélnékülnek. Feltehető, hogy az ebben a korban történő ráhatás maradandóbb eredményt hozna. Mozgásfejlődésük kevésbé, beszédfejlődésük jobban elmarad az épekétől. Mindazonáltal „a gyakran betegeskedő, nehezebb munkára és iskolai oktatásra alkalmatlan gyermekeket szülők nagyon is szeretik”.

Palotás (1960) hozzászólásában fontosnak tartotta a „korai gyógypedagógiai beavatkozás” kérdését. Gordosné (1960) irodalmi adatok alapján megerősítette ezt és felhívta a figyelmet arra, hogy a fogyatékosokkal minél korábban kell elkezdni a foglalkozást. Sőt, ajánlatos a szülőket megtanítani bizonyos gyakorlatok végzésére, és így könnyebben megoldható a korai szakszerű ellátás. Essősy (1960) ugyancsak lényegesnek tartja a korai gyógypedagógiai foglalkozást és megjegyzi, hogy a Csalogány utcai intézetben már tíz éve (tehát: 1950 óta) működő óvoda 4 éves kortól fogad gyermekeket. Ebben az időben még sehol a világon nem alkalmaztak tudatosan „korai fejlesztést”.

Figyelemre méltó, hogy Bárczi, aki feltehetőleg végig jelen volt az egész szimpóziumon, csak ehhez a részhez szólt hozzá. Kifejtette, az idők szellemének megfelelően, hogy a szocialista gyógypedagógia hármass feladata a család, az iskola és a fogyatékos védelme. E célok megvalósítása természetesen nem olcsó. De „ha még többé is kerülné, akkor is biztosítani kell a fogyatékosok nevelését, elveink ezt követelik tőlünk, és ezek mellett az alapelvek mellett ki kell tartani...” Végezetül állást foglal a Down-betegek külön oktatása mellett. Indoklásul emlékezteti azokat a jelenlévő kollégáit, akikkel már 1938-ban együtt dolgozott az Alkotás utcai Intézetben, hogy akkor 25 Down-beteget külön választottak. Az ilyen gyermekeket Svájcban magaslati levegőn tartják. Ebből a megfontolásból kiindulva „ozonizáló készülékeket állítottunk be, és ebből a kísérletből mi sokat tanultunk. Mindaddig, amíg a gyermekek ilyen...

temperált levegőben voltak, élénkek voltak, jól dolgoztak... Amint rendes levegőben hagytuk őket... nehezebb lett a mozgásuk. Én azóta sem tudom ezt a képet elfelejteni... A Down kórosok külön elhelyezése nem lenne drágább, mint ahogyan ma csináljuk, és ott ezekkel a gyermekekkel valóban pedagógiaileg, pszichológiailag, talán a foglalkoztatás szempontjából is, minden vonalon lehetne a sorsukkal úgy foglalkozni, ahogyan ez a nagy kérdés tényleg megérdemli” (Bárczi, 1960). [*Közbevetőleg megjegyezzük, hogy a magaslati levegő jótékony hatása valószínűleg sokkal összetettebb, nem egyszerűen a természetes körülmények között csak nagyon kis koncentrációban jelenlévő és töményebb állapotban igen mérgező ozon (O₃) gáz hatásán alapul. Mindazonáltal később sikerült igazolni, hogy az ozonizált levegő valóban jótékony hatással van a Down kórós gyermekek fáradékonyására (Buday 1970)].*

Tapolyai (1960a) a kórkép aetiológiájáról tartott előadásában felhívta a figyelmet arra, hogy a kórképet már eredeti leírása sem tekintette progrediáló folyamatnak, hanem veleszületett alkati anomáliának, mely értelmi fogyatékossgal jár. Áttekinti a Down kór eredetére vonatkozó kutatások állását megemlítve *Lejeune és mtsai*, (1959) kromoszómavizsgálati eredményeit.

Kun (1960a) előadásában történt említés arról, hogy „1959 januárjában jelent meg az első közlés abnormális chromosoma számról egy betegnél, kinél tipusos Klinefelter-szindróma állt fenn...” E közlést többen megerősítették. Továbbá: „A gondos morfológiai analysis azt bizonyítja, hogy ez a számeletti chromosoma sexuális chromosoma, és hogy a Klinefelter betegek geneticus sex.constitutioja XXY.” Még ugyanabban az évben „Párizsból jött a hír”, hogy ti. Down kór háttérében a 22. kromoszóma „vagy ha a nemi kromoszómákat nem számítjuk”, akkor a 21. kromoszóma triszómiája áll (*Lejeune és mtsai*, 1959). „Így a Down-betegség aetiológiája tisztázottnak látszik.” Ismeri továbbá Fraccaro és mtsai egy hónappal korábban megjelent közlését is a – ma így mondanánk - transzlokációs formákról.

[Az t a tény t, hogy a Down-kór valójában 21. triszómia legelőször Ursula Mittwoch írta le 2 évvel Lejeune előtt. Akkoriban azonban a kromoszóma-vizsgálati módszerek még meglehetősen bizonytalanok voltak és úgy tudták, hogy a humán kromoszómák száma 48. Eredményét a szerző közölte ugyan, de úgy vélte, hogy a módszer hibájából egy kromoszóma elveszett.(*Horváth 2000*)]

Végül *Horváth* (1960c) foglalta össze azt a „gazdag és kaleidoszkopos képet” mely a kórkép aetiológiájára vonatkozó előadásokból tárult a résztvevők elé, akik megvitatták azt, sőt megkísérelték a triszómiát a nukleinsavak – akkor még alig ismert – kémiájának segítségével megmagyarázni (*Gánti 1960*).

(Emlékeztetőül: a nukleinsavaknak az öröklődésben játszott szerepét a negyvenes évek közepén ismerték fel Avery és munkatársai kísérletei alapján. *Watson és Crick* dolgozata a DNS kettős spirál szerkezetéről 1952-ben jelent meg a *Nature*-ben. A szerzők a molekula megkettőződésének lehetséges mechanizmusát is leírták. Ez az ún. szemikonzervatív lemintázódási mechanizmus 1958-ban, *Meselson és Stahl* munkássága nyomán bizonyosodott be. *Watson és Crick* 1962 decemberében kaptak felfedezésükért Nobel-díjat.)
folyt köv.

KÖSZÖNTÉS

Pedagógusnap alkalmából

Hiller István oktatási és kulturális miniszter **Dr. Mesterházi Zsuzsa** gyógy-pedagógusnak, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar ny. főiskolai tanárának a gyógypedagógia területén immár fél évszázada végzett magas színvonalú, példaértékű, nemzetközileg is elismert oktatói és tudományos kutató munkájáért, valamint széleskörű publikációs tevékenységének elismeréséül

Eötvös József Díj-at adományozott.

A Gyógypedagógiai Szemle olvasói nevében szívből gratulál

a Főszerkesztő

Látogatás a Hallássérültek és a Kommunikáció Központjában Würzburgban

A Magyarországnál 2 és fél millióval nagyobb népességű Bajorországban hazánknál kevesebb, csupán 5 speciális iskola foglalkozik hallássérültekkel, székhelyük a meglátogatott Würzburgon kívül: Augsburg, München, Nürnberg és Straubing. E sorok írója az 1990-es évek elején járt legutóbb ebben a létesítményben, mely akkor még a *Karl Kroiss Hallássérültek Intézménye* nevet viselte. Az eltelt időben új igazgatója lett *Herbert Dössinger* úr személyében és jelentős változások álltak be, melyeket az új elnevezés is jelez. Külsőleg is változott a kép, mivel a 30 évesnél alig idősebb épületeket lebontották, s helyettük modern, inkább pavilonoknak nevezhető házakat húztak fel. Ezek közül is a legújabb, a néhány hónapja megnyitott *cochleáris implant (CI) centrum*.

A würzburgi orvosi klinika egyike Németország közel 40 klinikájának, ahol cochleáris implantációs műtéteket végeznek, s specialitása a nagyon fiatal gyermekek műtése. A német szülők lakóhelyüktől függetlenül szabadon választanak a klinikák között. Az oktatási intézmény a klinika rehabilitációs partnere. Egy pszichológus és 6 pedagógus dolgozik a vadonatúj épületben. Feladatkörükhöz tartozik a jelentkező gyermekek vizsgálata és a gyógypedagógiai szempontú javaslat a műtetre, a műtét utáni beállítások és a rehabilitáció irányítása. A műtéteket általában 80dB-nél súlyosabb fokú hallássérülés esetén végzik el, többnyire mindkét fülön. Mint megtudtam, ma már a hallássérült szülők is igénylik a műtétet gyermekük számára, vagyis gyökeresen megváltozott az álláspontjuk a korábbiakhoz képest. Gyógypedagógiai-pszichológiai szempontból az autizmus kivételével nincs kizáró ok, vagyis a halmozott sérülés sem akadály. Egyidejűleg általában 130 gyermeket gondoznak, akik édesanyjukkal vagy akár mindkét szülővel összesen 60 nap rehabilitációra jogosultak 2 éves időtartam alatt. A magas rehabilitációs költséget (naponta és gyermekenként 247 Euro) is az egészségügyi biztosítók állják. A gyermekek és szüleik szállodaszerű ellátásban részesülnek, s általában

havonta 2-3 napig tartózkodnak az intézményben. Egy-egy turnusban 8-8 gyermek rehabilitációja folyik meghatározott napirend szerint. A közös étkezések és az esti órák jó lehetőséget biztosítanak a szülők számára az egymással folytatott beszélgetésekre. Ott tartózkodásom idején 4 olyan gyermek is volt, akiket 1 éves koruk előtt műtöttek, mégpedig 5 és 11 hónap között. Mindannyian 2 év körüliek voltak, s javában beindult náluk a természetes beszédfejlődés. Szokványos gyógypedagógiai módszerekről ezután a korai beavatkozás után egyáltalán nem lehet beszélni, a szülők legfőbb feladata, hogy sokat és természetesen kommunikáljanak a gyermekekkel. Ezt erősítik bennük az egyéni terápiás foglalkozások. A napirend szerves részét képezi a napi kétszer megtartott ritmika, amikor csoportos játékos-zenés foglalkozásban részesülnek a gyermekek és szülei. A CI beállítás a hazaitól eltérően speciális számítógépes eljárással történik, melyhez nem szükséges a gyermekek aktív közreműködése. Megjegyzendő, hogy ez nem is volna lehetséges ebben a fiatal korban. A gyermekek fejlődésének nyomon követése, szakszerű vizsgálata ugyancsak a napirend részét képezi.

A CI centrum látogatása mellett a gyermekek és szülei a lakóhelyük szerint illetékes korai fejlesztő pedagógust is igénybe veszik, aki azután folytatja szolgáltatását a rehabilitációs program lezajlása után is. Ez alól csak a többségi óvodákba felvett gyermekek képeznek kivételt, akikhez viszont az integráltakért felelős utazó tanári szolgálat munkatársai járnak ki.

Az intézmény egy másik épületében található a tanácsadó és integrációs utazó tanári szolgálat központja, melybe a szülők gyermekükkel leginkább kivizsgálásra jönnek, mivel a tanácsadás a szülői házban (korai fejlesztés), az óvodákban ill. a többségi általános és középiskolákban zajlik. A korai fejlesztés a szó szoros értelmében az, mivel Németország valamennyi születésén kötelezően végzik el a hallásszűrést a születés utáni második napon (otoakusztikus emisszió és/vagy automatikus BERA vizsgálat), és a kiszűrt csecsemőket azonnal jelzik a fejlesztő központnak. Ott tartózkodásomkor a legfiatalabb ellátott gyermek 2 hetes volt.. Az intézmény szolgálati autóit az integrált gyermekek érdekében is használják. 50 integrált óvodást és közel 200 integrált iskolást lát el a húsz gyógypedagógus utazó tanár. Munkájuk kifejezetten a többségi pedagógusok konzultációjára és a hospitálásokra szorítkozik, közvetlen fejlesztést, netán korrepetálást nem végeznek. Ez utóbbi csak az integrált, tanulásban akadályozott tanulók esetében engedélyezett, az érzékszervi sérülteknél és a mozgáskorlátozottaknál a többségi pedagógusok kötelesek a felzárkóztató foglalkozások megtartására, akiknek 28 óra a heti kötelező óraszámuk. Érdekes volt látni, hogy ebben az épületben pszichológus foglalkozik rendszeresen, terápiás jelleggel a hallássérült szülők halló gyermekeivel.

Az óvodás és iskolás gyermekek túlnyomó többségét az iskola által bérelt, a szülők számára ingyenes kis buszok szállítják háztól-házig, nagyobb távolságokra is. A gyermekek nagy többsége ily módon bejáró. A gazdagon felszerelt óvodába 33 gyermek jár. Az általam látott gyermekek kivétel nélkül mind nagyothallók benyomását tették, akár hallókészüléket viseltek, akár implantáltak voltak, hiszen mind csengő hangon beszéltek.

Az iskolába 183 tanuló jár. Közöttük is csak 10 olyan idősebb tanuló van, akinek a hallássérülése indokolná az implantációt, de életkoruk miatt a szülei ezt már nem igénylik. A kommunikáció eszköze a hangos beszéd, a tanulók nagy része a többségi iskolák tankönyveiből tanul, kb. 15 %-uk azonban csak alacsonyabb követelményeknek tud eleget tenni. Az első osztály tananyagát két év alatt dolgozzák fel, hasonlóan a mi nagyothallók számára összeállított tantervünkhöz. Valamennyi tanuló számára egyéni fejlesztési tervet kötelesek a tanárok összeállítani. A nemzeti felmérésekben részt vesz az iskola. Angol nyelvet a 4. osztálytól tanulnak. A jelnyelv szabadon választható tárgyként a felső tagozaton jelenik meg.

A gyermekek legnagyobb része a tanítás után a napközit veszi igénybe vagy hazamegy. A nevelőotthonban csak 32 tanuló lakik, ők a délelőtti tanulás után elválnak osztálytársaiktól. 8-8 fős csoportok számára alakítottak ki lakóegységeket, melyek kétágyas hálószobákból és tágas nappaliból, étkezőből állnak. Valamennyi étkezés és a délutáni tanulás is ezekben a lakóegységekben zajlik. (Itt jegyzem meg, hogy a központi étteremben csak a napközisek valamint a szakmunkásképzősök étkeznek). Változatos szabadidő programok színesítik a nevelőotthoni életet.

Egy külön épületben olyan feladat ellátására is vállalkozik az intézmény, mely általánosabb, kommunális jellegű. Ifjúsági csoportvezetők képzése, továbbképzése és vizsgáztatása zajlik itt, tanfolyami jelleggel. Ebben az épületben kapott helyet a korszerű és esztétikus étterem is.

Befejezésül kiemelem még azt a hazaitól eltérő gyakorlatot, hogy az iskola felvételi bizottsággal rendelkezik, melynek közvetlen joga a gyermekek, tanulók felvétele. Központinak nevezhető kivizsgálás és beutalás tehát nem létezik.

Rövid összeállításomból jól látható, hogy valódi többcélú intézménnyé alakult át az egykori speciális óvoda és iskola. Az anyagi feltételek ideálisak, a munka minőségének részleteit természetesen nem tudtam megítélni, ehhez nem volt elég a rövid látogatás. Kétségtelen azonban, hogy egy komplex és nagyon modern létesítmény munkájába sikerült bepillantani, mely sok tekintetben szolgálhat modellként hazai intézményeink számára.

Dr. Csányi Yvonne

IN MEMORIAM

Erhartné Dr. Molnár Katalin (1949-2007)



A látássérültek életútjának, ügyének több mint 30 éven át fáradhatatlan segítőjétől, az Esélyegyenlőség Életműdíj és a Louis Braille Emlékérem Arany fokozatának tulajdonosától, a Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége (MVGYOSZ) nagy halottjától családja, az ország minden tájáról érkezett sok-sok sorstársa, munkatársa és barátja búcsúzott el 2007. március 22-én a rákoskeresztúri temetőben.

Életének utolsó hónapjaiban, súlyos betegen is bejárt a Szövetségbe, amelynek 1988-tól volt választott főtitkára.

A Vas megyei Csörötneken született, hat éves korában veszítette el látását. A budapesti Vakok Intézetében tanult, a legkitűnőbb tanítványok egyike volt. Integráltan tett, szintén kitűnő eredménnyel gimnáziumi érettségét, majd az ELTE Jogi karán doktorált. Diplomája megszerzése után mindjárt a Szövetség munkatársa lett, először a Budapesti és Pestmegyei szervezetben dolgozott. Életcélul tűzte ki a látássérült emberek ügyének képviseletét. Az MVGYOSZ főtitkári tisztének betöltése előtt egy ideig a Fővárosi Kefe- és Seprűgyártó Vállalatnál gyakorolta választott hivatását, innen vezetett az út a megtisztelő, közbizalmat, megbecsülést jelentő főtitkári székbe.

A temetésén elhangzott nekrológokat az MVGYOSZ lapjában, a Vakok Világa c. folyóiratban, a 2007. évi júliusi számban olvashatjuk.

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete (MAGYE) tagsága nevében ezúton búcsúzunk el Tőle. Nagyon sok gyógypedagógus ismerte, becsülte és szerette *Dr. Molnár Katalin* főtitkár asszonyt. Főtitkársága idejéből az MGVYOSZ és a MAGYE példás együttműködéséről adhatunk számot. Főként az Egyesületünk Látásfogyatékoság-ügyi Szakosztályával pl. a Fehér Bot napján évente, közösen rendezett szakmai konferenciák képviselnek maradandó értéket, de a Főtitkár asszony országos szakmai konferenciáink plenáris és szakosztályi ülésein is folyamatosan szerepelt kitűnő előadásokkal.

Az 1980-as, 90-es években e búcsúsorok írója is állandó munkakapcsolatban állt vele. A közös munka számos példája között kiemelkedő a „Látássérültek Magyarországon – A Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége 80. születésnapjára” című, 1988-ban készült, általa megálmodott és kezdeményezett 240 oldalas kötet, amelyben neki is több kitűnő írása mutatja be a jubiláló Szövetség tevékenységét.

Mély fájdalommal búcsúzunk. Visszaidézzük karizmatikus személyiségét, tudásvágyát, a közeli és távoli világ minden dolga iránt tanúsított érdeklődését, szakmai felkészültségét, széleskörű műveltségét, muzikális és előadói tehetségét, elkötelezettségét, munkaszeretetét, kitűnő kapcsolat-teremtő képességét, kíváncsi és vidám egyéniségét. Emlékét megőrizzük.

Gordosné dr. Szabó Anna

Hallássérültek Óvodája, Általános Iskolája, Speciális Szakiskolája, Módszertani Intézménye és Diákotthona (Budapest, Cinkotai út)

Miért kell tanulószervezetté válni?

MUZSNAI ISTVÁN

(Közlésre érkezett: 2007. június 29.)

1. Szükséges, de nem elégséges

Egy korábbi cikkemben a siketoktatás hozzáférhetővé tétele érdekében próbáltam meg közös gondolkodásra készíteni szurdopedagógus kollégáimat.¹ A hozzáférhetővé tétel ugyan szükséges előfeltétele a sikeres oktatásnak, de önmagában még nem elegendő annak eredményes végrehajtásához. Folytasuk a gondolatmenetet, mire van még szükség ahhoz, hogy a siket gyermekek iskoláiban folyó pedagógiai munka színvonala közelítsen a többségi iskolákéhoz. A 14. Lillafüredi Közoktatási Konferencia (2007. november) az eredményes oktatást a tanulószervezetté válással kapcsolta össze.

Szeretném olvasóink figyelmébe ajánlani további tanulmányozásra. a konferenciával kapcsolatban megjelent valamennyi cikket az Új Pedagógiai Szemle márciusi-áprilisi számában.² Miközben összefoglalom azokat a gondolatokat amelyek engem megragadtak, szeretném azokat továbbfűzni, és a saját szűkebb szakterületemre, a speciális nevelési igényű siket tanulók oktatására–nevelésére alkalmazni.

1 Hogyan tehető hozzáférhetővé a siket tanulók számára a magyarországi siketoktatás? Gyógypedagógiai Szemle, 34.évf.2.sz./2006., 152-156. old

2 Új Pedagógiai Szemle, 2007. 3-4. szám, 4-58. old

2. Tanulás és visszacsatolás

A tanulás az egyes tanulóknak az intellektuális kibontakozása, és mint ilyen tulajdonképpen az egyes tanulók szellemi teljesítménye. Ha a tanár személyesen is aktivizálja magát a folyamatban, akkor már *társas vállalkozásról* beszélhetünk. Itt már a team-ben való tanulás, a dialógus révén történő tanulás valósul meg. Az iskolai környezetben viszont a legjellemzőbb az osztálykeretben történő, *közösségi tanulási tevékenység*.

Mindhárom tanulási tevékenységben fontos szerepet tölt be a visszacsatolás. A korábban már rögzült tudáshoz kapcsolódik az újabb ismeret. A kellően motivált egyéni tanulás önmaga számára automatikusan megteremti a visszacsatoló köröket, a társas tanulás során viszont a visszacsatolás a tanár személyisége közvetítésével valósul meg. A tanár felelőssége már csak azért sem hanyagolható el, mert ha nem objektív információkat tükröz vissza tanítványának, a tanulás hatékonyságát ássa alá, ugyanakkor, ha a tanuló nem képes megbirkózni a visszajelzett információkkal, a tanulás újfent meghiúsul.

3. A tanulószervezet mint rendszer

Az osztályban folyó tanulás szervezeti tanulás, ahol jó esetben nemcsak a tanuló, mint a szervezet tagja sajátít el új ismereteket, hanem maga a tanulószervezet is tökéletesíti magát a visszacsatolás révén.

A tanulószervezet fogalmát *Peter Senge*, az Egyesült Államok-beli MIT Tanulószervezet Központjának alapítója vezette be a köztudatba *Az ötödik alapelv* c. népszerű könyvével.³ A visszacsatoló körök kiépítésének gondolatát nem elsősorban oktatással foglalkozó szervezetekre, hanem az üzleti élet szervezeteire alkalmazta, akiknél a versenyképesség megőrzése teszi szükségessé a rendszerszemlélet érvényesítését.

Ha a szervezeti tanulás megszerzése és fejlesztése a gazdasági szervezetek számára létkérdés, mennyivel inkább el kellene sajátítania ezt a rendszerszemléletű gondolkodásmódot az oktatási intézmények szervezeteinek. Hiszen az iskolák elsődleges feladata a tanulás átadása, az eredményes oktatás, valamint a tudásanyaggal való intelligens gazdálkodás lenne.

4. A jó iskola és a rossz iskola képe

A jó iskola feladata az lenne, hogy megvalósítsa a kreatív, önmagát tökéletesítő tanulás színterét. A tanulóközpontú iskoláknak a tanulás szabadságának légköré-

3 Peter M.Senge: *Az ötödik alapelv*. A tanuló szervezet kialakításának elmélete és gyakorlata. HVG Kiadó, Budapest, 1998.

ben kellene felnevelniük az újabb generáció kreatív, elkötelezett, motivált, felelősséget vállaló és együttműködésre kész polgárait. A jó tanulás erkölcsi tartással is felvértezi a tanulókat. A jó iskola a társadalmi haladást szolgálja, és igyekszik megvédeni a polgárait a dekadens tendenciák széleskörű elterjedésétől.

Ugyanakkor a rossz iskolák is megvalósítanak valamennyit társadalmi küldetésükből, emiatt nem szokták felszámolni azokat sem. A rossz iskolák természetesen nem olyan költséghatékonyak, mint a jó iskolák. A rossz iskolák például „tárolják” a gyermekeket, amíg a szülők dolgoznak. Távol tartják a tanulókat a munkaerőpiactól, ezáltal szabályozva a munkaerőpiac egyensúlyát. Többé-kevésbé segítenek megőrizni a társadalmi privilégiumokat, és mint ilyenek a társadalmi mobilitást tartják egyensúlyban.

5. Tudás és társadalmi haladás

Az életképes szervezeteknek, legyenek azok természeti, vagy társadalmi formációk, fejlődniük kell, különben elpusztulnak. Magának a társadalomnak is, mint szervezetnek fejlődnie kell, hiszen a haladás hiánya ekerülhetetlenül dekadenciához vezet. A haladás tempóját a társadalmi tudás növekedésének mértéke szabja meg. A gyorsan fejlődő társadalmi rendszerek oktatási szektora nem véletlenül bizonyul élvonalnak a nemzetközi mezőnyben, de a nemzeti szektorok között is.

A sorrend azonban nem cserélhető fel. Először az oktatásba kell invesztálni, hogy annak újabb gyümölcseit később a gazdasági fejlődésben is learathassák. Nem a virágzó gazdasági rendszer hozza magával az oktatási rendszer fejlődését, hanem fordítva, a tudásintenzív oktatás váltja ki a gazdasági fellendülést. Hogyan lehet az oktatást tudásintenzív szektorrá tenni? Ez elsősorban attól függ, hogy az ország nemzeti jövedelmének hány százalékát fordítja kutatásra. A skandináv országokban ez négy százalék körüli érték, míg hazánkban az egy százalékot sem éri el. A meglévő tudást kell társadalmi rangra emelni, továbbá lehetővé kell tenni a folyamatos kutatást az oktatás területén, beleértve a tanárképzést is.

6. A kutatás alapú tanárképzés

E területen jó példával járnak előttünk északi rokonaink. A finn oktatási rendszer sikereinek alapja a kutatás alapú tanárképzés. A pedagógiai kísérletezés, a kutatás elengedhetetlen a minőségi visszacsatoló információk begyűjtése céljából. A visszacsatoló körök információi nélkül nincs új felfedezés, nem fejlődik, hanem sorvad, beszűkül a korábban megszerzett tudás, lejár, elavul az ismeret érvényessége. A finn példa ezzel szemben jól mutatja azt, hová vezethet a kutatásra fordított összegek kiemelkedő aránya.

A kutató képzési modell nem a tanárokat vonja el az aktív oktatásból a kutatás érdekében, hanem magát a tanári munkát fogja fel folytonos kutató-fejlesztő folyamatként. Azáltal, hogy a tudományos eszközöket viszik be a tanulási folyamatba, a tanárokat készítik fel azok aktív használatára. Azt teszik, amire egyébként a tanítványaikat is nevelni szeretnék, hogy alkalmazzák a tudományos gondolkodást mindennapi tevékenységükben.

7. Az oktatási rendszer fejlesztése

Az oktatási rendszer fejlesztését leginkább a tanárképző intézetek tudnák saját kutatási és oktatási munkájuknak fejlesztése révén előmozdítani. Ha a maguk szintjén működésképes tanulószervezetté válnak, ezzel az egyetemi szinten tudásinfúziót kaphatna a rendszer. Ez az input nemcsak saját teljesítményükre lesz hatással, hanem a szervezet rendszerjellegénél fogva megsokszorozódva fog idővel jelentkezni a végzett tanárok révén a közoktatásban, annak valamennyi viszonylatában.

Természetesen javulna a visszacsatolás minősége, ha a képzésben az aktuális oktatási gyakorlatból, nem annak hajdani emlékéből származna a visszajelző információ. A tényleges oktatási gyakorlatból számúzni az intelligens kutatás lehetőségét, ahogy ez épp most történik, nagyon rövidlátó középvezetői döntés. Hazánkban a pedagógia számára rendelkezésre álló kutatásból származó primér visszacsatoló információk elenyészően minimálisak, de ha lennének is, azok is csak jelentős késéssel jelennének meg a tényleges oktatásban.

A kutatás és képzés összekapcsolása révén a kutatási tevékenységből származó visszacsatolás azonnal érvényesülhetne az új tanárok oktatásában, ez az egyik lehetséges módja a változás felgyorsításának. A másik lehetőség pedig az lehetne, hogy amíg a magyar szakemberek érdemi kutatása nem hoz használható gyümölcsöt, addig bátran kellene meríteni a más nyelvterületen és kultúrkörökben tevékenykedő szakemberek kutatási eredményeiből, természetesen körültekintően válogatva azok közül, és kellő kulturális érzékenységgel végezve az adaptációt.

8. A sikeres megújítás feltételei

Mondanivalóm szempontjából kiemelt jelentőségű *Csapó Benő*, szegedi egyetemi tanár előadása, aki az oktatási rendszer fejlesztésében a tanári tudás szerepét vizsgálta.⁴

4 A tanári tudás szerepe az oktatási rendszer fejlesztésében. Új Pedagógia Szemle, 2007. 3-4.sz.11-23. old.

Az oktatási rendszer sikeres megújításának feltételei közül az elsőnek „A megújítás szükségességének felismerése”-t említi. Természetesen másképp látja a szükségességet az, aki a „status quo” megőrzésében érdekelt, vagy akinek nincs rálátása arra, hogy hazánk határain túl milyen eredményeket érnek el a siket tanulók oktatásában. Számomra a megújulás sürgető volta régóta (1989) hansúlyos, amit a tőlem telhető eszközökkel megpróbálok másokkal is érzékeltetni illetve megosztani.

A második feltétel, a megvalósításhoz szükséges tudás korlátozott disztribúcióban ugyan, de rendelkezésre áll. Számomra az az érthetetlen, hogy miért nem élnek ezzel a nemzetközileg elismert tudással a különböző oktatási döntéshozók. Mert ha esetleg üzleti érdekek veszélyeztetésének a gondolata húzódna meg mögötte, az csak a megújulás tudatos félreértelmezéséből vagy félremagyarázásából adódhat.

A harmadik feltételnek, az anyagi támogatás megszerzésének azért nincs sok gyakorlati jelentősége, mivel a jelenlegi, nem túlságosan eredményes oktatásunknak amúgyis nagyon magasak a költségigényei, amihez képest a javasolt új szemlélet nem többletköltséget, hanem csak költség átcsoportosítást igényel. Másrészt az uniós támogatások éppen ilyen megújítási célokra lennének a legjobban felhasználhatóak.

9. A siketoktatás jelenlegi válsága

Ha mindezideig az olvasó még nem jutott volna el erre a következtetésre, hogy a magyarországi siketoktatás válságban van, akkor most szavakba öntöm. Bár ezek az utalások, hogy valahogy hozzáférhetővé kellene tenni a siketoktatást a siket tanulók számára⁵, vagy: hogy a szurdopedagógiának leginkább a siket tanulók érdekeit kellene szolgálnia⁶, számomra kellően beszédesek lennének.

Igen, a magyarországi siketoktatás a válság korszakát éli. Leginkább azért, mert a jelenlegi oktatási program kidolgozása során a hallássérült tanulók közül csak a különböző fokban nagyothalló tanulók speciális nevelési igényeit fogalmazták meg. A prelingvális siket tanulók igényeivel az elmúlt fél évszázad során csak elvéve törődtek. Az ő nevelési igényeikre vonatkozó szakmai tudásnak is szóhoz kellene jutni és érvényesülni kellene a feljük irányuló oktatásban és nevelésben végre.

5 Hogyan tehető hozzáférhetővé a siket tanulók számára a magyarországi siketoktatás? Gyógypedagógiai Szemle, 34.évf.2.sz./2006.,152-156.old.

6 Kinek az érdekét hivatott szolgálni a szurdopedagógia? Gyógypedagógiai Szemle, 25.évf.2.sz./1997. 139-142. old.

Csak jelzésértékű az a tény, hogy a siketek oktatásügyével kapcsolatos szakemberek vagy tanácsadók között egyetlen siket személy sem található. Véleményem szerint ez is a válságra utaló egyik jel. Talán mi, öntudatos és demokratikus polgárok elfogadnánk azt a megoldást, hogy a magyar érdekeket az Európai Unióban egy más nemzetiségű politikus képviselje kizárólagos érvénnyel? Ha nem, akkor tegyünk hatékony lépéseket annak a válságnak a megoldására, amely régóta tart már idehaza a siketoktatás berkeiben!

10. Kiút a válságból: tanulószervezetté válás

Vannak-e útjelzők, amelyek megmutatnák a válságból kivezető utat? Bizony vannak! Ha a kellő mélységű is minőségű szakmai ismeretekkel nem rendelkezünk, akkor például a nemzetközi jogi normák egyértelműen eligazítanának bennünket. Annak a nyelvi emberijogi konferenciának, amely a magyarországi siket és roma személyek nyelvi jogainak sérülését észrevételezte tíz évvel ezelőtt, 1997. októberében, éppen a budapesti Középeurópai Egyetem adott otthont.⁷

Ha akkor észleltük volna a szemléletváltásra ösztönző felhívást, akkor ma már kellő számú, korszerű ismeretekkel felruházott szurpedagógus gárda állhatna a magyar siketoktatás rendelkezésére, akik nemcsak az általános iskoláskorú siket tanulók kétnyelvű oktatását, hanem a középiskolás korúakét is színvonalasan el tudnák látni. Sajnos az előremutató stratégiai tervezés helyett a siket tanulók kénytelenek kényszerű oktatási jogsérelmekkel megelégedni még egy ideig. De nem vettünk tudomást a felhívásról akkor, mivel meg voltunk győződve oktatási gyakorlatunk helyes voltáról.

A nemrég lezajlott közoktatási konferencia most a tanulószervezetté válás pedagógiai paradigmáját kínálja: egy életképes tanulószervezet megszerzi maga számára a túléléshez szükséges kompetenciákat. Felderítheti a válság okait, elemezheti korábbi tapasztalatait, hogy megszerezze azokat az elméleti és gyakorlati tudásra épülő készségeket, amelyek ki tudják vezetni a válságból. A megszerzett új tudás képes önmagát tökéletesítve fejlődni. De mindaddig, amíg elégedettek vagyunk eddigi teljesítményünkkel, addig nem ismerjük el a megújulás szükségességét, így önmagunkat fosztjuk meg az új ismeretek tanulásának lehetőségétől.

A felkínált tanulószervezetté válás is egy lehetséges út. Aki páholyban érzi magát, az nem fog útra kelni, mert az úton járás kockázattal jár. De aki

7 Muzsnai, I: The Recognition of Sign Language: A Threat or the Way to a Solution? In: Kontra, M., Phillipson, R. Skutnabb-Kangas, T. Várady, T: Language: A Right and a Resource. Approaching Linguistic Human Rights. Pp. 279-296. CEU Press, 1999.

érzékeli és nem tagadja le a válságot, az örömmel vág neki a válságból kivezető útnak, mert ezáltal a speciális nevelési igényű tanulók esélye csak jobb lehet. Hogyha ez nem tud mozgásba lendíteni, változtatásra ösztönözni, megújulásra motiválni, akkor valószínűleg már elvesztettük életképességünket, mint szervezet. Pontosan ezért kell tanulószervezetté válni, mert ez újra működésbe hozhatná a tanulás életfunkcióját.

KÖSZÖNTÉS

Az Esélyegyenlőség Világnapja alkalmából

Kiss Péter szociális és munkaügyi
miniszter

Magyar Adél gyógypedagógusnak, a Korai Fejlesztést és Integrációt Támogató Alapítvány (Szeged) kuratóriuma elnökének a szegedi és a környező településeken élő 6 év alatti gyermekek fejlesztő terápiás ellátásának biztosítása, a sérült gyermekek mielőbbi felkutatása, a szülők tájékoztatása és öntevékeny csoportjainak létrehozása, a védőnők képzése, valamint a családok támogatása területén végzett színvonalas, elkötelezett szakmai tevékenysége elismerésül



Pro Caritate Díj-at adományozott.

A Gyógypedagógiai Szemle olvasói nevében szívből gratulál

a Főszerkesztő

CONTENTS

<i>Dr. Perlusz, Andrea – Dr. Csányi, Yvonne – Mrs. Bodor Németh, Tünde:</i> Tendencies in the education of pupils with hearing impairment with regard to the changing population	161
<i>Dr. Tóth, Gábor:</i> The situation of special education provision in Japan – the eternal question: “segregation or integration?”	167
<i>Marton, Kinga – Szauer, Csilla:</i> The ten-year Action Plan of the Council of Europe for the establishment of the host society, and the impact of the document on the member states (Part I.)	182
<i>Dr. Csocsán, Emmy:</i> The legacy of Leonard Euler and the education of people with visual impairment.	190
<i>Dr. Hoyningen-Süess, Ursula:</i> The joint Swiss and Hungarian roots of special education science.	202
<i>Dr. Buday, József:</i> Data to the history of the national research of Down syndrome. (Part I.)	214
Study visits, exchange of experience (<i>Dr. Csányi, Yvonne</i>)	229
In Memoriam: Mrs. Erhart Dr. Molnár, Katalin – 1949-2007	232
<i>Muzsnai, István:</i> Why becoming study-organization is a must?	234
Error correction (G. Sz. A.)	201
Greetings (G. Sz. A.)	228,240

400,-Ft

TARTALOM

<i>Dr. Perlusz Andrea – Dr. Csányi Yvonne – Bodorné Németh Tiinde:</i> Tendenciák a hallássérültek pedagógiájában a változó populációra való tekintettel	161
<i>Dr. Tóth Gábor:</i> A gyógypedagógiai ellátás helyzete Japánban – az örök kérdés: „szegregáció vagy integráció?”	167
<i>Marton Kinga – Szauer Csilla:</i> Az Európa Tanács tízéves Akcióterve a befogadó társadalom megteremtéséért, valamint a dokumentum hatása a tagállamokra (I. rész)	182
<i>Dr. Csocsán Emmy:</i> Leonard Euler öröksége és a látássérültek pedagógiája	190
<i>Dr. Hoyningen-Süess, Ursula:</i> A gyógypedagógia tudományának közös svájci és magyar gyökerei.	202
<i>Dr. Buday József:</i> Adatok a Down syndroma hazai kutatásának történetéhez. (I. rész)	214
Tanulmányút, tapasztalatcsere (<i>Dr. Csányi Yvonne</i>)	229
In memoriam: Erhartné Dr. Molnár Katalin – 1949–2007	232
<i>Muzsnai István:</i> Miért kell tanulószervezetté válni?	234
Híbaigazítás (G. Sz. A.)	201
Köszöntés (G. Sz. A.)	228, 240