

Gyógypedagógiai Szemle

A Magyar Gyógypedagógusok
Egyesületének Folyóirata

2003 – XXXI. évfolyam

1

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

Ez a szám az Oktatási Minisztérium támogatásával készült

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

A szerkesztőség címe: 1097 Budapest, Ecseri út 3. Telefon: 348-1398
e-mail: bogyo@barczy.hu

HU ISSN 0133-1108

2003. január-március

Kiadja a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete
1097 Budapest, Ecseri út 3. Tel.: 282-9365, 282-6478
Felelős kiadó: Kamper Antal elnök

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt. Előfizethető bármely postahivatalnál, a kézbesítőknél és a Magyar Posta Rt. Üzleti és Logisztikai Központjánál (ÜLK) Budapest, VII., Vörösmarty u. 16-18., Bp. 1946. közvetlenül, vagy postautalványon, valamint átutalással a Postabank Rt. 219-98636/021-02809 pénzforgalmi jelzőszámára.

Egy szám ára: 150,- Ft

Indexszám: 25 359

Megjelenik negyedévenként. Évi előfizetési díj: 600,- Ft.

Nyomda:

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

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Komplex Általános Iskola – Budapest, 1107 Gém utca 5-7.

Értelmi akadályozottsággal élő férfiak vallomásai: életükről, önmagukról*

INDRE MÓNIKA

(Közlésre érkezett: 2002. március 6.)

„Az ember az a lény, aki természeténél fogva kapcsolatokban létezik és gondolkodik. A másik ember nélkül nem találhat önmagára. Ebben mutatkozik meg a gyermeki lét szegénysége: a fiatal semmit sem hozhat elő magából, amit ne kapott volna. Mivel tisztelik, tiszteli magát, mivel elfogadják, elfogadja magát, mivel felépítik, felépíti életét. Megszólal, mert szólnak hozzá. A másik ember fényében kezd beszélni a világ, mivel szeretik, azért tud szeretni.”

(Nyíri Tamás)

A dolgozat kiindulópontja és céljai

Először szólítom meg ilyen témakörben az akadályozottsággal élő férfiakat. A dolgozat kiindulópontjául az a törekvés szolgált ami a gyógypedagógiát az utóbbi években hazánkban is egyre erőteljesebben jellemzi. Felmerült az igénye annak, hogy az értelmileg akadályozott emberek életét ne kívülről irányítsuk, hanem hallgassuk meg véleményüket, ismerjük meg őket. Mert csak ez lehet az alapja olyan életkörülmények kialakításának, ami minden szempontból megfelelő számukra. Az interjúk segítségével a teljesség igénye nélkül az értelmi akadályozottsággal élő ember véleményét ismerhetjük meg az életéről, a lehetőségeiről. Megnyilatkozásaikban sokszor szívszorítóan tisztán fogalmazzák meg életük nehéz, és „fájó” pontjait.

* (E tanulmány Hatos Gyula tanszéki kutatási programja keretében készült, amelynek célja, megszólaltatni a felnőtt értelmileg akadályozott embereket, feltárni, hogyan látják életüket. A témához kapcsolódó előző közleményünk: Dr. Gaál Éva - Hatos Gyula - Horváth Miklós: Hogyan vélekednek az értelmileg akadályozott nők saját női szerepükről? címmel a Gyógypedagógiai Szemle XXV. évf. 4. számában, 268-277. oldalakon jelent meg, 1997-ben. -A szerk.)

Céлом a dolgozattal a figyelem felhívása arra a tényre, hogy igenis érdemes és fontos ezeket az embereket alaposabban megismerni. Elsősorban azért, mert van véleményük a világról, az életükről, és sokszor reálisabban, tisztábban látják a valóságot, mint mi magunk. Ezentúl mivel a vizsgálatokat családi és szociális otthoni környezetben is elvégeztem, céлом volt annak felkutatása, hogy mutat-e összefüggéseket a szociális környezet és a felnőttkori adaptáció. Azonban meg kell említenem, hogy vizsgálódásaim eredményei pusztán tájékoztató jellegűek lehetnek. Hiszen hiba lenne azt gondolni, hogy húsz ember megkérdezése alapján bármilyen általános érvényű következtetés levonható. De bízom abban, hogy munkám sok érdekes adattal gazdagíthatja az értelmi akadályozottsággal élő férfiakról eddig kialakult képet.

A vizsgálat helye, időpontja, eszközei

A dolgozat alapját értelmileg akadályozott férfiakkal készített interjúk képezik. A vizsgálatban résztvevők felkutatására több intézményt is felkerestem.

Beszélgető partnereim kiválogatására a P-A-C - 2 szociális érettséget vizsgáló eljárást használtam. Az interjúalanyokat a vizsgálat eredményei alapján igyekeztem úgy összeválogatni, hogy jó, közepes, és gyenge képességűek egyaránt bekerüljenek a vizsgálatba. A P-A-C- 2 adatait 35 emberrel vettem fel és ebből az interjúkat 20 személlyel készítettem el. A kiválogatás szempontja a megfelelő beszédképesség volt, mert ez az eljárás értékelhetősége szempontjából nélkülözhetetlen.

Mivel kíváncsi voltam, vannak-e alapvető különbségek a családban és a szociális otthonban élők megnyilatkozásai között, az interjúkat 10 családban és 10 bentlakásos otthonban élő személlyel készítettem el. A vizsgálatban résztvevőket életkor szerint is igyekeztem szélesebb körből válogatni. A legfiatalabb 24 éves, a legidősebb riportalany 49 éves volt.

Az interjú 30 főkérdésből áll, ezek mellett több kiegészítő kérdést is feltettem, amelyek kötetlenebb beszélgetésre és jobb megismerésre adtak lehetőséget. Kiegészítő vizsgálatként az interjúkban résztvevőkhöz legközelebb álló személyekkel egy tíz kérdésből álló tesztet tölttettem ki. Ez a teszt szervesen kapcsolódik a riportnak ahhoz a kérdésköréhez, amivel a saját viselkedésükről és reakcióikról alkotott képet vizsgáltam. Ezzel az ellenőrző teszttel arra voltam kíváncsi, mennyire látják reálisan önmagukat.

A kérdéscsoportok alapján hat témakört állítottam fel. Az interjúk feldolgozása ezekre építve történt. A riportalanyaim részéről minden esetben azt tapasztaltam, hogy nagyon várták a beszélgetést. Sokszor még külön is készültek rá, annyira örültek, hogy végre valaki meghallgatja őket. Elutasítást, zárkózottságot egyetlen esetben sem tapasztaltam.

A vizsgálat eredményei

1. témakör: Énkép, nemi identitás, önismeret

Ezen a témakörön belül három altémát választottam, melyekkel külön szeretnék foglalkozni: a., Felnőtttség, b., Ismeretek a nemekről, c., Viselkedés és reakciók a saját nézőpontból, illetve a környezet szemszögéből.

Felnőtttség

A két vizsgálati csoport között a felnőtttség megítélésében nem mutatkozott jelentős eltérés. A felnőttek és a gyerekek tulajdonságainak összehasonlításában sokan a méreteken látták a különbséget, voltak akik kor szerint osztályoztak, és olyan is akadt aki a felnőttek nagyobb felelősségében, önállóságában látta a különbséget. A megkérdezettek 70%-a érzi magát felnőttnek, indoklásként a legtöbb esetben az életkorukat hozták fel, de voltak olyanok is akik a munkára való érettségükre és önállóságukra építettek válaszaikban. Egy esetben azonban olyan válasz született ami magában foglalja az értelmi akadályozottsággal élő ember felnőtttségének kettősségét. *„Ebből is egy kicsi, meg ebből is egy kicsi. Belülről a mai napig mintha egy kisfiú volnék, de kívülről már felnőtt ember vagyok.”*

A családban és a szociális otthonban élők közül kiemelnék egyet azoknak a válaszaiból, akik gyerekeknek érzik magukat: *„Mert végülis nem csinálhatom azt, amit akarok.”*

Ismeretek a nemekről

Ebben a kérdéscsoportban arra voltam kíváncsi, hogy mennyire egyértelműek számukra a két nem közötti különbségek. Ez azért is érdekes, mert az oktatásban, nevelésükben hajlamosak arra, hogy ne kezeljék őket férfinak és nőnek, kislánynak és kisfiúnak, hanem.. egyszerűen embernek. Ez az úgynevezett „*unisex*” (Geiger 1989) nevelési mód alapvetően rombolja a helyes nemi szerepek kialakulását.

Érdekes volt, hogy a két nem közötti különbséget egyik vizsgálati csoportban sem tudták igazán megragadni. A válaszokban mindenki a külső tulajdonságok különbözőségére épített. *„A fiúknak rövid hajuk van a lányoknak meg hosszú”, „A férfiak azok szőröseks a nők meg nem.” stb.*

A nemi identitásra vonatkozó kérdésre mindkét vizsgálati csoportban, minden személy helyesen válaszolt. A férfiak tulajdonságainál a legtöbben az eltérő testalkatot, a testi erőt, a szőrnövekedést, a borotválkozást és a testi higiéné fontosságát emelték ki. Önmaguk jellemzésénél a belső tulajdonságokat hangsúlyozták, sokan érezték fontosnak a segítőkészséget és a szüleik

felé megnyilvánuló szeretetet. A válaszok közül egyet szeretnék kiemelni, ami engem nagyon megragadott. *„Nem olyan vagyok mint a többi ember. Mint a régi emberek, vidám vagyok, jókedvű vagyok.”*

Ebben a témacsoportban még két olyan kiegészítő kérdést is feltettem, amelynek a megemlítését fontosnak tartom. Az egyik azt vizsgálta, hogy tisztában vannak-e vele, hogy hogyan születnek a kisbabák. A másik pedig az előzőhöz - kapcsolódva, hogy tudják-e, hogy mit jelent a fogamzásgátlás szó. Mivel felnőtt férfiakra van szó, kíváncsi voltam, mennyire tájékozottak a témában.

Az első kérdésre a családban élők csoportjából egy személy tudott kielégítő választ adni, a szociális otthonban élők nagyobb tájékozottságot mutattak a témában. A fogamzásgátlást a családban élők csoportjából öten, a másik vizsgálati csoportból pedig ketten valamilyen fogászati beavatkozással, illetve a fog növekedésével azonosították. *„Ha ki kell húzni a fogamat.”*, *„Azt én használom fogszabályozásra.”* Helyes választ a családban élők közül két személy, a szociális otthonban élők vizsgálati csoportjából pedig öt személy adott. Mindkét csoportban a legtöbben azt emelték ki, hogy *„a gyerek ellen van”*, a fertőzések elleni védelemre csak egy személy utalt válaszában.

A válaszok azt bizonyítják, hogy a szociális otthonban élők lényegesen tájékozottabbak ezzel a két kérdéssel kapcsolatban, de partnerkapcsolatban is jóval többen élnek. Mindebből az következik, mivel mind két csoportban hasonló képességű személyekről van szó, hogy tájékozatlanságuk nem írható egyértelműen a fogyatékoság számlájára, sokkal inkább a hiányos információ átadás tehető felelőssé érte. Az eredmények igen elgondolkodtatóak, mert azt mutatják, hogy hiába tantervi követelmény (MFT tanterv, 1982, 62), hiába létezik részletes tematika (Ők ketten, 1998) a nemekről való ismeretek tanítására, ezen információk átadása mégsem történik meg. A nevelők - kevés kivételtől eltekintve - elzárkóznak ettől a témától, vagy egyenesen elutasítják.

A viselkedés és reakciók saját nézőpontból, illetve a környezet szemszögéből

Ebben az interjúrészben olyan kérdésekkel dolgoztam, amelyek egy része a viselkedést bizonyos frusztrációt okozó helyzetekben vizsgálja. Kíváncsi voltam arra, hogy interjúalanyaim milyen problémamegoldási módokhoz folyamodnak ilyen helyzetekben. Be szerettem volna bizonyítani, hogy nem az agresszivitás az, ami elsősorban jellemzi az ilyen szituációkban a viselkedésüket. A válaszok ellenőrzésére egy kiegészítő tesztet használtam, aminek segítségével a vizsgálatnak nagyobb objektivitást szerettem volna biztosítani. A tesztek és a vizsgálatban résztvevők válaszai a legtöbb esetben fedik egymást. A válaszaikat és a tesztek eredményeit összegezve elmondhatom, hogy

a vizsgálatban megkérdezettek reálisan látják viselkedésüket és kritikusan szemlélik önmagukat. A problémamegoldási módokban nem az agresszivitás az elsődleges. Sokan menekülnek saját hangjuk védelmébe, néhányan magukba zárkóznak, ami talán a legrosszabb módja a probléma feldolgozásának. Azonban vannak olyanok is, – tény, hogy kis számban, – akik igyekeznek átlátni ezeket a helyzeteket, és valamilyen megoldást találni a külvilág segítségével nélkül.

2. témakör: A férfi szerepek és a család

Ebben a témakörben arra szeretnék választ kapni, hogy az értelmi akadályozottsággal élő ember hogyan látja mai világunkban a férfiak szerepeit és feladatait. Éreznek-e magukban vágyat a családalapításra, gyerekevelésre, illetőleg képesnek érzik-e magukat ezen feladatok végrehajtására. A válaszok többségében mindkét vizsgálati csoportnál a fizikai munkákat tartják elsősorban a férfiak valónak. A válaszokból az is kiderül, hogy az apa fontos szerepet játszik a házkörüli munkákban és a gyermeknevelésben. A két vizsgálati csoport tagjai fontos dolognak tartják a házasságot. Indoklásaikban a valakihez való tartozás igénye nyilvánult meg.

Az interjú legnehezebb része talán ez után következett, a kérdések ugyanis arra vonatkoztak, hogy szeretnék-e saját családot és gyermeket. Megható volt látni, ahogy elgondolkoznak és magukba mélyednek a kérdés hallatán. Sokan el is szomorodtak és csak nagyon nehezen tudtak válaszolni. A megkérdezettek nagyobb része nem szeretne saját családot, mert nem tartják magukat alkalmasnak a feladatra, azt gondolják „túl sok gond van velem”, illetve néhányan nem érzik magukat elég érettnek.

A családban élők csoportjából 70% szeretne gyermeket, közülük csak egy személy érzi úgy, hogy szeretne, de nem lenne képes felnevelni. Az otthonban élőknél lényegesen kevesebb, csak 30% szeretne gyermeket, ők mind úgy érzik, hogy képesek lennének felnevelni. Mindezt összegezve az a következtetés vonható le, hogy a szociális otthonban élők reálisabban látják lehetőségeiket. Ez talán azért van, mert jobban magukra vannak utalva, és így képességeikkel is sokkal inkább tisztában vannak.

3 témakör: Párkapcsolat, szerelem

Az értelmi akadályozottsággal élő ember életében a párkapcsolat rendkívül fontos szerepet tölt be, mert ennek segítségével egy olyan emberhez tartozhat, akiben társra, partnerre talál.

A párkapcsolat tekintetében a két vizsgálati csoport jelentős különbségeket mutatott. A családban élők közül csak egy személy tudott tartós párkapcsolatról beszámolni, míg az otthonban élők közül heten élnek tartós párkapcsolatban. Egy személynek pedig a közelmúltban költözött el a barátnője az otthonból, így kapcsolatuk megszakadt. Fontosnak tartom megemlíteni, hogy a barátnőnek a szülők kérésére kellett elhagynia az intézményt, mert magasnak tartották a gondozási díjat. S.B. azóta is tartja vele a kapcsolatot, leveleznek, de az elköltözés óta személyesen nem találkoztak. S.B. nagyon szomorú, szívesen a barátnője után menne, de erre nincsen lehetősége. Érdekes lenne elgondolkozni azon, mit éreznénk akkor, ha mi kerülnénk hasonló szituációba. Vajon szó nélkül túrnénk-e, hogy elszakítsák tőlünk életünk párját. Emberhez méltó bánásmód-e az, hogy egy szerelmet, egy partnerkapcsolatot a feleken kívül álló ok miatt egyszerűen megszakítanak. Az, hogy ez kinek a felelőssége, lehet vita tárgya. Azonban én azt gondolom, az alapvető problémát itt az jelentette, hogy a döntésnél figyelembe se vették ezt a kapcsolatot. Mert ha ezt megteszik valószínűleg találtak volna arra megoldást, hogy ez a két ember együtt maradjon.

A válaszok alapján egyértelmű, hogy a megkérdezettek kitartóak és hűségek kapcsolataikban, nagyon fontos számukra a partnerük. Általánosan elmondható, hogy sokat várnak ezektől a kapcsolatoktól és úgy gondolják tartósan együtt maradnak.

A közös programoknál a leggyakoribb a tévénézés, a beszélgetés és a közös munka volt. A válaszokból az is kiderült, hogy szeretnek sétálni, vásárolni járni és nagyon szívesen segítenek egymásnak.

4. témakör: Szexuális kapcsolat

A vizsgálatnak ezt a részét az instrukcióim alapján az interjúnál segédkező személy egyedül vette fel. Mivel ez egy nagyon kényes és bizalmas téma a kérdező minden esetben megpróbált alkalmazkodni a válaszadók személyiségéhez, szemérmességéhez.

A vizsgálatban résztvevő személyek nagyobb része maradt már kettesben lányokkal. Arra, hogy mi történik ilyenkor, a következő válaszokat adták: „Kimegyünk sétálni, sörözni.”, „Elmondja hogy szeret, vagy nem, meg ilyeneket.”, „Hát, csak beszélgetni.”, „Ketten vagyunk, nagyon szeretem őtet, ő is nagyon szeret engem.”, „Megsimogatjuk egymást, beszélgetünk, szoktunk vidámak lenni.”, „Rám néz, mosolyog, olyan jó.”.

A két vizsgálati csoportból feltételezhetően öt személynek volt már testi kapcsolata, közülük egy fő volt családban élő. Míg az otthonban élők a tartós partnerükkel létesítettek ilyen kapcsolatot, és náluk így harmonikus szexuális

életről beszélhetünk, a családban élő egy főnek csak alkalmi kapcsolata volt utcalányokkal. Válaszadók közül hárman gumióvszert használnak, egy személy esetében a lány spirállal védekezik, egy személy pedig elmondása szerint nem használ semmilyen védekezési módszert. Tartós párkapcsolatban élőknel az intim együttlétek rendszeresek. Az otthonban lehetőséget biztosítanak arra, hogy kettesben maradjanak.

5. témakör: Munka, szabadidő

A témakör az élet két olyan meghatározó részével foglalkozik, melyeket különböző tevékenységi formák jellemeznek. Ezért ezt a témakört két részre bontva vizsgáltam: a., Elfoglaltság, b., A szabadidő eltöltése.

Elfoglaltság

A két vizsgálati csoportból összesen 12 személynek van munkája. Többen dolgoznak szociális foglalkoztatóban, az otthonban élők közül pedig sokan végeznek bedolgozásokat. Mindkét vizsgálati csoport tagjai szeretik a munkájukat, sőt a legtöbben úgy gondolják, bármilyen munkát elvégeznének, csak dolgozhassanak.

A pénz minden vizsgálati személy számára nagyon fontos, bár válaszaikból az is kiderült, hogy csak igen kis százalék van tisztában a valódi értékével.

Szabadidő eltöltése

A két vizsgálati csoportban a válaszadók összesen 11 féle szabadidő eltöltési módot neveztek meg, ezek közül a leggyakoribbak a „*magnózik*”, „*tévé nézek*”, és a „*sétálok*” volt. Családban élők csoportjából a sportot senki nem tartotta kedvenc időtöltésének. Az otthonban élők között is csak egy olyan személy volt, aki szívesen tölti testedzéssel az idejét.

A válaszadók többsége szokott járni kirándulni és nyaralni is. Ezek mindkét vizsgálati csoportban elsősorban az intézmények által szervezett programok. A nyaralások tekintetében azt tapasztaltam, hogy az intézményekben dolgozók többféle lehetőséget is igyekeznek biztosítani a hozzájuk járó, illetve a náluk lakó személyek számára. Az otthonban élők között voltak olyanok is, akik sportteljesítményük miatt külföldre is eljutottak.

6. témakör: A jövő lehetőségei

Ebben a témakörben azt szerettem volna vizsgálni, hogy a két vizsgálati csoport tagjai milyen lehetőséget látnak az életük további alakítására. Szeretnének-e változtatni valamin, illetve hogy mennyire elégedettek a mostani életükkel.

Beszélgető partnereim közül összesen heten mondták azt, hogy van valamilyen tervük a jövőjükkel kapcsolatban. Ami szembetűnő a válaszokban, az a szociális otthonban élők erős elvágyódása az intézményből, ez igaz arra a két személyre is, akik családotthonos elhelyezési formában élnek. Mi állhat ennek a háttérében? A körülmények biztosan nem, hiszen mind a két intézmény igyekszik a lehető legjobb helyzetet biztosítani az ott élők számára. Én azt gondolom, hogy mindenekelőtt az intézményeken belüli élet speciális helyzetet teremt az ott lakók számára. Nincs szabad tere a döntéseknek, de a legmeghatározóbb talán ezeknek az embereknek az életében a bizonytalanság, az „*otthonatlanság*” (Geiger 1989) motívuma. Fontos lenne számukra az önállóság, a biztonság és egy olyan életforma, melyben nagyobb teret kaphatnának döntéseik, valamint az, hogy a helyet, ahol élnek kicsit magukénak érezhessék. A családban élők talán éppen azért nem érzik olyan égetőnek ezt a problémát, mert biztonságban érzik magukat és olyan léttérben élnek, melyet tulajdonuknak érezhetnek. Az otthonban élők 80%-a szeretne megházasodni, illetve barátnőjével együtt élni. A családban élőknel pedig a vizsgálati csoport 40%-a foglalkozik ilyen tervekkel. Ami érthető is, hiszen az emberek többsége általában akkor tervez ilyen dolgokat, ha már kialakult, biztos kapcsolatokkal rendelkezik. Az otthonban élők nagy százaléka szeretne önállóan élni, a családban élők válaszaiban a szülőkhöz és a családhoz való erős ragaszkodás nyilvánult meg. A megkérdezettek közül a legtöbben úgy érzik, semmit sem tudnak tenni a terveik megvalósításáért.

A családban élők minden tagja elégedett az életével, azonban a válaszokat ha jól megnézzük, nem tükrözik egyértelmű elégedettséget, ami belőlük sugárzik az sokkal inkább a beletörődés, helyzetük elfogadása. Egy ilyen szemléletben pedig az élet mindennapi örömei erőteljesebben érvényesülnek.

A szociális otthonban élők csoportjának 50%-a elégedett az életével, indoklásaik a családban élőkéhez hasonlóak. A csoport másik fele nincs igazán megelégedve az életével. A legtöbben szeretnék elhagyni az otthont és a párjukkal élni.

Összehasonlítás egy nőknél végzett hasonló vizsgálattal

Ezt a vizsgálatot 1989-ben Geiger Mónika készítette, a csobánkai Kraxner Alajos Speciális Foglalkoztató Intézetben, húsz értelmi akadályozottsággal élő nővel.

Alapvető és jól megragadható különbséget a nők és a férfiak csoportja a nemekről alkotott ismeretekben mutatott. Két nem közötti különbséget a férfiak vizsgálati csoportjával szemben a nők jól meg tudták ragadni. A külső és a belső tulajdonságokban is jól látták a különbségeket, a leggyakoribb női tulajdonság az érzékenység és a kedvesség volt. A fogamzásgátlás kérdésében

a női vizsgálati csoport egyértelműen tájékozottabb volt, mint a férfiak. Tisztában voltak vele, hogy miért kell a fogamzásgátló tablettát használni, sőt sokan meg is tudtak nevezni néhányat. A legtöbben azt is tudták, mi történik abban az esetben, ha valaki terhes lesz. Arra, hogy miért van a férfiak és a nők csoportja között a nemekről való tájékozottságban ilyen nagy különbség, szerintem kézenfekvő a magyarázat. A nők már csak a bennük zajló biológiai változások megélése miatt is több információhoz jutnak saját testükkel kapcsolatban, mint a férfiak. Másrészt a nőknél az intézménynek is érdeke a szélesebb körű felvilágosítás.

A férfi és a női szerepeket vizsgálva a két csoport válaszai tulajdonképpen kiegészítik egymást, és így együttesen a konvencionális női és férfi szerepeket jelentik meg. A nők vizsgálati csoportjában 75%-nak van tartós párkapcsolata. A férfiak csoportjában ez csak 45%, a családban élők mindössze 10%-ának, míg az otthonban élőknek - a nőkéhez hasonlóan - 80%-ban van ilyen kapcsolata. A találkozási gyakoriság a két vizsgálati csoportban hasonló, mindennapos, hiszen a párok többsége egy intézményben él, illetve egy munkahelyen dolgozik. A válaszadók többsége mindkét csoportból jelenlegi kapcsolatát életreszólónak érzi. A szexuális kapcsolatnál a nők sokkal nyíltabban és többet beszéltek a témáról. A férfiak nagyon gyorsan zavarba jöttek, és igyekeztek néhány félmondatral túlesni az egészen. A védekezési módszerek tekintetében a nők elsősorban fogamzásgátló tablettát használnak, a férfiak pedig az esetek többségében gumióvszert. Az együttlétek mindkét vizsgálati csoport tagjainál többségében rendszeresek.

A nők is a férfiakhoz hasonló munkákat végeznek, bedolgozásokat, konyhai munkákat, illetve takarítást. Munkájukat mindkét vizsgálati csoport tagjai nagyon szeretik, a válaszadók közül sokan úgy érzik, ha lenne lehetőségük a választásra, akkor is hasonló munkákat végeznének. Mindkét vizsgálati csoportról elmondható, hogy tagjai nincsenek igazából tisztában a pénz értékével, nem nagyon tudják felmérni, mi lenne az az összeg, amiből a világban önállóan tudnának boldogulni.

Az otthonban élőknel a nők és a férfiak csoportjának többségére az intézményből való elvágyódás volt a jellemző, annak ellenére, hogy ezen személyek nagy része elégedettnek és boldognak érzi magát.

Megállapítások és következtetések, a vizsgálat eredményei

A vizsgálat kapcsán rengeteg olyan információhoz jutottam, amelyek segítségével az értelmi akadályozottsággal élő férfiakról alkotott kép kiegészülhet. A dolgozat eredményeinek nagy részét az egyes témaköröknél igyekeztem összefoglalni. Ezen megállapítások közül most azokat szeretném kiemelni,

amelyeket különösen fontosnak érzek, illetve amelyek a dolgozat előzetes feltételezéseit alátámasztják.

1. Az értelmi akadályozottsággal élő férfiakra elmondható, hogy felnőttnek érzik magukat, cselekedeteikben önállóságra, elismerésre törekcszenek.
2. A férfi szerepeket a legtöbb esetben felnőttként közelítik meg, sokan vágnak családra, azonban a gyermeknevelésre csak a kisebbség érzi alkalmasnak magát.
3. A partnerkapcsolatok terén a két vizsgálati csoport jelentős különbségeket mutat, aminek a háttérben minden bizonnyal az eltérő szociális közeg áll, hiszen képességeiket és életkorukat tekintve mindkét vizsgálati csoport tagjai hasonlóak voltak.
4. A szociális otthonban élők szexualitáshoz való viszonyára az érettség jellemző, kialakult kapcsolataik rendszeresek és harmonikusak. A családban élők csoportjánál ezzel szemben sokkal inkább a gyerekes viselkedési formák jellemzőek, rendszeres, harmonikus szexuális kapcsolatot pedig egyetlen esetben sem találtam.
5. A nemekről való tájékozottság tekintetében alapvető hiányosságot mutat a megkérdezettek többsége. Azonban ez az informálatlanság nem írható egyértelműen a fogyatékoságuk számlájára, hiszen hasonló képességű nők esetében ez a tájékozottság messze jobb volt, mint a férfiak csoportjában. Ez feltételezhetően annak a következménye, hogy nők esetében nagyobb a tét, ezért szélesebb körű felvilágosítást kapnak, de nem hagyható figyelmen kívül az a tény sem, hogy a nőknek több lehetőségük van a személyes tapasztalatszerzésre.
6. Az értelmileg akadályozott férfiak csoportjának nagy részénél jellemző – a nőkéhez hasonlóan – a „jövőkép kettőssége” (Geiger 1989). Többségükben önállóságra vágnak, azonban nem rendelkeznek olyan tervekkel, a világról olyan reális információkkal, melyek segítségével ezen törekvésük kivitelezhetővé válhatna. A családban élők csoportjában nem érvényesül ennyire élesen az önállóságra való törekvés.

A dolgozathoz felhasznált interjúk csak töredékes vallomásoknak tekinthetőek. Rengeteg olyan terület maradt, aminek feltérképezésére egyetlen ilyen vizsgálat nem ad lehetőséget. Azonban bízom abban, hogy munkám olyan szellemiséget tükröz, amely elolvasva a dolgozatot másokat is hasonló munkára sarkall.

Irodalom

GEIGER MÓNKA (1989) *Mi is nők vagyunk*. In: Szociális Munka, 10. évf. 3.sz. p. 169-180.

KÖSZÖNTÉS

A Magyar Kultúra Napján, 2003-ban

Kiemelkedő oktató-nevelő-kutató tevékenységük elismeréseként az alábbi gyógypedagógusok vettek át kitüntetést Magyar Bálint oktatási minisztertől a Néprajzi Múzeumban rendezett ünnepségen:

„Éltes Mátyás-díj”-at

Babai László, a kőszegi Dr. Nagy László Gyógypedagógiai Intézmény igazgató-helyettese,

Béber Anna, a bakonyszombathelyi Általános Iskola és Napköziotthonos Óvoda gyógypedagógusa,

Csabay Katalin, a Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központ igazgatója,

Dr. Dóráné Kürthy Julianna, a mohácsi Általános Iskola, Szakiskola, Kollégium, Gyermekotthon bentlakásos intézményegység vezetője, igazgató-helyettes,

Tölgyesi Lajosné, a Somogy Megyei Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság vizsgálatvezető gyógypedagógusa,

„Kiss Árpád-díj”-at

Metzger Balázs, a Fővárosi 3. számú Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság igazgatója

„Szent-Györgyi Albert-díj”-at

Dr. Csányi Yvonne, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Hallássérültek Pedagógiája Tanszékének tanszékvezető főiskolai tanára

Valamennyiüknek szívből gratulálunk!

Főszerkesztő

„Ha a halál árnyékának völgyében járok is...”

Daganatos betegségek gyermek- és serdülőkorban

A rehabilitáció lehetőségei

Az iskola mint rehabilitációs közeg

BAJUSZ CSABA

(Közlésre érkezett: 2002. március 16.)

Témaválasztás indoklása

Tanulmányom célja egyrészt csökkenteni a negatív előítéleteket a daganatos betegségekkel szemben, másfelől támogatni szeretném a leendő és már gyakorló pedagógusokat abban, hogy miként cselekedjenek, ha tanítványaik vagy környezetükben élők közül valaki belekerül a „halál árnyékának völgyébe”. A tanulmány hosszabb változata a XXV. Országos Tudományos Diákköri Konferencia Pedagógia Szekciójának Gyógypedagógia – Speciális Pedagógia tagozatán I. helyezést ért el 2001.04.10-én.

A magyarázat arra, hogy ilyen témát kívánok feldolgozni, egyszerű. 14 évvel ezelőtt én is megjártam a „halál árnyékának völgyét”. Ahhoz, hogy ezt az időszakot mégis pozitív élményként fogom fel, és nem kívánom a feledés homályába meríteni, kellett egy olyan közeg, melyet a Daganatos Betegek Rehabilitációs Lelki Otthona nyújtott, és nyújt ma is mindazoknak – gyermekeknek és felnőtteknek egyaránt –, akik átestek ezen a szörnyű betegségen.

A gyermekkorban előforduló daganatos betegségek

Hazánkban ma évente 250-300 új daganatos betegséget diagnosztizálnak az 1-14 éves korosztályú rétegben.

A malignus (rosszindulatú daganatos) betegségeket két csoportba sorolhatjuk:

- a) vérképzőszervi megbetegedések
 - leukaemia
 - lymphoma (Hodgkin, Non-Hodgkin)

- b) szolid tumorok
- csontrendszeri daganatok
 - lágyrész-sarcomák
 - az izomzat daganatai (rhabdomyosarcoma)
 - az idegpályák daganatai (neuroblastoma)
 - központi idegrendszeri tumorok (agydaganatok)
 - retinoblastoma (látópálya malignusos elváltozása)
 - Wilms-tumor (a vese veleszületett daganata)

A daganatos betegség mint testi-lelki válság

Testi válság

A betegség hosszan tartó, folyamatjellegű. Legalább 5 évnek kell eltelnie a gyógyszeres kezelés után ahhoz, hogy véglegesen gyógyultnak nyilvánítsa az intézmény a beteget. A diagnózis közlésétől számított első év a legnehezebb. Kezelések, kontrollok, beavatkozások „sorozatává” válik az élet.

Lelki válság – a betegnél

A testi válság velejárója, hogy a beteg lelkileg is sérül. A szociális szerep megváltozása, az énkép válsága, a kialakult, elvárt testnorma és az új, a betegséggel járó testi változások lelkileg nagyon megviselik a beteget. Tapasztalatok szerint a legnagyobb probléma a hajhullással, valamint az esetleges végtag-amputációval jár. Tudatosítani kell, hogy a jelentkező negatívumok a gyógyuláshoz tartoznak, amely sokkal fontosabb, mint egy hosszú haj vagy egy végtag. A hosszas kórházi benntartózkodással járó elszigeteltség, bezártság-érzés és az ezzel párhuzamosan fellépő hospitalizáció további gondokat szül.

A lelki egyensúly felborulásához vezethetnek a kórházi személyzet, illetve a környezet felől érkező nem őszinte jelzések. Fontos, hogy a gyermeket partnernek tekintsék, felnőttként viselkedhet, így sokkal együttműködőbb lesz, amely a gyógyulás alapvető szükséglete.

Lelki válság – a családban

A beteg válsága azonban kihat a család többi tagjára is. A szülő számára a gyermek a saját lét átmentése a jövőbe, az élet folytonosságának biztosítója, az ember „teremtőképességének” szimbóluma. Halálos veszélybe jutása a legsúlyosabb krízis.

Ez a veszély magát a családot is veszélybe sodorja. Míg az egyik szülő a beteg mellett van, addig a másik szülőre dupla teher hárul. A beteg mellett mindig háttérbe szorulnak az egészséges testvérek, akik gyakran tanulási prob-

lémákkal, pszichoszomatikus tünetekkel igyekeznek felhívni magukra a figyelmet. Szükség van tehát olyan, az orvosi kezelést, gyógyulást kiegészítő eljárásokra, melyek enyhítik a beteg és a család lelki megrázkódtatásait, elősegítve ezzel a testi gyógyulást.

A rehabilitáció lehetőségei

A kórházon belül alkalmazott rehabilitációs módszereknek már több mint két évtizedes hagyománya van. A gyermekkórházak nyitottakká váltak, a napi látogatás, illetve malignus betegeket ápoló osztályokon az anyák folyamatos jelenléte jelentősen kivédi a hospitalizációs ártalmakat. A budapesti Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Gyermekklinikáján, a hazai Gyermekonkológiai- és Tumor-Leukémiás Hálózat központjában, Dr. Polcz Elaine és Dr. Bakos-Tóth Márta pszichológusok, valamint Harsányi Zsuzsa tanárnő voltak a módszer kidolgozói és elindítói. A Polcz Elaine által bevezetett játék- és foglalkozásterápiát Dr. Bakos-Tóth Márta művészbártaival segítségével kiegészítette művészeti terápiával, Harsányi Zsuzsa tanárnővel közösen pedig bevezette a kórházi oktatás sajátos, betegekhez adaptált formáit. Társadalmi munkák, adományok révén – egy teraszrész beépítésével – játszó-oktatószobát szervezett a komplex foglalkozásterápia megvalósítása érdekében. A játszóház lehetővé tette a tér különböző variációit (gyógytorna, oktatás, audiovizuális eszközök segítségével a játszószobai színjátás „alkotásainak” közvetítése a kórtermekbe azokhoz, akik állapotuk miatt nem mehettek ki). Önkéntesek munkájában megindult az ún. ágyszínház-mozgalom, melynek célja, hogy a gyermeket kiléptetik a beteg szerepből. Minden kórházi foglalkozás azonban közös célért jön létre. Azáltal, hogy a gyermeket foglalkoztatják, igyekeznek csökkenteni a betegségtudatot, figyelmét elirányítják problémájáról. Pozitív érzelmek (aktivitás, kreativitás, sikerélmények) táplálásával küzdelemre készítik, erősítik a gyógyulásba vetett hitet.

A kórtermi oktatás célja ezek mellett az, hogy ezzel elkerülhetik az évismétlést, a már korábban kialakult szociális kapcsolatok így nem szakadnak meg. Szinten tartva a teljesítményszintet és a szabálytudatot, elkerülhetőek későbbi szociális problémák. Sikerélmények nyújtásával a pozitív én-kép kialakulásának elősegítője lehet. Az ismeretszerzés életkorához igazodó folyamatából nem esik ki. 8-10 éves korra lezajlik a családi identifikáció, a kötődési szükségletet felváltja a kompetencia-késztetés, a tanulás örömeért tanul. A szülői túlféltésből eredő regressziót (alacsonyabb személyiségnívó) ellensúlyozza. Az utóbbi 10 évben az oktatásban végbement változások (új tankönyvek megjelenése, átalakult-eltérő tantervek) egyre nehezebbé teszik a kórházban dolgozó pedagógusok munkáját. Az anyagi problémák miatt az

iskolák sokkal kevésbé készek az együttműködésre, mint 10 évvel ezelőtt. A tanulást nehezíthetik egyéb tényezők is, mint pl. a gyermek állapota, kevés idő, kezelések közötti szünetekben hazatávozás. Ilyenkor segíthet az iskola.

A bakonyszücsi Daganatos Betegek Rehabilitációs Lelki Otthona

Hazánkban jelenleg egyetlen olyan intézmény működik, amely a daganatos betegeknek nyújt kórházon kívüli rehabilitációs segítséget. Az Otthon 1989. július 14-én nyitotta meg kapuit.

Az Otthon lehetőségei egyszerre 30-35 fő tartózkodását biztosítják, a plébánia épületben található 3 szoba, az 1999 nyarán elkészült melléképület szobája, valamint egy 1997-ben vásárolt és átalakított családi ház helyiségeiben, mely az Otthontól 2 percre található. Két utóbbi épületben elsősorban kisgyermekes családok, a csoportot kísérő orvosok, nővérek, valamint esetlegesen meghívott vendégek (művészek, előadók) elszállásolására nyílik lehetőség.

Az említett 30-35 fő közül az érintettek száma az esetek nagyobb részében 20-25 fő, a többiek egészséges testvérek, családtagok vagy serdülőknél a beteg barátja (barátnője), valamint önkéntes segítőként jelentkező ifjak.

A csoportok nyáron hosszabb ideig (1-2 hétig), tanítási időszakban havonta 2-3 alkalommal hosszított hétvégeken (csütörtök- vasárnap) tartózkodnak Bakonyszücsön. Többségük a budapesti klinika gondozottja, de a nyári időszakban a többi gyermek-onkológiai centrum (Miskolc, Debrecen, Szombathely, Szeged, budapesti Bethesda Gyermekkórház, Madarász utcai Gyermek-kórház) gondozottjainak is szerveznek helyileg tábor, amelynek szintén Bakonyszücs ad otthont. Ezen kívül fogadják a felnőtt daganatklubok gondozottjait is, elsősorban ősszel, amikor a fiatalok egyéb elfoglaltságok miatt (iskola, munka) nem tudnak sűrűbben lejárni.

Az Otthon szakmai célkitűzései, az ott alkalmazott rehabilitációs módszerek

Célkitűzések

- A meghívottak aktuális csoportjaiban egyenként és csoporthatások révén oldani a betegségtudatot, háttérbe szorítani a „beteg-szerepet”.
- Csökkenti az izolációs élményeket, szociálisan megerősíteni a kompetencia-késztetést, aktivitást, megmutatkozást.
- Az együttlét, társas kapcsolatok pozitívumait biztosítani közös élmények, tevékenységi formák háttérében.

- A saját test elfogadását elősegíteni, nemi szerepeknek megfelelő siker-élményeket biztosítani, ezáltal a súlyos betegség miatt frusztrált én-képet megerősíteni.
- A probléma-megoldási készséget intellektuális kompenzációval ébren tartani. Pályamódosítást (pályaválasztást) tanácsadással, támogató eljárásokkal szolgálni.
- A napi kis örömök hangsúlyozásával az életigenlést segíteni. Közelel, elérhető örömelemények (ünnepek, kirándulások, vetélkedők) segítségével a közelebbi célok preferenciáját képviselni. Elérhető – rövid távlatokra – újabb közös célokat kitűzni, ezzel – a bizonytalan jövőképet konkrét eseményekkel tagolva – reményt nyújtani.
- Az anyai, szülői szorongás enyhítése; szülők, testvérek meghívásával egyéni és csoportos családterápia révén a családok kohézióját megerősíteni.
- Lelki értékek cselekvésekben realizálódó jutalmazásával az empátiás készséget megerősíteni, a testi mínuszokat kompenzáló személyiségvonások kialakulását elősegíteni.
- Művészeti terápiával a katarzis-készséget megerősíteni (irodalom, zene, stb.)
- Pozitív érzelmi hatások révén a testi gyógyulást pozitívan befolyásolni.
- Egészséges gyermekek, ifjak meghívásával a beteg – egészséges közötti távolságot csökkenteni.

Az Otthonban alkalmazott pszichoterápiás módszerek

Legfontosabb „módszer” az Otthonban kialakított családi légkör, valamint a csoportok összeválogatása. Az Otthon szándékosan a nagycsaládos együttlélthez szükséges magatartási mintákat képviseli. Maguk a szolgálattevő személyek (lelkész, pszichológus, kiképezett önkéntesek) arra adnak ösztönzést, hogy a meghívottak egy nagycsaládhoz hasonló, a saját szűkebb otthon kiegészítő közegben érezzék magukat. Minden új csoporttagot kis „ceremóniával” fogadnak. Tiszteletére ünnepi ebédet (vacsorát) készítenek. A szolgálattevő személyek anyai, ill. apai attitűddel fogadják az érkezőket. Státuszszimbólumaik „levetkőzése” önmagában szokatlan, meghökkentő, s rövid idő után bizalmat kelt. A kliens-központú, betegre centráló, szerető, elfogadó, felbátorító magatartás az érintetteket előbb-utóbb arra ösztönzi, hogy ők maguk is levetkőzzék azokat a magatartási formákat, melyek egy intézmény jellegű szervezetben óhatatlanul fellépnek. Vagyis: a kliens igyekszik – akaratlanul is – manipulálni viselkedését.

Az Otthon valóságos életszínterekhez hasonló közegében a gondozottak spontán, aktuális lelkiállapotaikat híven tükröző viselkedési módjai már

empirikus szinten – semmi máshoz nem hasonlítható – diagnosztikai bázist jelentenek. Minden magatartásbeli, ill. szóbeli meggyőzésnél nagyobb hatásfokú a hosszan túlélő, gyógyult és az új beteg személyes találkozása, közös élményanyaga.

Ezért egyik legfontosabb módszerük olyan – életkori szempontból is – referenciacsoportok összehívása, melyekben mindig jelen vannak – betegségtípusok szerint – olyan személyek, akik gyógyultnak számítanak. Mivel gondozottjaik többször visszatérnek, így a pozitív hatásokat ismétlik. Klienseik köre így életkoronként fokozatosan bővül; a „törzstagok” segítik a mindig újak beilleszkedését, majd a kialakult baráti kapcsolatok, közös célok szerint kisebb csoportokra átalakulva jönnek vissza. Törekvéseik között szerepel, hogy az itt kialakított kapcsolatok a gondozottak valós életszínterére is átkerüljenek, ezért az Otthonban megszilárdult társas kapcsolatok megerősítésére újabb meghívásokkal is törekcszenek.

Mivel minden kezdettől fogva így volt, fokozatosan kialakult szülők, testvérek, egészséges „pártoló tagok”, fiatalok köréből egy stabil önkéntes „gárda”.

Pszichoterápiás módszereik között kiemelt helyen említendő a gesztusok, promotív kommunikációs formák – látszólag spontán, de nagyon is tudatos – alkalmazása. Olyan spirituális, testieken túlmutató értékeket jutalmaznak, s viselkedésükkel képviselnek, melyek megítélésük szerint egyedül képesek a súlyos betegség által okozott személyiség-torzulásokat nemcsak kompenzálni, hanem az érintetteket magasabb empátiás nívóra emelni, katarzishoz juttatni. Igyekeznek új, napjainkban elhanyagolt lelki értékeket képviselni, azokra ösztönözni. Mindezt a referenciacsoporttal való együttes élmények háttérén igyekeznek megvalósítani otthonos körülmények között, empátiás közegben, ahol:

- a jelzésváltozáshoz (dekódoláshoz) szükséges közös kód a másik megértése – verbális vagy gesztusbeli kifejezőeszközökkel – az elszenvedett betegség miatt adott.
- érintettségük révén a személyek képesek beleélni magukat társaik helyzetébe annál is inkább, mert erre tudatosan szervezett viselkedési mintát igyekeznek nyújtani a szolgáltató személyek.
- az ott kommunikáló betegek képesek felidézni a másik fél érzelmeit és feszültségeit, hiszen maguk is átérték azokat.

E kommunikációk révén maguk a meghívottak is akaratlanul megerősödnék empátiás képességükben, hiszen a közeg befolyásoló módokon ezt is fokozni kívánja. Az érintettek egymás lelki megnyilvánulásainak dekódolásával verbális és nonverbális módokon vigaszt nyújtanak a másiknak, a „közös sors”,

közös megrázó és ezért katartikus élményekre való ráérzéssel vagy tudatos meggyőzéssel. A gyógyultak pusztja jelenléte szintén befolyásoló módon terápiás értékű. Fokozza a most kezelés alatt állókban a reményt akkor is, ha az orvosi közlés erre nem bátorít. Élményszinten lehet együtt olyan sorstársakkal, akik kijutottak a félelmetes „alagútból”. A csoport összetételének megválasztásánál nagyon fontos, hogy minden korosztályú csoport esetében legyenek olyan személyek, akik:

- vagy – mint hosszan túlélők – jelenlétükkel befolyásoló módon vigaszt nyújtanak,
- vagy olyan jól szocializált, közösségben aktív, nagy empátiás képességű emberek, akik – mint csoporttárs – pozitív, a betegségtudatot oldó mintául szolgálnak.

Módszereik között fontosnak tartják a társadalmilag napjainkban elhanyagolt értékrendek kialakítását gondozottaik személyiségében. (pl. Ma nem általános az „olvasottság” – mint műveltséget jelentő bázis – „jutalmazása”. Így a felnövekvő nemzedék „alpműveltségét” jórészt a televíziózás révén szerzi meg. Az Otthonban igyekeznek „visszaépíteni” az olvasás szeretetét, amely testileg mínuszokkal sújtott gondozottjaik számára intellektuális kompenzálás és – a sok esetben gyógyító – fantáziatevékenység egyik legfontosabb eszköze. Ugyancsak hangsúlyosan tartják meg a falu, a nemzet, stb. ünnepeit.)

Az Otthonban alkalmazott módszerek a kliens aktuális identitás fejlődését, lelki – érzelmi fejlesztését kívánják elősegíteni – igen gyakran konzervatívnak számító értékek képviselésével. Arra törekszenek, hogy a betegek érzelmgazdag lelki tulajdonságokkal tudjanak „föléemelkedni” testi állapotaiknak. A malignus betegséggel járó rossz közérzet, a műtéti trauma állandó frusztrációt okoz. Fájdalmas beavatkozások sorozatát kell eltűrnie a betegnek. A mozgásmegvonás és az infúziók következtében kóros soványság, átmeneti kopaszság, a szteroidoktól a soványság mellett puffadt arc jelentkezik – mindez az énkép sérülésének következményével. Állandó frusztráció, szorongás, halálfélelem jellemzi a betegeket. A súlyos negatívumokhoz társított pozitív élmények (játék, tanulás, alkotás, sikerélmény) enyhítik, de nem szüntetik meg a „negatív oldalt”.

Bakonyszücsön a „pozitív oldal” erősítésére törekszenek. A kb. 500 lelket számláló, sok szempontból elmaradott és zárt közösségben létrehozott „intézmény” olyan varázssal bír, ahova mindenki vissza akar menni, s amelyet szinte kivétel nélkül magukénak érznek a betegek és hozzátartozók. A falu puritán, áttekinthető, vendég-tisztelő (kisközség-intimitás). Az Otthon épülete kortalan, meghitt, ódonágában modern. Az a tény, hogy az Otthon megkapta a plébánia-épületet, és méretei miatt egyszerűen csak 30-35 fő számára tud

terápiás közeget biztosítani – óhatatlanul egy otthonos, nagycsoportos (a régi nagycsaládos összejövetelekhez hasonló) közeget teremtett.

A családokban a valódi kommunikációk helyét korunkban igen gyakran átveszi a tömegkommunikáció. Meglepő és örvendetes tapasztalat, hogy mind a gyermek, mind a felnőtt betegek inkább az egymással való kommunikációt választják Bakonyszücsön, életkori sajátosságaiknak megfelelően. Nem lehet nem tudomásul venni azt a felfokozott érzelmi igényt, amely a betegekben működik az Én elfogadtatásának érdekében ők maguk fogalmazzák meg – és még felnőttek is megható módon rivalizálnak ezért – , hogy az aktuálisan összehívott „nagy családban” fontos szerepet szeretnének betölteni. Épp ezért eleinte megdöbbentő, majd később sok, felismeréshez vezető tényként könyvelhető el, hogy a személyzet hiánya a valódi otthonokban kialakult munkamegosztáshoz s egyúttal érzelmi hierarchiához vezet. Szinte minden csoportban kialakul a „házias”, a „szórakoztató”, a „szervező”, a „meghallgató és lelkileg segítséget nyújtó”, az „anyáskodó”, a „túlérzékeny s ezért megnyerendő”, stb. szereposztás, amelyek mögött mindenképpen a felszabaduló önérvényesítési tendenciák vannak

Legfőbb tanulság, hogy az emberek – életmódtól függetlenül – feloldódnak az egyszerű – mondhatni primitív – körülmények között, sőt igénylik a köznapiságot. Úgy tűnik, információkkal agyonzsúfolt korokban az ember – s különösen a beteg ember – olyan dolgokat részesít előnyben, amelyek egyszerűek, áttekinthetőek, amelyek között a megnyilatkozás, kitárulkozás is egyszerűbb. A betegek áldozatvállalási készségére az attitűdkutatások alábbi megállapításai érvényesek: A kirívó traumatikus élmények fogékonyra teszik-e az egyént arra, hogy attitűdjét – azaz viselkedésének szerveződését – megváltoztassa. A rákos megbetegedés olyan testi - lelki trauma, amely köré a környezet megszervezi a maga szerető, féltő, a beteget óhatatlanul regresszióra felszólító attitűdjét s spontán „az orvosi figurát”, azaz a mindenkori orvosi közléstől függő, esetleges, bármikor rosszabbodható, bármikor elveszithető értéket látja benne. Maga a beteg szintén kialakítja saját „attitűdjét”, mely szerint önmagát szintén esetlegesnek ítéli meg, elsősorban addigi folytonosságát s ezzel biztonságát veszítvén el. Olyan környezetben, ahol nem elsősorban a „beteget”, hanem a vendéget, sőt egy nagycsalád tagját látják benne, s a közösségért hozott vagy meghozandó áldozat, segítőkészség, empátia, kapcsolatteremtő képesség szerint kapja a szociális megerősítést, eltűnik az „orvosi figura”, s az itt bizonyított értékes személyiségvonások kerülnek előtérbe. Ha ez a környezet még kénytelen szabadkozni is, hogy nincsen teljes komfort, hogy az ő tevékenységére is szükség van – mondjuk egy ünnepi vacsora érdekében –, akkor könnyebben kialakul az attitűdvállaláshoz szük-

séges másik tényező: az azonos vagy hasonló státusz. Azonos helyzetűvé válunk, mert a háziaknak, azaz az ott szolgálatot teljesítő lelkészeknek, pszichológusnak „presztizs-kérdés”, hogy segítészándékukat, szeretetüket a meghívottak érezzék, ugyanakkor nem tudnak optimális kényelmet nyújtani. A vendégek érzik, hogy saját minőségükben, alkalmazkodóképességükben, emberi tulajdonságaikban fontosak, mint szociális tényezők „méretnek meg”, s mellékes tényezőként háttérbe szoríthatják aényt: valamikor a közeli vagy távoli múltban daganatos betegnek nyilvánították őket.

A Daganatos Betegek Rehabilitációs Lelki Otthona egy használaton kívül helyezett egyházi épületben működik, a „rejtett dimenziók” jelentősége révén nem hívő emberek számára is van egy – a keresztyényi körhöz, erkölcsiséghez kötődő – történetisége és főképpen szimbolikája. Hogy az egy-két évszázadig két „paplaknak” megszokott házban és térben néha „látványosan” beteg gyermekek, fiatalok tanulnak meg újra örülni, „kilépni” saját mínuszaik külső-belső aurájából, az mindenképpen modell az Egyház emberszolgáló és nálunk évtizedekig izolált funkciójáról is.

A gyermek- és adolescens korúak olyan életüket kitágító, szabadabb, betegségdatot oldó pótotthonnak élük meg, ahol elsődleges érzelmi motiváltságuk a kortársakkal való együttlétnek szól. Életükből a betegség miatt az ilyen fajta társas együttlétek jórészt kimaradtak, s szinte „kiéhezve” vetik rá magukat azokra az élményekre, amelyek kívülről nézve igencsak szegények, számukra ugyanakkor nagyon fontosak. (Együttes játék, kirándulás, fürdés, egy-egy ünnep megrendezése, pl. valakinek a születés- vagy névnapján, a falu búcsúja, bálban való /felügyelet melletti/ részvétel, a környék nevezetességeinek meglekintése, stb.)

Örömteli tapasztalat, hogy az eldugott kis faluban, ahol még a beszerzés is nehézkes, a gyermekek mégsem unatkoznak, mert számukra a közös szobában való esti beszélgetés, maga az együttlét a fontos, – még esős napokon sem érzik magukat rosszul. Barátságok, serdülőkori szerelmek szövődnek.

A súlyosan szorongó szülők meghívásával és aktivizálásával lehetőség nyílik olyan családterápiás hatások elérésére, amelyek a reális életükhöz hasonló közegben felfokozódnak. Több család esetében tapasztalták, hogy a házastársi kapcsolatok zavarai oldódtak a többiekért végzett közös munka során. Az otthon „bejáratódott” hibás kommunikációk helyébe magasabb empátiás tartalmú kommunikációk léptek. Az „egy beteg gyermekért reszketek” élménye oldódik, s az itt segítő szülők képesek – a többiekért cselekedvén – egészségesebben viszonyulni a saját gyermekhez A Rehabilitációs Otthonban egymással találkozó szülők között a későbbiekre kiható barátságok szövődnek.

A gyermek – adolescens – csoportok „élvezik” a szoros szülői kontrolltól való megszabadulást. Tudjuk, hogy – különösen pubertáskorban – milyen nagy szerepe van a referenciacsoportoknak a személyiségfejlődésben. A betegek egészségesekekével közös csoportélményei nemcsak az izolációs hatásokat csökkentik, hanem „mintakövetésre” is befolyásolnak. Az úszómedence hozzásegíti az Otthon lakóit a saját test elfogadásához, sőt: a kis zárt falu előtti megmutakozáshoz (hiszen az Otthon kapuja nyitva áll). A „vendégvontatás” miatti megkülönböztetett figyelmességek szociális jellegű sikerélményekhez juttatják őket. (Csonkolt fiataljaik többször is jól érezték magukat a falu által rendezett bálban.)

Végső konklúzió tehát, hogy az orvoslás, a pszichológia kiléphet hagyományos keretei közül, megvalósíthat, életszerűvé tehet gyógyintézményben megfogalmazott elveket. Munkatárssá „avathat” betegeket a lelkerő megedzésével, az intellektuális erők mozgósításával. Ez esetben „szerepcsere” történik: a „beteg-figura” – mentálhigiénias téren – eltűnik, és az illető maga is „gyógyító” személyyé avatódik. Az alaklélektan (Gestalt) feltárta a „figura-háttér” észlelésének bonyolult viszonyait. A kettős tartalmú ábrák szemlélésénél többször csak az egyik alakot látjuk meg. Csak ha felhívják a figyelmünket, hogy a rajz még egy figurát tartalmaz, vagyunk képesek azt észlelni. A pszichoterápia (és rehabilitáció) célja pedig az, hogy önmagával és környezetével újra láttassa azt a fejlődés valamely állomásán lévő emberi személyiséget (figurát), aki volt, és aki betegsége ellenére maradhat, illetve akivé lehet. Éppen úgy, mint betegséggel nem sújtott embertársai. Mindehhez „csak” megfelelő közeget kell teremteni. A megfeleléshez pedig – a tapasztalatok szerint – szükséges az a szereteten, emberközelségben felépítő erkölcsiség, amelyet vagy politikai vagy társadalmi okokból évtizedek óta „tudománytalannak” minősítettek.

A teljesítmény-motiváció mint a pszichoterápia egyik legfontosabb aspektusa

A betegség – különösen, ha olyan félelmek, tabuk övezik, mint a daganatos elváltozásokat – minden életkorban regresszióval jár. Pszichológiai törvény, hogy amíg a primer szükségletek hatnak, addig a szekunder szükségletek háttérbe szorúlnak. A vérképzőszervi, ill. tumoros megbetegedések még napjainkban is halálközelséget jelentenek. A kemoterápia súlyos megterhelés a szervezet ép sejtjei számára, nem kívánatos mellékhatásai átmenetileg máj-, vese-, szív-működési zavarokat okozhatnak. A kezelések egyes fázisaiban a csontvelő működését mesterségesen leállítják a bevitt gyógyszerek, és amíg

újra ép sejteket nem képes termelni, nincs a szervezetnek ellenálló-képessége. Ebben az ún. cytopaeniás szakaszban a legkisebb fertőzés végzetes lehet, tehát a beteg néhány hétig szigorú izolációra szorul. Mindezek a negatív hatások a felnőtt, érett személyiséget is regresszióba sodorják, amikor kreativitása, cselekvésre ösztönző motivációs bázisa szinte teljesen leépül. A fejlődésben lévő személyiség különösen sérül, hiszen a szocializációs, önmegvalósítási folyamat valamely állomásán érik a nem mindennapos testi-lelki traumák. A kórházakban ~ foglalkozásterápia, oktatás, pedagógiai-, pszichológiai hatások sokat enyhíthetnek, de természetsszerűleg csak enyhítenek: a valódi „visszaépülés” színtere maga az élet. A világnak az a darabkája, amely a gyermek (fiatal) számára szignifikáns. Az, ahol betegsége előtt önmegvalósítása zajlott, ahol szociális szerepei már kialakultak, ahol egy számára „referencia-csoport” számon tartja, ahol önmagát sikeresnek élte meg.

A kórházban alkalmazott rehabilitáció, teljesítmény-motiváció a reszocializációs folyamatnak alapja ugyan, de csak első szakaszát képezi, hiszen ott primer szükséglet a testi panaszok enyhülése, a gyógyulás. Az aktivitás szorongáscsökkentő hatása. A társ(ak) szintén szorongásoldó hatással van(nak) az egyénre. (E két törvényszerűség képezi mindenfajta rehabilitáció alapját.) Mindenkinek van egy valódi és egy vágyott én-je. Amikor a valódi „én” súlyos elváltozásoknak van kitéve, szükséges egy olyan szociális mező, ahol a funkciók, testi problémák ellenére az egyén vágyott én-jét valósíthatja meg. A Rehabilitációs Otthon ezt a miliőt igyekszik megteremteni. Ott – bár sorstársak alkotják a csoportok zömét – a betegség, a megváltozott külső ellenében szerveződik a mindennapi élet.

Az a tény, hogy minden csoportban jelen vannak hosszan túlélők, illetve gyógyultak, önmagában terápiás, és ezen keresztül rehabilitációs értékű. Ők az elérhető, távolabbi, ám reményt keltő jövőt reprezentálják Szavakkal kimondott vigasztalás helyett erőteljes befolyásoló hatással bír minden megnyilatkozásuk. Személyük képezi a hitelességet és annak alapját, hogy érdemes játszani, örülni, holnapot tervezni, kapcsolatokat kötni, ennek a „családnak” fontos tagjává válni, hiszen íme: a betegség (bármilyen nehéz) mégiscsak átmenet, melyből van kivezető út.

Az Otthon sajátos közegében minden aktivitást jutalmaznak. Az a személy, aki (bármit) tesz a mindennapokért, hangsúlyos megerősítést kap nemcsak az Otthonban szolgálatot teljesítőktől, hanem ami még fontosabb, a csoporttársaktól. A csoporthatások rendkívül fontosak a teljesítmény motiváció szempontjából. Az életkori sajátosságoknak megfelelően – prepubertáskortól kezdve – egyre nagyobb hangsúlyt kap az ember életében az a szignifikáns

csoport, amelyben önmagát sikeresnek élheti meg, akik között fontos egy saját maga által vállalt, vagy ráosztott szerep szerint. A gyermekek és serdülők életében a betegség komoly izolációt jelent, amelyet csak egyenértékű kapcsolatok és ezek révén szerzett szociális sikerek ellensúlyozhatnak. Az Otthonban látszólag hétköznapi események zajlanak. Ezek tagolódnak kis ceremóniákkal, családias ünnepekkel úgy, hogy mindig legyen örömet, sikert okozó – elérhető, közeli, de követhető távolabbi perspektíva is. És ebben a közegben, ahol az egyén aktivitása, kedvessége, kezdeményező-képessége kap hangsúlyt, fokozatosan háttérbe szorul a „beteg” figurája. Önmagáért, személyiségéért, a többiekért vállalt szerepekért lesz népszerű, fontos, visszavárt családtag, barát vagy kamasz-szerelem tárgya.

A szó tágabb értelmében minden az önmegvalósítás, a pozitív én-kép érdekében történik. Az önmegvalósításhoz pedig csak teljesítmény motiváción keresztül vezet az út. Teljesítménynek számít, ha valaki először próbálja ki végtagprotézisével a kerékpározást, majd modellé válik ezen a téren is sorstársai számára. Pozitív teljesítmény, hogy vállalja az önmegmutatkozást, és levetkőzve jókedvűen fürdik (testileg egészséges csoporttársakkal együtt) az úszómedencében. És amikor mindezek után önmagát újra sikeresnek éli meg – testi értelemben is –, akkor már nagyon közel van ahhoz, hogy jelenlegi és vágyott én-je között ne legyen áthidalhatatlan távolság. Az örömjátékkészség a csoporttársak keresése, a velük való tartós kapcsolatra irányuló motivációk, az én önmaga előtt történő elfogadása veti meg alapjait a tanulásra irányuló motivációnak. A motivációs bázis tulajdonképpen egy energetikai bázis is egyben. A visszanyert remény, az élet kis dolgaira irányuló aktivitás, az önbizalom – a transzferhatás révén – át kell, hogy tevődjön az életkornak megfelelő teljesítmény motivációra, a tanulásra is.

A Rehabilitációs Otthon mint modell

A Rehabilitációs Otthon – mint modell – jól alkalmazható más betegségben szenvedők számára is. A közvetlen célcsoport a rosszindulatú daganatos betegek köre, emellett azonban fogad szív- és érrendszeri beteg, cukorbeteg- és ifjúsági csoportokat. Bizonyossá vált, hogy e fenti két betegség típusban szenvedők és családtagjaik ugyanolyan rendszeres pszichológiai segítségre szorulnak. Szakmai szempontból a rehabilitációs modell kiterjeszhetőségét mérhette fel az Otthon, és összehasonlító személyiségvizsgálatokra is mód nyílt.

A Rehabilitációs Otthon fő célja továbbra is a daganatos betegségekben szenvedők rehabilitációja – emellett azonban bizonyítást nyert, hogy számos más betegséggel küzdők és családjaik rehabilitációjára, illetve más jellegű tevékenységére is alkalmas mint modell. Mindez nemcsak humánus, hanem

tudományos szempontból is fontos. Lehetővé teszi összehasonlító vizsgálatok elvégzését, a metódika árnyaltabbá válását, további új módszerek átvételét, kidolgozását.

Az iskola szerepe a komplex rehabilitációban

Ahhoz, hogy egy gyerek alkalmazkodjék óvodai vagy iskolai környezetéhez, az szükséges, hogy a csoportban kialakított szokásokat elsajátítsa, a csoport hagyományait magáévé tegye. Sok olyan közös élmény részese lehessen, amelynek nyomán csoporthoz tartozása erősödik. Szükséges, hogy ismerje a csoportzsargont, s végül, hogy meghatározott helye, szerepe legyen a közösségben. Ez a szerep csak akkor lehet testreszabott, ha társainak módjukban áll megismerni őt, és így képességei, egyéni tulajdonságai alapján ruházzák fel pl. a „szervező”, a „viccmester”, vagy esetleg az „igazságos bíró” szerepkörrel.

A betegség kiemeli a gyermeket megszokott környezetéből, csoportjaiból, s emiatt szerepéből, vagy szerepeiből eredő feladatok ellátására hosszabb-rövidebb ideig nincs lehetősége. A gyermekközösségek általában nem foglalják írásba a maguk szabályrendszerét, de elvárják, hogy a szerepek hordozói folyamatosan ellássák feladatukat. Míg a felnőtt közösségekben a betegség vagy más, a tagokat feladatuk elvégzésében megakadályozó körülmény rendszerint felmentést biztosíthat, addig az éretlenebb gyermekközösségek ezt alig veszik tudomásul. Egy-egy tagjuk hosszabb távolmaradása azt eredményezheti, hogy az adott szerepet másra ruházzák át. „A nem gyakorolt kiváltság elvész” -mondták az ókori rómaiak. A beteg gyerek is tisztában van általában ezzel a folyamattal, és szorong, hogy mire visszatér, szerepe elvész. A gyakori el-elmaradásra kényszerülő gyermekkel szemben a csoport csökkenti igényeit, és nem ruházza rá a közösségi élet szempontjából fontos, folyamatosan ellátandó szerepet („játékszervező”, „vezér”). Egészségi állapota miatt a „beteg gyermek” szerepkörébe szorul. Ez a státus egyben azt is jelenti, hogy csökken a feléje irányuló rokonszenv. A ritka találkozások miatt kevesebbet tud a csoportban történt dolgokról – peremre szorul. Ez a folyamat azt eredményezi, hogy egészséges társainál kevesebb lehetősége van a társadalmi érés szempontjából fontos közösségi életre, változatos körülmények között az alkalmazkodásra.

Egy-egy gyerek egy időben több csoportnak tagja (osztályközösség, sportkör, szakkör, játszótéri gyermekcsoport). Ezekben a csoportokban más és más szerepekkel rendelkezik. Ilyen módon az egészséges gyermeknek lehetősége nyílik arra, hogy változó körülményeknek megfelelő viselkedési mintákat sajátítson el. A gyakori betegeskedés ettől a lehetőségtől megfosztja a gyermeket („hiszen mindegyik csoport köztudatában a „beteg”-ként él), és szél-

sőséges esetekben ez azt eredményezheti, hogy a közösségi életben sutává, ügyetlenné válik. Peremre szorított helyzetében megpróbálja kiaknázni mind-azt, ami a „beteg” szerepkörből adódhat: több gyengédség, fokozott segítség, elnéző bánásmód. Ezek azonban nem egyértelmű előnyök, hiszen ilyen módon fokozottabban kiszolgáltatottá válik. Mivel nem rendelkezik kellő szociális ügyességgel, ezért a konfliktushelyzetben könnyen választja a „legolcsóbb” megoldást: betegségével hozakodik elő. Arra kell tehát törekedni, hogy minél kevesebbet legyen távol óvodai-iskolai környezetétől. Igyekezni kell olyan szabadidős elfoglaltságot biztosítani számára, amely lehetőleg csoportban zajlik, és nem utolsósorban sok örömet nyújt a gyerekeknek.

Mind a szülőt, mind a gyereket riadalommal tölti el a kialakuló betegség. Ez megváltoztatja a család érzelmi légkörét, a beteg gyermek hirtelen a közép-pontba kerül. A szülők feladják kialakított szokásaikat, és más életritmusra térnek át. Gyakran felfüggesztik a gyerekekkel szemben támasztott követelményeket, engedékennyé, következtelenné válnak. Ez a szülői féltésből fakad. A gyerekekben pedig zavart, talajtalanúságot idézhet elő. A szokatlan engedékenységből, a szánalom különféle megnyilvánulásaiból állapota súlyosságára következtet, néha fel is nagyítja azt. A szánalom sokszor nem szavakban nyilvánul meg, hanem gesztusokból észlelhető, könnyben úszó szemekből tükröződik. Máskor a követelmények, elvárások feladásában nyilvánul meg. E megnyilvánulások ártanak a betegnek, úgy, hogy ténylegesen meglévő alárendelt, függő helyzetét fokozzák. Tartósan szánakozó környezetben élő betegek nehezen birkóznak meg e feléjük irányuló érzélemmel. A szánalom, illetve az ebből fakadó túlzott kímélet, a követelmények csökkentése más és más reakciót vált ki a betegekben. Ez a reakció – természetesen – a betegség előtt kialakult személyiség függvénye. Egyesekben tiltakozást indít el állapotukkal és a feléjük áramló, elviselhetetlen hőfokú érzelmekkel szemben (ők talán a stabilabbak). Másokból passzivitást vált ki (gyaníthatóan ők vannak többen). Átveszik környezetük sajnálkozását, önsajnálataba fordítják azt. Ily módon képtelenek kiaknázni azokat a lehetőségeket, melyek a betegség fennállása ellenére is adóttak számukra.

A családban élő beteg gyereket rendszerint testvérek veszik körül. Az egészséges és beteg gyerekekkel való helyes bánásmód kialakítása nagy gondot jelent a szülők számára. Meg kell oldani a beteg gyerekekkel, tapintatos módon való többlettörődést, másrészt nem szabad, hogy ez a többlettörődés az egészségesek rovására menjen. Vigyázni kell arra is, hogy a testvérek közötti egészséges versengést ez az állapot ne fokozza. Ellenkező esetben az egészséges testvérben kialakulhat a „másodrendű állampolgár” közérzete, és ez felesleges agressziót eredményezhet a beteg testvérrel szemben.

A betegség kialakulásakor a gyerek elfordítja érdeklődését a külvilágtól, és e helyett a testében lejátszódó folyamatokra figyel. Mivel testéről alkotott képe, ún. belső testvázlata még tagolatlan, illetve a szervezet működéséről reális magyarázó elvvel nem rendelkezik, ezt pótolandó, betegsége felől sejtelmes és téves hiedelmek alakulhatnak ki benne. A betegség tehát fokozottabban ráirányítja a figyelmet egy-egy szervre, s a fokozott testre-irányultság a környezettel szemben közömbössé teheti a beteg gyereket. Az érdeklődés hiánya, az elszigeteltség, a szülői követelmények csökkenése, a testvérekkel való egészséges versengés elmaradása együttesen visszafoghatják az értelmi-érzelmi fejlődést, illetve rossz irányba terelhetik azt.

A pedagógus részvétele a rehabilitációban

Két szakaszra kell osztanunk azt az időt, amikor bekapcsolódhat az iskola a rehabilitációs munkába. Az első szakasz a kezelések első fázisa, vagyis az az időszak, amikor a betegnek huzamosabb időt kell kórházban töltenie. Attól kezdve, hogy a gyermeknél diagnosztizálják a kórt, megkezdődik a pedagógus feladata. Neki kell ugyanis kapcsolatot tartania a család és az intézmény, valamint a beteg és az osztálytársak között, pontos tájékozódás után értesíteni a nevelőtestületet és az osztálytársakat a szomorú eseményről. Ez elsősorban az osztálytanító, vagy az osztályfőnök feladata. Törekedni kell arra, hogy a szülő és beteg érezze azt, hogy gondolnak rá, és nem felejtik el, ezzel is erősítve a gyógyulásért való küzdelmet. Sokat segíthet a lelki egyensúly helyreállításában például a folyamatos levelezés. Az osztálytársak levelezésre irányítása, a levelek továbbítása a család és a beteg felé. Vagy például egy fénykép küldése az osztályról. Amennyiben az egészséges testvér is ugyanabba az intézménybe jár, támogatni kell a családot abban, hogy az esetleg alacsonyabb szintű odafigyelést kompenzálja a pedagógus, ezzel elkerülhető a testvér perifériára kerülése és lelki sérülése. A kórházi tanítás elősegítése, a tantervek rendelkezésre bocsátása, a szülővel való beszélgetés az évmisméltés elkerüléséről mind-mind az osztálytanítóra hárul.

A második szakasz az az időszak, amikor a gyermek már remisszióba kerül, és hosszabb-rövidebb időre elhagyhatja a kórházat, otthoni környezetben tartózkodhat. Ilyenkor, ha ritkán is, és bizonyos higiénias feltételek biztosítása mellett (maszk, kézmosás) már látogatható a beteg. Ekkor fontos, hogy az elmaradó kórházi oktatást házhoz menetellel egészítse ki lehetőség szerint a pedagógus. Pozitív élmény jelent a betegnek az is, ha az egészséges társak felmennek meglátogatni, játszanak, foglalkoznak vele. Szükséges azonban előtte felkészíteni az osztály tagjait a várható eseményekre (kopasztság, soványság, higiénias problémák).

Gyakori probléma szokott lenni, hogy a gyermekek a maszk használatából azt a következtetést vonják le, hogy a betegség fertőző, és ezért nem látogatják a beteget. Tudatosítani kell, hogy a maszk a gyenge ellenállóképesség miatt a beteget védi a fertőzésektől.

Amikor a gyermek eléri azt a remissziós időszakot, hogy visszatérhet az iskolába, a pedagógusra újabb fontos feladatok várnak. Fel kell készíteni az osztályt és a nevelőtestület többi tagját a várható visszatérésre. Tájékoztatni kell őket arról, hogy különösen az első időszakban előfordulhatnak rosszullétek a chemoterápiás kezelés miatt. Fontos, hogy a gyermek ne érezze másátságát. A teljesítményszint szinten tartásával segíteni kell a mind gyorsabb reszocializálódást. A háttérbe vonulva kell a pedagógusnak a zökkenőmentes visszailleszkedést irányítani. Erősíteni kell a korábbi szociális kapcsolatokat. Foglalkoztatni kell a lehetőségekhez mérten a gyermeket, akár osztálybéli tisztségek adásával is, hogy fontosnak érezze magát a régi közösségben. Ügyelni kell azonban a mértékletes bánásmódra, nehogy az osztálytársak féltékenységgel reagáljanak, és esetleg negatív megjegyzésekkel illessék a beteget. Erősíteni kell a kötelesség- és szabálytudatot, amelyek a kórházi időszakban, valamint a családban esetleg háttérbe szorulhatnak. Ezzel későbbi negatív szocializációs szerepek kialakulása előzhető meg. Amennyiben mindezek figyelembe vételével cselekszik a pedagógus, biztosan állíthatom, hogy a beteg gyermek gyorsan túteszi magát a problémákon, és visszailleszkedése az életbe zökkenőmentesen zajlik majd.

Irodalom

- R L. ATKINSON, R C. ATKINSON, E. E. SMITH, D.J. BEM: *Pszichológia*. Oziris, Bp. 1997.
- DR. BAKOS-TÓTH MÁRTA: „*Krizisterápia a SOTE II. számú Gyermekklinikáján*” (A halálközelségből vissza az életbe). Kandidátusi dolgozat, 1981.
- BARKÓCZI ILONA-PUTNOKI JENŐ: *Tanulás és motiváció*. Tankönyvkiadó, Bp. 1980.
- MARÓDI LÁSZLÓ: *Gyermekgyógyászat*. Medicina, Bp. 1998
- POLCZ ALAINE: *Meghalok én is? Századvég*, Bp. 1993
- DR. RANSCHBURG JENŐ: *Félelem, harag, agresszió*. Tankönyvkiadó, Bp. 1977
- Gyermekgyógyászat* – Szerkesztette: DR. SCHULER DEZSŐ. Medicina, Bp. 1992
- Az Országos Gyermektumor Regiszter statisztikai adatai*. Rendelkezésre bocsátotta: Dr. Török Szabolcs (SOTE II. Gyermekklinika)
- A rehabilitáció alapproblémái*. A Szociális Munka Közalapítvány Kiadványa 13., Bp. 1995
- Zsoltárok Könyve-Biblia*

A szerző címe:

Bajusz Csaba főiskolai hallgató
9024 Győr, Lajta u. 4.

ELTE (Budapest)

*Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Fonetikai és Logopédiai Tanszék*

A logopédia jövője*

VASSNÉ DR. KOVÁCS EMÓKE
FEHÉRNÉ KOVÁCS ZSUZSA

Amennyiben egy tudományág *jövőbeli fejlődésének* irányát kívánja felvázolni, először *múltjával* és jelenben betöltött szerepével kell azonosulnia ahhoz, hogy a jövőbe mutató irányok letisztuljanak.

A logopédia XIX. század végi elindulása Magyarországon imponáló egységbe foglalta a képzést, a logopédiai ellátás megszervezését, az érintett szakemberek és szülők összefogását, szemléletének formálását és a kutatást.

A logopédusok *képzését* olyan szakemberek indították el, akiknek a kor színvonalának megfelelő elméleti tudása, európai tapasztalata, látóköre, szakmai kapcsolatrendszere volt, akik a szakma és a tudomány érdekében érvényesíteni is tudták mindezen kompetenciájukat. *Roboz* (1891, 1894), *Sarbo* (1898, 1906), *Istenes* (1911, 1909), *Schulyomi-Schulmann* (1926, 1931) a képzésben, az intézetvezetésben betöltött szerepükön kívül kutatásuk, szakmai tapasztalatuk, valamint a külföldi szakirodalom ismertetésével is hozzájárultak a logopédia fejlődésének ilyen nagymérvű megindulásához.

Mivel a logopédia a gyógypedagógia *tudományterületébe* ágyazottan született meg, éppen ezért teljesen természetes volt, hogy a gyógypedagógusképzés megindulásakor abban szervesen, nem elkülönülten kapott helyet. Így 1900-tól egészen 1964-ig az egységes, öt szakos gyógypedagógus képzésben kötelezően, nem külön szakként, volt jelen a logopédia. Ez azt jelentette, hogy minden gyógypedagógiai tanári diplomával rendelkező gyógypedagógus egyben jól kiképzett logopédus is volt, aki, mai szóval élve, az elsődleges és másodlagos kommunikációs zavarokkal rendelkező populáció beszédhibáinak javítására is készen állt.

* A MFFLT és a MAGYE közös szakmai konferenciáján (Vác, 2002. június 20.) a plenáris ülésen elhangzott előadás.

A képzés megindulásával azonos időben a tanítók, tanárok, iskolaorvosok, érintett szülők számára is tanfolyamokat szerveztek a logopédiai ismeretek megalapozása, bővítése és a prevenció érdekében. Mindezzel a szűk szakmán kívül a társadalom szélesebb rétegeit is megszólították, aktivizálták, és ezzel toleranciájukat növelték a beszédhibások elfogadásának érdekében.

A logopédiai *ellátás* palettája az első aradi „Orthophonikus Intézet”-től (1891) az egész országot behálózó gyógytanfolyamokon keresztül vezetett a Schulmann (1931) által kidolgozott, iskolai szűrésekre alapozó, minden kórformára, életkorra és súlyosságra egyaránt érvényes négyféle szervezeti forma megfogalmazásához (gyógypedagógiai beszédtanfolyam, beszédosztály, beszédiskola, internátusos intézmény), amely szemléletében ma is vállalható.

Ez az európai színvonalat meghaladó indulás a szervezeti formák kiépülésében, a második világháborúval teljesen megtört. (1. ábra) Egyetlen kivétel az 1953-ban Budapesten politikai nyomásra létesült logopédiai óvoda (1953-56), amelynek beszédhibásai egy évig (1957-58) logopédiai osztályban folytatták tanulmányaikat*. Ennek a kezdeményezésnek csak az 1980-as évek elején volt folytatása. Tulajdonképpen 1960-ig Magyarországon, a Schulyomi által megálmodott szervezeti formák közül, csak a „Hibásbeszédűek Buda-

1. ábra

A magyarországi logopédiai ellátás fejlődése 1944-ig

1891.	Arad	Orthophonikus Intézet	Roboz József
1894-97.	Budapest	Dadogók és hebegők gyógytanfolyama	Roboz József
1898-1917.	Budapest	Dadogók és hebegők gyógytanfolyama (1900-tól „Dadogók és egyéb beszédhibában szenvedők tanfolyama” néven)	Sarbó Artúr
1908-14.	Budapest	beszédosztályok létesülése (III. IV. VII. VIII. kerület) Ez kiegészül körzetenként még 16 beszéd-gyógytanfolyammal.	Sándor Pál
1927.	Budapest	nyolc újraindított gyógytanfolyam	székesfőváros
1918-25.	Budapest	Beszédhibák gyógyítására szolgáló tanfolyam	Istenes Károly
1926-42.	Budapest	Beszédhibák gyógyítására szolgáló tanfolyam (Ekkor az Intézet a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola gyakorlóiskolájává válik)	Sulyomi Schulman Adolf
1942-44.	Budapest	Hibásbeszédűek Állami Intézete	Füzesi Árpád

* A „Rákosi korszak” tipikus példjaként addig működött ez az intézmény, amíg Rákosi Mátyás testvére unokájának szüksége volt rá.

pesti Állami Intézete” látta el az elsődleges kommunikációs zavarban szenvedő beszédhibásokat, 15 logopédussal, tanfolyami formában.

1960-ban jön létre *Kőszegen* egy bentlakásos intézet, általános iskolai háttérrel, országos beiskolázással, súlyos beszédhibások (súlyos dadogók, pöszedagógok, diffúz pöszék) ellátására.

A minimális létszámú országos szakember gárda 1968/69-től bővült a fővárosi, a megyei, később vidéki városi, kerületi logopédiai hálózatokkal.

Schulyomi közel fél évszázaddal előbbi elképzelése a *fővárosban* vált valóra a logopédiai óvoda (1981), valamint a logopédiai osztály (1984) beindításával.

Az utóbbi tíz év politikai, *közoktatáspolitikai változásai*, a *gyógypedagógia* valamint a *rokontudományok* fejlődése, differenciálódása, *új tudományágak* születése (pszicholingvisztika, neuropszichológia, neurolingvisztika, kognitív pszichológia, kognitív neuropszichológia, szociolingvisztika, gyermeknyelv kutatás), az összetettebb, halmozottabb logopédiai kórképek megjelenése, a *diagnosztikus szemlélet* változása, az ehhez alkalmazkodó fejlesztések/terápiák elterjedése, a szakma és a civil szféra/társadalom igényeinek megfogalmazódása együttesen eredményeztek gyökeres változásokat, amelynek következményei a képzésben is megjelentek. (2. ábra)

2. ábra

A magyarországi logopédiai ellátás fejlődése 1945-től napjainkig

1945-63.	Budapest	Hibásbeszédűek Állami Intézete	Murányi Antal, Jónás László, Szabó László
1953-56.	Budapest	egy logopédiai óvodai csoport	
1957-58.	Budapest	egy logopédiai osztály A Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola szervezetébe tartozóan, politikai nyomásra	
1964-től		Beszédjavító Intézet	
1968-től		kerületi és megyei hálózat kialakulása	
1981.		az első logopédiai óvoda B.G.Gy.T.F. szervezeti egységeként	
1984		első logopédiai osztály /Meixner szervezésében/	
1988		Logopédiai centrumok: Gyógypedagógiai Fejlesztő, Tanácsadó és Továbbképző Központ (Zalaegerszeg)	
1989		Beszédjavító Általános Iskola (Vác)	
1993		Szakszolgálatok kialakulása, további bővülése	
1993.		Öveges József Szakközépiskola, Szakmunkásképző és Gimnázium	

A rendszerváltás után az *1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról* a logopédiát az alapellátások körébe sorolja, ezzel alanyi jogon biztosítja a 3-16 éves korú beszédhibások ingyenes ellátását. A törvény által előírt feladatok oktatási-nevelési valamint pedagógiai szakszolgáltatói intézményekben; szakértői bizottságokban; önkormányzati, egyházi, alapítványi vagy magán fenntartói formában vannak jelen a magyar közoktatásban.

Azzal, hogy a törvény *kötelezővé tette* a logopédiai ellátást, egyben a szervezeti formák színesedését segítette elő: például újabb szakszolgáltatói formában működő logopédiai központok, beszédjavító intézetek, fejlesztő központok létesülését, illetve további logopédiai óvodák és logopédiai, diszlexiás osztályok, iskolák létrejöttét, egészen a középiskolát lezáró érettségiig.

Ma úgy tűnik, hogy azok a települések tudtak ennek az előírt kötelezettségnek megfelelni, amelyekben az önkormányzatok a feladatot komolyan vették, a pénzügyi feltételeket is megteremtették, és korszerű szemléletű, megfelelő felkészültségű logopédus szakemberekre építhettek, akik menedzser képességeiket is mozgósítani tudták a cél érdekében. Ennek köszönhetően ma már Budapesten 15 önkormányzati és számos alapítványi vagy magán logopédiai óvoda működik. Ugyanilyen intenzitással nőtt 22-re a kerületi, önkormányzati fenntartású logopédiai osztályok száma, ezzel szemben, sajnálatos módon, fővárosi beszédjavító általános iskola létrehozása még mindig várat magára.

Külön ki kell emelnünk a *váci Általános Iskola és Diákotthon (1989)* szerepét a megyei és városi, súlyos és halmozott beszédhibások ellátásában, amely fokozatosan építi ki általános iskolai tagozatát.

Az erre épülő középiskolai oktatás jó példája a budapesti *Öveges József Szakközépiskola, Szakmunkásképző és Gimnázium (1993)* diszlexiás osztályainak beindítása, amely a szakemberek, az önkormányzat és az érintettek/szülők azon felismeréséből jött létre, hogy a súlyos nyelvi zavarral küzdő tanulók számára az érettségi és egyben a továbbtanulás lehetőségét is biztosítsa. Kíváncsún lenne, hogy ez a kezdeményezés országos mintául szolgáljon.

Az eddig felvázolt logopédiai intézményrendszer szervezen egészül ki, a „fehér foltként” számon tartott, aprófalvas települések beszédhibásainak ellátásával. A megyei, valamint az érintett önkormányzatok, utazó logopédus alkalmazásával, társulási szerződés keretében, (szakszolgálathoz tartozó vagy egyéni vállalkozó), közös finanszírozás segítségével oldják meg ezt a törvény által rájuk rótt feladatot.

A *pedagógia/ gyógypedagógia/ gyógypedagógiai pszichológia* tudományágának fejlődése elsősorban szemléletbeli formálódást eredményezett. A logopédiai fejlesztő/terápiás munka ráirányította a figyelmet a beszédhibások részképesség-szerkezetének és személyiségének változására, amelynek nyomon követése a diagnosztikus tevékenység jelentőségét felértékelte, és a folya-

matdiagnózis megszületéséhez vezetett. Ez egyben szükségessé tette emberkép-értelmezésünk átértékelését is. A dinamikus emberkép terápiás felfogása a speciális fejlesztési szükségletek igényeinek megfelelő szemléletet képviseli, amely az egyéni aktivitást serkenti, valamint az önsegítés kiépülésének lehetőségét teremti meg.

A *nyelvtudomány / gyermeknyelv-kutatás / pszicholingvisztika / neurolingvisztika / szociolingvisztika* a nyelv és beszéd szétválasztását, a nyelvi szintek leírását, a nyelvi kompetencia és performancia megfogalmazását, a beszédértés és beszédprodukciónak feltérképezését, az agyi működés neurolingvisztikai folyamatainak feltárását, valamint a nyelvhasználat és környezet összefüggéseit fogalmazták meg. Ezek az eredmények épülnek be folyamatosan a logopédia elméletébe és gyakorlatába, és jelölik ki az újabb kutatási irányokat.

A szakemberek, mindezek hatására, az egyre súlyosabb és egyre egyedibb tünetcsoportok mögött multikauzális hátteret feltételeztek. Ezek, az *új diagnosztikus eszközök* megjelenésével és alkalmazásával megismerhetőbbé váltak. Az egyre finomabb *differenciáldiagnózis*, a terápiába beépülő *folyamatdiagnózis* alapozta meg a korszerű, sérülésspecifikus korai fejlesztést/terápiát.

A logopédus szakemberek, a rászorultak és a fenntartók e változásokból eredő feladataikat, igényeiket nem azonosan artikulálják. Ma már nyilvánvaló, hogy a korszerű tudással, szemlélettel rendelkező logopédusok, az állampolgárokért felelősséget érző önkormányzatok, a beszédhibások helyi igényeinek (súlyosságnak, életkornak, logopédiai kórformának) megfelelő (adekvát) szervezeti forma és létszám mellett teszik le a voksukat.

Mindezek mellett figyelembe kell venniük a rendszerváltás után dinamikus szerveződő civilszféra (alapítványok, egyesületek) által megfogalmazott szempontokat is.

A *korszerű képzés* egyik ismérve a változó folyamatok, igények felismerése és az ezekre történő rugalmas reagálás. Ennek szellemében, 1992-ben, a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola reformképzést indított el.

A logopédiai szakterület e képzési cél és tartalom kialakításakor a gyógypedagógus képzés hagyományait, az európai képzés követelményeit, a szakma és a rászorultak elvárásait, valamint a logopédiai ellátás intézményi rendszerét vette figyelembe. Így az újonnan bevezetett logopédus tanár és logopédus terapeuta szakág képzésébe beépültek az egyre bővülő rokon tudományok, a logopédia kutatások eredményei, azok terápiás konzekvenciái, a változó jogi szabályozások és a folyamatosan kiépülő szervezeti formák megismerése.

Ez a változás másfajta hallgatói attitűdöt eredményezett, amely a kreatív hallgatói munka felértékelődését a számonkérés feltételévé tette (pl. ép beszédű és nyelvi fejlődésű, illetve beszédhibás egyének vizsgálata, a diagnózis

felállítása, terápiás-fejlesztő terv, tanítási tervezetek, eszközök készítése, esetismertetések megfogalmazása).

A pedagógiai, terápiás és az összefüggő gyakorlatok bővülő rendszere, az egyes kórképek különböző megközelítésű, szemléletű eljárásainak megismerését (életkor, típus, súlyosság, halmozottság, szervezeti keret, régió nyújtotta feltételek) is segítette.

Mindezekon túl a tanszék új *szakirányú továbbképzési* elképzelése, a többségi pedagógia szemléletváltásával, a nyelvi zavarban szenvedő gyermekek súlyos, halmozott formáinak, valamint a „más fogyatékosok” számának növekedésével, integrált beiskolázási igényükkel, a kis települések logopédiai ellátatlanságával indokolható. Ennek jegyében indult el, 1997-től, a nyelv- és beszédfejlesztő szakirányú továbbképzés óvodapedagógus, alsó- és középiskolai pedagógusok részére. Ezek az új szakemberek, az oktatási-nevelési intézmények területén működve, a beszélt- és írott nyelv elsajátításának és használatának nehézségét, illetve zavarát mutató gyermekek körében, a helyi logopédiai hálózattal, szakmailag együttműködve, az alapvégzettségüknek megfelelő szintereken, az alábbi speciális nyelv-és beszédfejlesztő pedagógiai tevékenységet végezhetik: az érintett populáció felismerése, a kompetenciakörükön belüli vizsgálatok, valamint az erre épülő fejlesztő tevékenység megtervezése, végzése. A közel háromszáz, új szemléletű, nyelv- és beszédfejlesztő pedagógus a közoktatásban pozitív folyamatokat indíthat el a felvilágosítás, a prevenció, az egyéni képességekre alapozó bánásmód, az empátia, az elfogadó pedagógiai attitűd és légkör megteremtésével.

Az elmúlt tíz év alapján a magyar logopédia, mint tudományterület, változatlanul a gyógypedagógia részeként fogalmazza meg önmagát, a rokon tudományok ismeretanyagának egyre integratívabb beépülésével (lásd 2. ábra). A logopédia, ezeknek az eredményeknek az asszimilálásával, integrálásával, a kor tudományos színvonalának megfelelően értelmezi újra a beszéd-, hang- és nyelvi zavarok elméleti megközelítését, jelöli ki a további kutatási irányokat, ezekre támaszkodva fejleszti tovább diagnosztikai és terápiás tevékenységét.

A ma logopédusa tehát olyan „gyógypedagógiai tanár, aki a beszédben akadályozott (beszédhibás, beszéd-, hang- és nyelvi zavarban szenvedő) gyermekek és felnőttek ellátására képesített. Tevékenységének része az egyes logopédiai kórformák vizsgálata, azok típusától, súlyosságától, halmozottságától függően, a társtudományok szakembereinek bevonásával a felvilágosítás, a megelőzés, a korai fejlesztés, illetve a kezelés és az utógondozás.” (Pedagógiai Lexikon. Keraban Kiadó. Bp. 1997. p. 372. V. Kovács E.). Mindezt befolyásolja a logopédiai tevékenység szintere (oktatási-nevelési, szakszolgálati és egészségügyi intézmény), a beszédben akadályozott életkora, szemé-

lyisége, a logopédiai kórforma, a kezelés típusa és intenzitása, a szociokulturális környezet, a logopédus elméleti és gyakorlati felkészültsége, személyisége.

A *reformképzés* megindulásával megjelenő *új szakember*, a terapeuta szakos logopédus, a közoktatás területén kívül az egészségügyben (szakrendelőseken, kórházakban, rehabilitációs intézményekben, otthonápolási szolgáltatókon keresztül) fejtheti (fejthetné) ki tevékenységét. Ezzel lehetővé válik (válna), az eddig elhanyagolt, három év alatti és a tizenhat év feletti, beszédhibás populáció ellátása, amennyiben ennek egészségügyi törvényi feltételei is tisztázottak lennének (közalkalmazotti logopédus státusz létrehozásának törvényi megteremtése az egészségügyben).

A jelenlegi állapot: a *Társadalombiztosítási Törvény* II., Betegségi és anyagi ellátásról szóló fejezete 19/A. §-a kimondja: az „*egészségügyi szolgáltatás keretén belül térítés nélkül jogosult a biztosított és eltartott hozzátartozója, az egyéb terápiának minősülő beszédjavításra*”.

Ezt a szolgáltatást a családorvos javaslatára, az otthonápolási szolgáltatókon keresztül, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozza a beszédterápiát végző logopédus szakembernek. Nehézségek mutatkoznak azonban az ellátáshoz való jutás lehetőségében (csak a fekvőbeteg ellátás támogatott!!!), egyrészt az érintett orvosok törvényi ismeretének hiányosságai, a törvény megfogalmazásának szűkszávúsága (nem tisztázza a beszédkórképek körét, emiatt általában csak az afázia ellátása valósul meg, kimarad a többi érintett kórkép: pl. dizartria, gége nélküli beszéd), másrészt a korszerű rehabilitációs szemlélet és tudás hiánya miatt. Mindezekon kívül az OEP megosztott finanszírozási gyakorlata (mozgás- és beszédterápia együttes igénye esetén a rendelkezésre álló óraszám és összeg feleződik), illetve a szűkre szabott kezelési idő is nehezíti az alanyi jogon járó logopédiai ellátás megvalósulását.

A nem fekvőbeteg felnőtt beszédhibások (pöszék, orrhangzósok, diszlexiások, hadarók, dadogók, diszfóniások, gége nélküliek, dizartriások, afáziások) ellátatlanságára utalnak a következő adatok: becslések szerint, évente csak az afáziások száma 1500-3000-el növekszik, ugyanakkor az ellátottak aránya az összes logopédiai kórképre vonatkoztatva, a közoktatási statisztikák szerint, kb. 0,5%, amely mintegy 273 eset kezelését jelenti. Sem az egészségügyben, sem a magán kezelések formájában ellátottakról nincsenek adataink.

A megoldás kulcsát az alábbiak jelentenék:

- ha a közoktatás és az egészségügyi tárcák között végre létrejönne az oly rég óta áhított megegyezés, az ambuláns felnőtt ellátás finanszírozásáról, a közoktatási intézményi kereteken belül,
- ha az egészségügyi intézmények közalkalmazotti logopédus státuszt létesíthetnének,

- ha az OEP közvetlenül, az ellátandó, klinikai kórképekből szakvizsgázott logopédussal lehetne szerződéses kapcsolatban,
- ha létrejönne hazánkban is, az EU normáknak megfelelően, a kiegészítő biztosítások rendszere, amely lehetővé tenné a hosszabb idejű, minden kórképre érvényes terápiás folyamat finanszírozását is,
- ha a családorvosok szakvizsga anyagába ezek az ismeretek beépülnének,
- ha minden szinten korszerű team (családorvos, belgyógyász, neurológus, neuropszichológus, logopédus, gyógytornász) döntene az ellátásról.

A jövőben a logopédiai ellátásnak az életkortól, a logopédiai kórformától, a régiótól, a finanszírozó tárcától függetlenül (egészségügy, oktatás) alanyi joggon kellene járnia. Az ehhez való hozzáférés személyi, tárgyi és szervezeti feltételeit fokozatosan kell kiépíteni minden településen, a helyi igényeknek megfelelően.

Ehhez a *személyi feltételek* megteremtését (létszámemelkedés, minőségi képzés) a főiskola a képzésének szélesítésével biztosítja:

- érettségire épülő, esti tagozatos tanár-terapeuta szakos képzés beindítása,
- esti tagozatos, logopédus tanári diplomára épülő terapeuta szakág kidolgozása, elindítása,
- gyógypedagógus szakvizsga keretén belül logopédiai szakterületi tanári szakirányú szakvizsga elindítása,
- logopédus terapeuta szakirányú szakvizsga kidolgozása, az OEP-el való szerződések megkötése érdekében,
- logopédusok számára különféle beszédkórkepek témaköreiből szakirányú továbbképzések programjának kidolgozása, elindítása,
- kihelyezendő képzések létrehozásával a régiók ellátási színvonalának emelése.

Az *anyagi* (tárgyi, szervezeti) *feltételek* javulása az ország gazdasági növekedésének is függvénye. A rendszerváltás óta elindult kedvező folyamat eredményeként megjelenő GDP növekedés elősegítheti az oktatásra és az egészségügyre fordítható összeg emelkedését. Így az önkormányzatok eleget tudnak tenni a közoktatási törvény azon követelményeinek, hogy „lefedetlen, ellátatlan területek nem maradhatnak” (részlet az MKM. Szilágyiné dr. Szemkeő Judit helyettes államtitkár leveléből: Módszertani ajánlás a megyei önkormányzatok közgyűlése elnökeinek. Bp. 1994. június). Ennek megvalósulása a „közjó” érdekében szemléletváltást is igényel az érintett államigazgatásban és a választott testületekben funkciót vállalt személyektől.

A korszerű tárgyi/*szervezeti feltételek* megteremtése elsősorban azt jelentené, hogy minden megye létrehozza a logopédiai szakszolgáltatói központját, amely át tudná tekinteni a régió ez irányú igényeit (életkor, érintettek aránya, beszédkórkép, annak súlyossága, halmozottsága alapján). Ennek megfelelően

alakítaná ki az aktuális, az alanyi joron járó, területi ellátás különféle formáit (logopédiai ambulanciák, logopédiai óvodai csoportok, logopédiai óvodák, logopédiai osztályok és iskolák, utazó logopédiai hálózat).

Ez egyben a szegregáció, integráció kérdésének átgondolását is igényli. A logopédiai ellátásban ugyanis a korai fejlesztésre épülő, átmeneti szegregáció jelentheti a megoldást a súlyos, halmozott beszédhibás gyermekek bizonyos százaléka számára, a későbbi többségi iskolai integrált ellátás érdekében, ahol a folyamatosan jelenlévő logopédiai segítség mellett, a törvény által biztosított jogoknak (egyéni fejlesztési terv alapján felzárkóztatás, egyes tantárgyakból mentesítés az értékelés és minősítés alól, speciális segédeszközök használata, szóbeli vagy írásbeli számonkérés megválasztási lehetőség) is érvényesülnie kellene a gyermek/ifjú szükségleteinek, igényeinek megfelelően.

Mindez akkor valósulhat meg, ha a tanítók, tanárok differenciáló pedagógiai (elméleti és gyakorlati), valamint törvényi ismeretei a rogersi attitűd (beleélőképesség, elfogadás, megértés) szemléletével egészülnek ki.

Ez a törvény által is biztosított, *pozitív diszkrimináció* örvendetes módon most már a felsőoktatásban is megjelenik. Ennek alapját az 1998. évi XXVI. törvény („a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról”) teremtette meg, amelynek 11. §-a kimondja: „A fogyatékos személy részére biztosítani kell a fogyatékosága által indokolt szükségleteinek megfelelő támogató szolgálat igénybevételét, továbbá segédeszközt.” Ez a felsőoktatásban, intézménytől, kartól, szaktól, tagozattól függetlenül azt jelenti a „kommunikációjában számottevően korlátozott” egyének számára, hogy van egy különálló szervezeti egység, amely felelős a pozitív diszkrimináció megvalósulásáért (1993. évi LXXX. törvény 74. §-a alapján a 29/2002 (V.17. OM rendelet)

Ez lesz a biztosítéka annak, hogy a kommunikációjában számottevően korlátozott emberek valóban a „társadalom egyenlő méltóságú, egyenrangú tagjai” lehessenek „a mindenkit megillető jogokkal és lehetőségekkel”.

Irodalom

- GORDOSNÉ SZABÓ A.: *A magyar logopédia kialakulása*. BGGYTF Évkönyve V., Bp. 1972. p. 5-33.
- GROHNFELDT, M.: *Strukturwandel der Sprachheilpädagogik in einem sich ändernden Kontext*. In: *Die Sprachheilarbeit*. JG. 45(1) Februar 2000. s. 4-9.
- ISTENES K.: *A beszédhibák javítás módjának gyakorlati kézikönyve*. 1909. *Pedagógia Lexikon*. Keraban Kiadó. Bp. 1997.
- SARBÓ A.: *A beszéd összes vonatkozásaiban különös tekintettel a gyermekkorra*. 1906.
- SULYOMI A.: *A beszédhibások és a beszéd gyógypedagógiai védelme*. Magyar Gyógypedagógia, 1926/7-10.
- SULYOMI A.: *Gyógypedagógiai beszédiskolák szükségessége és azok szervezete*. Siketnémák és Vakok Oktatásügye, 1931/3-4; 5-6.

- V. KOVÁCS E.- F. KOVÁCS ZS.- VECSEY K.: *A szegregáció, mint az integráció előfeltétele.*
Gyógypedagógiai Szemle, 1994./4. p.251-255.
- V. KOVÁCS E.- F. KOVÁCS ZS.: *A magyar logopédusképzés múltja, jelene és jövője.* GYOSZE,
1994/2. p. 124-130.
- V. KOVÁCS E.- F. KOVÁCS ZS.: *Változó szervezeti formák a logopédiában.* Fejlesztő Pedagógia,
1995./4. p. 40-42.
- V. KOVÁCS E.- F. KOVÁCS ZS.: *Kompetencia és interdiszciplinaritás kérdése a logopédiában.*
GYOSZE, 1998. Különszám, p. 14-17.
1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról.
1993. évi LXXX. törvény 74.§
1999. évi LXVIII. törvény.
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.
- 14/1994. (VI. 24.) MKM rendelet a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról.
- 29/2002. (V. 17.) OM rendelet

KÖZLEMÉNY

A Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány diplomára épülő, akkreditált pedagógus továbbképzést indít lovasterapeuta – *hippoterápia*, valamint lovasterapeuta – *gyógypedagógiai lovaglás* és lovastorna szakágakon. (Alapítási engedélyszáma: XXV/1/156/2000.

Indítási engedély száma: OM. 1222./87/2001).

Felvételi követelmények:

- hippoterápia szakág: gyógytornász, vagy szomatopedagógus diploma
 - gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna szakág: gyógypedagógus diploma
- Mindkét szakág:
- írásbeli jelentkezés az MLTSZ címére 1066 Budapest Teréz krt. 24. (Kérjük mellékelni a diploma másolatát és szakmai önéletrajzot, mely tartalmazza a lovasterápiával kapcsolatos eddig szerzett tapasztalatokat, illetve terveket, lehetőségeket.)
 - lovas felvételi vizsga: a jelentkező tudjon lovat ápolni, szerszámozni, osztályban mindhárom jármódban biztonsággal lovagolni, ismerje a lovardai szabályokat és alakzatokat. A vizsga várható időpontja 2003. április. A pontos időpontról a jelentkezőket tájékoztatjuk. Helyszín: Pannon Lovasakadémia, Kaposvár Guba Sándor u. 40.

Információ: Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány
Budapest Teréz krt. 24. Tel: 06 1 475-7018

Benczúr Miklósné

A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

Beszédjavító Intézet (Budapest)

A dadogók komplex kezelése módszer eredményességének vizsgálata

– Gyógyult dadogók utánkövetése –

VÉKÁSSY LÁSZLÓ

(Közlésre érkezett: 1997. január 21.)

A logopédiai szakirodalom szerényen tárgyalja a dadogók kezelési eredményeinek lemerése kérdését. Ennek oka az, hogy itt is fellelhetők mindazok a megoldatlan kérdések, ellentmondások, amelyek a szaktudományi alapkérdésekben is jelen vannak. Pl. mi a dadogó kezelésének célja, hogyan állapítjuk meg, hogy egy dadogó gyógyult, melyek a gyógyult dadogók jellemző ismérvei, kit mikor tekinthetünk gyógyult dadogónak?

Véleményünk a fenti kérdésekről a következő:

- A dadogó kezelésének célja a személyiség működőképességének az elérése.
- A gyógyulást a dadogókat jellemző vezető magatartási, mozgásos testi és beszéd-tüneteken lehet lemérni.
- Az tekinthető gyógyult dadogónak, akinél e jellemző tünetek szignifikánsan csökkentek, ill. megszűntek, melynek következtében létrejön a személyiség igényének – teljesítményének az állandósult egyensúlya (azaz a személyiség működőképessé lett).

Vizsgálatunk célja

- Kezelési eredményeink késői lemerésével szeretnénk megtudni, hogy vajon a korábbi eredmények az időnek, az életbeli eseményeknek ellenálltak-e?
- A kezelési eredmények milyensége egyben a módszer minősítését is jelenti, így az utánvizsgálattal saját komplex módszerünk hatásosságát is ellenőrizni kívánjuk.

– A kísérletesen bizonyított adatainkkal a kezelőknek kívánunk támpontot adni, a magyar dadogók kezelési eredményeinek leméréséhez.

Az utánvizsgálat körülményei és a résztvevők összesített adatai

A vizsgálatokat a szerző által 1972–88 közötti időben, saját komplex módszerével kezelt és a kezelés végén gyógyultnak minősített 50 dadogón végeztük. A kezelési idő 2 év volt, tehát 5 csoportot követtünk nyomon. A kísérleti személyek közül 36 fiú és 14 lány. Intelligenciájuk (MAWI) életkornak és követelményeknek megfelelő. A dadogás jellege: tónusos 13, klónusos 26, tonoklónusos 11. A dadogás organikus-funkcionális hátterének valószínűsítésére neurológiai és EEG vizsgálatot végeztünk el. Ennek alapján a vizsgálatban szereplő személyek ún. funkcionális hátterű dadogóknak valószínűsíthetők.

A gyógyulást az alábbiakban bemutatásra kerülő, a dadogókat jellemző négy vezető tünetcsoport egyes tüneteiben mutatott kedvező változáson mértük le. A státust a kezelés megkezdése utáni harmadik hónap végén vettük fel „van tünet – nincs tünet” minősítéssel. Ezt a vizsgálatot a kezelés végén, majd a kezelés befejezése után 1 évvel, valamint 1985, 1986, 1987 és 1988-ban, ugyanezen tüneti jegyek alapján megismételtük.

A vizsgálati és az egyes utánvizsgálati adatok eredményeinek számszerű, összesített bemutatása

Az egyes tünetek	Kezelés előtt	Kezelés végén	Kezelés után 1 évvel	1985-ben	1986-ban	1987-ben	1988-ban
Magatartás-tünetek	1643	81	391	167	68	27	16
Mozgásos tünetek	514	21	80	92	16	10	7
Testi tünetek	422	56	145	146	58	22	9
Beszédtünetek	400	11	62	37	26	18	12
Összesen	2979	169	678	442	168	77	44

Az eredmények értékelése matematikai statisztikai módszerekkel

Közepes és kisminták esetére *R. A. Fisher* dolgozott ki egzakt módszert, amely ún. 2 x 2-es kontingenciatablázat vizsgálatából áll. (Lásd *Vincze*: Matematikai statisztika ipari alkalmazásokkal, Műszaki Könyvkiadó. 1968. p. 140-142.)

Végezzük a két jelenségre n_1 ill. n_2 számú kísérletet, amelyek közül az elsőnél az A eseményt k_1 , A másodiknál a B eseményt k_2 alkalommal észleljük:

k_1	$n_1 - k_1$	n_1
k_2	$n_2 - k_2$	n_2
$K = k_1 + k_2$	$n_1 + n_2 - K$	$n_1 + n_2$

Legyen p_1 az A esemény, p_2 a B esemény valószínűsége. A $p_1 = p_2$ hipotézis teljesülése esetén az eloszlás várható értéke és szórásnégyzete

$$M(k_1, l K, n_1, n_2) = K \frac{n_1}{n_1 + n_2} = a,$$

$$D^2(k_1, l K, n_1, n_2) = K \frac{n_1 n_2 K (n_1 + n_2 - K)}{(n_1 + n_2)^2 (n_1 + n_2 - 1)} = \sigma_a^2$$

Ha $n_1 > 40$, akkor a normális közelítést alkalmazhatjuk a következőképpen.

$$\frac{k_1}{n_1} > \frac{k_2}{n_2} \quad \text{esetben az} \quad u = \frac{k_1 - 0,5 - a}{\sigma}$$

mennyiség közel normális eloszlású. Adott k_1 mellett $1 - \Phi(u)$ valószínűség adja meg a $k > k_1$ kritikus tartomány valószínűségét. A $\Phi(u)$ függvény szigorú monotonitása miatt, ha $u > 1,65$ akkor az eltérés 95%-os szinten szignifikáns.

A következő táblázatokban az egyes tünetekhez kiszámítottuk a fenti u értéket, és megjelöltük, hogy mely esetekben szignifikáns az eltérés.

Magatartás tünetek

- | | |
|---|--|
| 1. A váratlan, új helyzeteket rosszul tűri. | 22. Kielégítetlen vágyai foglalkoztatják. |
| 2. Döntési nehézségekkel küzd. | 23. A másik nemhez való kapcsolatában zavarokkal küzd. |
| 3. Kitarásra, erőfeszítésre nem képes. | 24. Betegnek tartja magát. |
| 4. Elszigeteltnek érzi magát (kevés kapcsolata van). | 25. Irreális érzések, gondolatok foglalkoztatják. |
| 5. Érdeklődési köre szűk. | 26. Élete nem úgy megy, ahogyan azt szeretné. |
| 6. Nem nyitott az életre. | 27. Nem tud mélyen szeretni. |
| 7. Terv, elgondolás nélkül él. | 28. Saját bajával sokat foglalkozik. |
| 8. Kezdeményezési készsége gyenge. | 29. Gyakran rossz a hangulata. |
| 9. A szereplési helyzeteket nem fogadja el. | 30. Indulatait nem tudja uralni. |
| 10. Kudarc-tűrése kicsi. | 31. Szemkontaktust nem tud tartani. |
| 11. Panaszkodásra hajlamos. | 32. Kínzó álmai vannak. |
| 12. A bajok, a nehézségek elől kitér. | 33. Magányosnak érzi magát. |
| 13. Úgy érzi, hogy sok igazságtalanság éri. | 34. Félelemérzései vannak. |
| 14. Csoporthelyezete perifériás. | 35. Kedélye erősen változó. |
| 15. Rossz alvó (pávoros epizódok). | 36. Szorongásai vannak. |
| 16. Elmélyülési nehézségei vannak. | 37. A helyes, a jó választ, a megoldást csak az események lejátszódása után tudja megadni. |
| 17. Nehézségei megoldásában mások segítségét veszi igénybe. | 38. Kényszer-gondolatai vannak. |
| 18. Befelé fordult élet. | 39. Kompromisszumra nem képes. |
| 19. Kisebbségi érzése van. | 40. Nappali álmódózó. |
| 20. Testi-lelki „érzései” vannak. | 41. Beszédhibáját élete akadályozójának tartja. |
| 21. Panaszaival (a dadogás) nem tud együtt élni. | 42. Gyógyulási szándéka van. |

Magatartás tünetek

tsz.	előtt	végén	1 év u	85	86	87	88	Kezelés előtt és végén				Kezelés előtt és			
								a	s2	u	sig	1988			
												a	s2	u	sig
1	32	0	9	3	2	1	1	16.00	5.49	2.82	+	16.50	5.58	2.69	+
2	38	1	12	8	4	1	1	19.50	6.01	3.00	+	19.50	6.01	3.00	+
3	41	1	14	10	3	0	1	21.00	6.15	3.17	+	21.00	6.15	3.17	+
4	32	0	9	5	1	0	0	16.00	5.49	2.82	+	16.00	5.49	2.82	+
5	28	3	5	2	2	0	0	15.50	5.40	2.22	+	14.00	5.09	2.65	+
6	44	1	10	1	4	1	1	22.50	6.25	3.36	+	22.50	6.25	3.36	+
7	34	3	6	4	2	1	1	18.50	5.89	2.55	+	17.50	5.74	2.79	+
8	43	2	7	3	1	0	1	22.50	6.25	3.20	+	22.00	6.22	3.29	+
9	41	1	10	1	2	0	0	21.00	6.15	3.17	+	20.50	6.11	3.27	+
10	45	3	8	5	1	1	0	24.00	6.30	3.25	+	22.50	6.25	3.52	+
11	38	3	11	3	1	0	0	20.50	6.11	2.78	+	19.00	5.95	3.11	+
12	37	1	11	4	2	0	1	19.00	5.95	2.94	+	19.00	5.95	2.94	+
13	34	1	4	5	1	0	1	17.50	5.74	2.79	+	17.50	5.74	2.79	+
14	36	3	12	3	0	0	0	19.50	6.01	2.66	+	18.00	5.82	3.01	+
15	39	0	7	2	1	0	0	19.50	6.01	3.16	+	19.50	6.01	3.16	+
16	27	3	7	4	2	1	0	15.00	5.30	2.17	+	13.50	4.98	2.61	+
17	33	4	7	4	2	1	0	18.50	5.89	2.38	+	16.50	5.58	2.87	+
18	40	1	12	2	1	1	0	20.50	6.11	3.11	+	20.00	6.06	3.22	+
19	38	2	12	1	2	1	0	20.00	6.06	2.89	+	19.00	5.95	3.11	+
20	41	4	11	5	1	1	1	22.50	6.25	2.88	+	21.00	6.15	3.17	+
21	46	4	11	4	2	1	0	25.00	6.31	3.25	+	23.00	6.27	3.59	+
22	35	3	12	4	1	1	1	19.00	5.95	2.61	+	18.00	5.82	2.84	+
23	42	5	20	12	2	1	0	23.50	6.29	2.86	+	21.00	6.15	3.33	+
24	39	1	10	3	1	1	1	20.00	6.06	3.05	+	20.00	6.06	3.05	+
25	37	1	17	4	2	1	1	19.00	5.95	2.94	+	19.00	5.95	2.94	+
26	42	3	11	3	2	0	0	22.50	6.25	3.04	+	21.00	6.15	3.33	+
27	36	0	5	3	2	0	0	18.00	5.82	3.01	+	18.00	5.82	3.01	+
28	43	4	16	5	1	1	0	23.50	6.29	3.02	+	21.50	6.19	3.39	+
29	42	1	10	0	2	1	1	21.50	6.19	3.23	+	21.50	6.19	3.23	+
30	40	2	8	6	1	1	1	21.00	6.15	3.01	+	20.50	6.11	3.11	+
31	38	2	11	4	2	1	0	20.00	6.06	2.89	+	19.00	5.95	3.11	+
32	43	4	13	11	1	1	0	23.50	6.29	3.02	+	21.50	6.19	3.39	+
33	42	3	10	6	2	1	0	22.50	6.25	3.04	+	21.00	6.15	3.33	+
34	39	3	8	7	1	0	0	21.00	6.15	2.84	+	19.50	6.01	3.16	+
35	38	2	9	6	1	1	0	20.00	6.06	2.89	+	19.00	5.95	3.11	+
36	44	1	5	6	2	1	0	22.50	6.25	3.36	+	22.00	6.22	3.46	+
37	47	1	8	4	1	1	0	24.00	6.30	3.57	+	23.50	6.29	3.66	+
38	36	1	9	3	2	0	0	18.50	5.89	2.89	+	18.00	5.82	3.01	+
39	37	1	4	1	2	1	0	19.00	5.95	2.94	+	18.50	5.89	3.06	+
40	43	1	10	0	1	1	0	22.00	6.22	3.29	+	21.50	6.19	3.39	+
41	47	1	0	0	1	1	1	24.00	6.30	3.57	+	24.00	6.30	3.57	+
42	46	0	0	0	1	0	0	23.00	6.27	3.59	+	23.00	6.27	3.59	+

1. sz. tábla: Magatartás tünetek

Mozgásos tünetek

1. Homlok ráncolása.
2. Pislogás.
3. A száj izmainak megfeszítése.
4. Az áll laterális mozgása.
5. Az orr mozgása.
6. A fülkagyló mozgása.
7. A nyelv szájtéren kívüli mozgása.
8. A nyelv ívszerű tapadása, mozgása.
9. A fej elfordítása.
10. A nyak izmainak megfeszítése.
11. A váll mozgása.
12. A karok behajlítása.
13. Az ujjak mozgása.
14. Az ujjak különvált mozgása.
15. A törzs mozgása.
16. Kezével a test valamelyik részéhez ér.
17. A lábak mozgása.
18. A lábfej mozgása.
19. Felállás ülő helyzetből.
20. Álló helyzetben való mozgás.
21. Valamilyen tárgyvaló „babrálás”.
22. Valamilyen támasztékot keres kézzel.
23. Együttl mozgások.
24. Szabálytalan légzőmozgások.
25. A hang tónusának megváltozása.

Mozgásos tünetek

								Kezelés előtt és végén				Kezelés előtt és			
												1988			
t.sz.	előtt	végén	1 év u	85	86	87	88	a	s2	u	sig	a	s2	u	sig
1	17	0	5	4	0	0	0	8.50	3.56	2.25	+	8.50	3.56	2.25	+
2	16	0	4	2	0	0	1	8.00	3.39	2.21	+	8.50	3.56	1.96	+
3	27	4	3	6	1	0	1	15.50	5.40	2.04	+	14.00	5.09	2.46	+
4	12	0	3	2	2	1	0	6.00	2.67	2.06	+	6.00	2.67	2.06	+
5	28	2	6	8	0	0	0	15.00	5.30	2.36	+	14.00	5.09	2.65	+
6	7	0	2	2	2	1	0	3.50	1.64	1.82	+	3.50	1.64	1.82	+
7	16	2	0	1	1	0	0	9.00	3.73	1.74	+	8.00	3.39	2.21	+
8	9	0	2	0	0	1	1	4.50	2.07	1.93	+	5.00	2.27	1.54	-
9	13	0	3	6	0	1	0	6.50	2.86	2.10	+	6.50	2.86	2.10	+
10	19	2	1	1	1	0	0	10.50	4.19	1.91	+	9.50	3.89	2.32	+
11	28	1	2	7	0	0	0	14.50	5.20	2.50	+	14.00	5.09	2.65	+
12	19	0	0	1	1	0	1	9.50	3.89	2.32	+	10.00	4.04	2.10	+
13	21	1	2	3	1	0	1	11.00	4.33	2.19	+	11.00	4.33	2.19	+
14	19	0	1	1	0	1	0	9.50	3.89	2.32	+	9.50	3.89	2.32	+
15	31	3	6	7	0	1	0	17.00	5.67	2.38	+	15.50	5.40	2.78	+
16	27	0	4	3	0	1	0	13.50	4.98	2.61	+	13.50	4.98	2.61	+
17	34	1	6	6	1	0	0	17.50	5.74	2.79	+	17.00	5.67	2.91	+
18	17	0	2	2	1	0	0	8.50	3.56	2.25	+	8.50	3.56	2.25	+
19	22	0	3	8	1	1	1	11.00	4.33	2.42	+	11.50	4.47	2.24	+
20	37	1	1	4	1	0	1	19.00	5.95	2.94	+	19.00	5.95	2.94	+
21	42	0	9	8	0	0	0	21.00	6.15	3.33	+	21.00	6.15	3.33	+
22	21	1	2	4	0	0	0	11.00	4.33	2.19	+	10.50	4.19	2.39	+
23	13	1	5	2	1	1	0	7.00	3.04	1.81	+	6.50	2.86	2.10	+
24	12	1	6	2	1	1	0	6.50	2.86	1.75	+	6.00	2.67	2.06	+
25	7	1	2	2	1	0	0	4.00	1.86	1.35	-	3.50	1.64	1.82	+

2. sz. tábla: Mozgásos tünetek

Testi tünetek

1. Izzad.
2. Pirul.
3. Szívdobogást érez.
4. Remeg a keze.
5. Gyakran van vizelet ingere.
6. Hasmenésre hajlamos.
7. Hasfájásra hajlamos.
8. Fejfájásra hajlamos.
9. Hőhullámai vannak.
10. Időjárási változásokat megérzi.
11. Ejakuláció prekoxa van.
12. Orgazmuszavara van.
13. Szédül.
14. Undor-érzései vannak.
15. Gyengeségérzései vannak.
16. Gyakran elájul.
17. Vegetatív paroxizmusai vannak.
18. Nehezen tud ellazulni.
19. Testszerte izomérzései vannak (remegés, feszülés, ún. érzéstöbbletek).
20. Oro-faciális többletmozgásai vannak.
21. Görcs-érzései vannak (torkában, gyomrában).
22. Gyakran beteg.

Testi tünetek

T.sz.	Kezelés előtt és végén								Kezelés előtt és							
	előtt	végén	1 év u	85	86	87	88	a	s2	u	sig	1988	a	s2	u	sig
1	24	8	11	9	0	1	0	16.00	5.49	1.36	-	12.00	4.61	5.36	+	
2	26	8	10	7	3	1	1	17.00	5.67	1.50	-	13.50	4.98	5.38	+	
3	17	4	9	7	2	1	0	10.50	4.19	1.43	-	8.50	3.56	4.24	+	
4	7	0	3	5	3	1	1	3.50	1.64	1.82	+	4.00	1.86	1.83	+	
5	11	1	4	5	3	2	1	6.00	2.67	1.69	+	6.00	2.67	2.76	+	
6	13	1	8	6	2	1	0	7.00	3.04	1.81	+	6.50	2.86	3.55	+	
7	14	1	5	6	1	0	0	7.50	3.22	1.86	+	7.00	3.04	3.73	+	
8	10	2	7	5	3	0	0	6.00	2.67	1.31	-	5.00	2.27	2.98	+	
9	13	2	6	4	3	1	1	7.50	3.22	1.55	-	7.00	3.04	3.15	+	
10	31	7	9	13	4	1	0	19.00	5.95	1.93	+	15.50	5.40	6.45	+	
11	3	0	5	2	2	1	0	1.50	0.73	1.36	-	1.50	0.73	1.17	-	
12	4	0	1	3	3	1	1	2.00	0.97	1.55	-	2.50	1.20	0.91	-	
13	11	1	9	7	3	0	1	6.00	2.67	1.69	+	6.00	2.67	2.76	+	
14	26	3	7	11	3	1	0	14.50	5.20	2.12	+	13.00	4.86	5.67	+	
15	17	2	9	5	4	2	1	9.50	3.89	1.80	+	9.00	3.73	3.88	+	
16	4	1	6	2	3	2	1	2.50	1.20	0.83	-	2.50	1.20	0.91	-	
17	29	2	5	13	3	1	0	15.50	5.40	2.41	+	14.50	5.20	6.14	+	
18	37	4	11	11	3	1	0	20.50	6.11	2.62	+	18.50	5.89	7.42	+	
19	39	4	8	11	2	1	1	21.50	6.19	2.75	+	20.00	6.06	7.51	+	
20	33	2	4	8	3	1	0	17.50	5.74	2.61	+	16.50	5.58	6.77	+	
21	36	1	3	5	3	1	0	18.50	5.89	2.89	+	18.00	5.82	7.26	+	
22	17	2	5	1	3	1	0	9.50	3.89	1.80	+	8.50	3.56	4.24	+	

3. sz. tábla: Testi tünetek

Beszédtünetek

1. Beszédfélelme van (nem meri vállalni, elkezdni a beszédet, mert elakad, dadog).
2. Beszéd-szituáció félelme van (nem mer a már folyó beszélgetésbe, beszédhelyzetbe bekapcsolódni).
3. Beszédét gátló érzések, gondolatok kísérik (fél, hogy meg fog akadni, de valójában nem akad meg).
4. A verbális- nem verbális rendszerek együttműködése zavart (nem egészítik ki egymást).
5. Mondatszerkesztése pontatlan (gondolkodási pontatlanság).
6. Maradék-érzése van (általában többet szeretne elmondani, mint amire képes).
7. Mondanivalóját nem gondolja át (előrevételezés hiánya).
8. Beszédhelyzeteinek megkönnyítésére „stratégiákat” használ (olyanokat, amelyeket maga talál ki, de a kezelés végén olyanokat is alkalmaz, amiket a kezelés során tanult.)

Beszédtünetek

									Kezelés előtt és végén				Kezelés előtt és				
													1988				
T.sz.	előtt	végén	1 év u	85	86	87	88		a	s2	u	sig		a	s2	u	sig
1	50	1	5	3	0	0	0		25.50	6.31	3.80	+		25.00	6.31	3.88	+
2	50	2	9	5	0	1	0		26.00	6.30	3.73	+		25.00	6.31	3.88	+
3	50	0	4	2	5	0	0		25.00	6.31	3.88	+		25.00	6.31	3.88	+
4	50	3	7	10	1	0	0		26.50	6.29	3.66	+		25.00	6.31	3.88	+
5	50	0	11	5	5	1	2		25.00	6.31	3.88	+		26.00	6.30	3.73	+
6	50	0	0	0	6	7	0		25.00	6.31	3.88	+		25.00	6.31	3.88	+
7	50	5	15	8	5	6	5		27.50	6.25	3.52	+		27.50	6.25	3.52	+
8	50	0	11	4	4	3	5		25.00	6.31	3.88	+		27.50	6.25	3.52	+

4. sz. tábla: Beszédtünetek

Összefoglalás

Komplex módszerünk szemléleti alapjai

1. Az emberi létnek nem elszigetelt tulajdonsága a beszéd. A beszéd közvetlen vagy közvetett módon hat a személyiség egyéb területeinek fejlődésére, s ez igazolja a dadogó egész személyiségére irányuló kezelési eljárások helyességét. Véleményünk szerint a dadogás változatos képe az egész személyiségre ható vagy azt befolyásoló tünetegyüttes, melyben a beszéd zavara csak egy jellegzetes tünet.
2. A multifaktoriális adatok, a pszicho-szomatikus tünetegyüttes alapján az a véleményünk, hogy a dadogás nem egységes kép, így eredete, kialakulása

és megjelenése sokoldalú, összetett (ezért nem dadogásról, hanem dadogásokról kell szólnunk). Maga a beszédmegnyilvánulás csak egy jegy a multifaktoriális tünetegyüttesből, amelyet a személyiség pszicho-szomatikus hátterén, egy speciális hajlam és a jelenséget közvetítő mikro-makróhatások együtteseként jelentkeznek.

3. Véleményünk szerint a mai ismeretek a dadogás jelenségét pszichoszomatikus képnek mutatják. Az ember pszichoszomatikus egység egészségesen és betegségben egyaránt, így a pszichoszomatikus kezelés, szemlélet nem külön specialitás, nem a funkcionális betegségek tana, hanem általános és minden kezelési tevékenységre érvényes koncepció, mely mindig az egész embert veszi figyelembe. Ezért a betegség- vagy tünetcentrikus szemlélet helyett a beteg- vagy személyiségcentrikus szemlélet kell, hogy kapjon központi helyet munkánkban. Tehát nem a dadogást, hanem a dadogót kezeljük.
4. A társtudományokban felhalmozódott elméleti és tapasztalati anyag kedvezően hatott a dadogás jobb megértésére. Ennek a folyamatnak köszönhető a dadogókkal kapcsolatos objektív adatoknak a gyarapodása. Így a dadogás többokúságának, többtünetűségének felismerése vetette fel a komplex kezelés szükségességét. Véleményünk szerint a kezelési munkának is differenciálnak, több szakterületet, hatást és módszert egyesítőnek kell lenni, hogy alkalmazkodni tudjunk a jelenség természetéhez.
5. Felfogásunk szerint a dadogás bizonyos személyiségkomponensekhez kötődik, melyek aztán kölcsönhatások révén favorizálják a dadogás megjelenését és terjedelmét. Természetesen ezek a mechanizmusok megtalálhatók más tünetű kórképekben is, de a lényeg egyrészt az, hogy melyik van túlsúlyban egy adott fejlődési ponton, másrészt ezek összekapcsolódási aránya és terjedelme az egyénen belül (így a személyiség összekapcsolódik a tünettől). Ebből következik, hogy a dadogó alapvető személyisége nem eltérő, nem rendelkezik sajátos, jellemző vonások valamilyen al csoportjával, mely megkülönböztetné őket a nem dadogóktól (a projektív tesztek eredményei nagyban függenek az értelmező felfogásától, személyiségétől). A jellemző, ún. elkülönítő jegyek a ráépülésekre vonatkoznak, mindazokra, melyek a dadogás következtében alakultak ki, s így a dadogás következményei.
6. Eljárásunk nem beszédközpontú, közvetlenül nem koncentrálna a beszédtechnikára, mert véleményünk szerint a dadogás nem egyenlő a beszédtünetekkel. Felfogásunk szerint a dadogás nem beszédzavar, hanem a belsővé vált hatások, a hibásan rögzült beszéd-magatartás egyik megnyilvánulása. A beszéddel való közvetett foglalkozás azonban szükséges, de tárgyalt formáját nem célként alkalmazzuk, hanem eszközként, komplex kezelési eljárásunk egy fokozati elemeként.

7. Módszerünk nem a tünetek okát változtatja meg, hanem a tünet megőrzésének egyik közvetítő közegét befolyásolja: a beszéd-magatartás akadályozottságát (a panaszok az egyes tünetek rögzülésének a módjai).

Komplex módszerünk alkalmazásának feltételei

1. Dadogók számára nyolcéves kortól, komplex (logopédiai, pszichológiai eljárásokat és orvosi vizsgálatot egyesítő) módszert dolgoztunk ki, mely több életkori övezetre tagolódik.
2. Az eljárás az adekvát viselkedésű és az ép intellektusú dadogók részére javasolt.
3. E módszerünkkel szerzett tapasztalatunk szerint komplex eljárásunk az ún. „funkcionális háttérű” és a dadogás másodlagos tüneteit mutató dadogók esetében alkalmazható nagyon jó eredménnyel.
4. A módszer indikációs köre a dadogás okozta kóros beszéd-magatartás következményes tüneteinek befolyásolása.
5. Komplex módszerünk két nagy módszertani részből áll: vizsgálati és kezelési lépésekből. Így a kezelő azt kezeli, amit a dadogónál talált, vizsgált, megállapított, s ezzel nem általában kezeli a dadogót, hanem kizárólag csak az objektíven bizonyított tünetek alapján.
6. Komplex eljárásunknak része a gyógyszeres kezelés, amelytől főleg a vegetatív disztóniás tünetek befolyásolását reméljük, valamint a terápiás beavatkozás (együttműködés) jobb előkészítettségét a kezelési folyamat egy-egy időszakában.
7. Komplex kezelésünk kétéves kezelési időt vesz igénybe, melynek során a dadogó és a kezelő intenzíven dolgozik (minden nap gyakorol a kezelt).
8. A kezelés gyakorisága elvileg hetente 1-2 alkalom, egy kezelés ideje egy óra (a találkozók gyakoriságát a tünetek súlyossága dönti el). A kezelés mindig egyéni.
9. Komplex módszerünk minden eleméről a kezelőnek saját élménnyel kell rendelkeznie.
10. Fontosnak tartjuk, hogy a kezeléseket során ne kérjük számon a gyakorlatok otthoni elvégzését. A gyakorlatokról, feladatokról tájékoztassuk a hozzátartozókat, de kérjük őket, hogy a kedvező változás érdekében ne avatkozzanak bele azok ellenőrzésébe, szorgalmazásába. A kezeltnek mindenfajta elmarasztalása, rossz érzésünk érzékeltetése, felfogásunk szerint hiba. Ezen állásfoglalásunk abból a megfontolásból fakad, hogy a foglalkozásoknak és a kezelő hatásának együttesen el kell vinniük a kezeltet a természetes önirányítás, öngyapodás felismeréséhez (az igény tudatosulásához), amelyhez legfeljebb csak közvetett motívumokat használunk.

11. Mivel a dadogás kialakulása, a tünetek jelentkezése, kombinációja soha nem ismétlődő alakban és arányokban mutatkozik, ezért felfogásunk szerint nem helyes a kezelés bármifajta formalizálása. Ezért módszerünkben kizárólag elvi ajánlásokat adunk a kezelés felépítését illetően.

Mi várható komplex módszerüinktől?

1. Vizsgálati eljárásunk alkalmas a dadogót jellemző tünetek megfogalmazására, amelyen a dadogó beszéd-magatartásának vezető, következményes tüneteit értjük: magatartás-, mozgás-, testi- és beszédtünetek.
2. Kezelési eljárásunk alkalmas a dadogás okozta beszéd-magatartás következményes, jellemző tüneteinek kedvező befolyásolására.
3. Komplex eljárásunk a magatartási, a mozgásos, a testi és a beszédtünetek köré, azok befolyásolására alakított ki módszeres gyakorlatokat. Ezeknek az összehatása az újonnan tanult viselkedés.
4. Komplex eljárásunk alkalmas a kontaktopátiás magatartászavart mutató dadogót elvinni a beszéd-magatartás szándékának és megvalósításának a vállalásáig.
5. A kezelés következtében olyan pszichológiai változás jön létre, ami a személyiség panaszainak szignifikáns csökkenését jelenti.
6. A kapott eredmények az időnek és az életbeli eseményeknek ellenállnak.

Kezelési eredményeink késői lemerése és az utógondozás

1. A dadogók kezelési eredményeinek milyensége egyben a módszer minősítését is jelenti, ezért utánvizsgálatunkkal saját komplex módszerünk hatékonyságát kívánjuk ellenőrizni: kezelési eredményeink az időnek, az életbeli eseményeknek ellenállnak-e.
2. Kezelési eredményeink késői lemerése során 50, általunk kezelt és gyógyultnak minősített dadogó utánvizsgálat-sorozatát végeztük el. Az 1972–88 közötti időben végzett vizsgálatok tapasztalata a következő: a gyógyult dadogóknak 16 éven keresztül folytatott utánvizsgálati adatait összesítve az állapítható meg, hogy kezelési eredményeink az időnek és az életbeli eseménynek ellenállnak, tartósak, ha a dadogó a kezelés befejezése után meghatározott rendszerességgel végzi gyakorlatát (az önmagával való foglalkozás e felfogása a lelki egészségvédelem feladatát tölti be).
3. Utánvizsgálatunk kulcsfontosságú tapasztalta, hogy a dadogót alapvetően és tartósan a magatartás-, a mozgás-, a testi, és csak kisebb részben jellemzi a beszédtünet. Ez magyarázatul szolgál az újratermelődő neu-

rotikus potenciál, a testi-lelki működészavar hátterére, valamint a kezelés céljára: ne a dadogást, hanem a dadogót kezeljük.

4. Utánvizsgálatunk bizonyította, hogy a folyamatos gyakorlás és a tartós kezelési eredmények között ok-okozati összefüggés van, tehát a kezelési eredmények megtartása miatt ún. megerősítő kezelésre szükség van (ez az utógondozás formája).
5. Az utánvizsgálati tapasztaltok alapján, a dadogók részére kialakított ún. megerősítési találkozások elvi rendje a következő: a kezelt és kezelők évente 1-2 alkalommal találkozik, s az ott megbeszéltek szerint a kezelték ott-hon végzik gyakorlataikat. Ezek főleg: szándékformulás relaxáció, beszéd- és akciónehézséget eredményező konfliktusok elemzése, verbális-nemverbális gyakorlatok, napi önvizsgálatok (a tett és nem a nem megtett dolgok elemzése).
6. Az ún. megerősítő találkozások során a következő, a volt dadogókat tartósan jellemző tünetekkel foglalkozunk (ezeket a tüneteket utánvizsgálatunk szignifikánsnak találta): az akciós-készség gyengülése, insuficiencia érzések-gondolatok, az előrevételezés pontatlansága, az érzelmi-indulati szabályozás zavara (ezek az utógondozás tartalmi részét jelentik).

Módszerünk tudományos értéke, hasznossága

1. Módszerünk erre a korcsoportra Magyarországon először mutat be dadogók részére saját kutatási anyagra épülő komplex módszert, alkalmazkodva ezzel a jelenség kialakulásának és tüneteinek változatos összetettségéhez.
2. Módszerünk vizsgálati adatokra épülő módszeres kezelési rendszer, mely az egész személyiségre fejt ki átfogó, befolyásoló hatást, s ez alapvető többlet a hazánkban alkalmazott eddigi kezelésekkkel szemben.
3. Sikertelen kezelési eredményt csak akkor tapasztaltunk, ha a kezelt abba-hagyta kezelését, nem gyakorolt rendszeresen, az együttműködés színvonal-a csökkent (az akciós-készség hiányzott a kezeltből). Ellenkező esetben módszerünkkel minden dadogót eredményesen tudunk kezelni. Tapasztalatunk szerint az eredmény, a hatás döntően a gyakorlás minőségétől függ.
4. Módszerünk, mely továbbfejlesztette a főbb nemzetközi kezelési irányzatokat, az elmúlt 15 évben országosan és külföldön is ismert, eredményesen alkalmazott módszer lett. Így minden egyes vizsgálati módszerünk eredménye ellenőrzöttnek és hasznosítottnak tekinthető.
5. Komplex módszerünk összehatása az újonnan tanult viselkedés, ami a dadogó beszéd-magatartás színvonalának emelkedését jelenti, s ezzel megadjuk a lehetőséget a képességek szerint való élethez.
6. A kapott eredmények az időnek és az életbeli eredményeknek ellenállnak, a tulajdonsággá lett hatás a személyiség természetes öngyapapódását segíti.

*Vakok Óvodája, Általános Iskolája, Speciális Szakiskolája,
Diákotthona és Gyermekotthona (Budapest, Ajtósi Dürer sor 39.)*

Siketvak gyermekek nevelése

ÁBEL ANDRÁS

(Közlésre érkezett: 2001. január 5.)

Előzmények

Magyarországon a siketvakokkal való foglalkozás 1904-ben kezdődött. Az első oktatásban részesülő siketvak gyermek Egri Margit volt, akivel Adler Simon – az akkori Wechseltmann Intézet későbbi igazgatója – foglalkozott. Adler munkája ezzel az értelmes gyermekkel olyannyira eredményes volt, hogy a leány megtanulta a Braille írást-olvasást, kommunikálni tudott vak társaival, könyveket másolt, szabadidejében kézimunkázott. Később pedig levelezést folytatott külföldön élő siketvak emberekkel, köztük Helen Kellerral is. Az ezután következő években Adler sikerei ellenére csak szórványosan találkoztunk próbálkozásokkal siketvak gyermekek fejlesztésével kapcsolatban. Ilyen gyermekekkel foglalkoztak intézményünkben: Kleitsch János, Konrád György, Góts Ottó, Deschensky Nándor, dr. Bernáth István, Magyar László.

A jelen

Szervezetten 1993 óta foglalkozunk ismét siketvak gyermekekkel.

Munkánkhoz felhasználjuk a nemzetközi tapasztalatokat, részt veszünk külföldi tanulmányutakon, konferenciákon. Külföldi szakemberek meghívásával is igyekszünk a foglalkozásainkat szakszerűbbé, eredményesebbé tenni. Kezdetől kiemelkedő anyagi és szakmai segítséget kaptunk munkánkhoz az amerikai Hilton-Perkins Alapítványtól.

A siketvak gyermekek szakszerű vizsgálatát, pedagógiai kísérését az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolai Kara keretein belül működő team (ennek tagjai: gyógypedagógus-pszichológus, audiológus, tiflopedagógus) végzi. 1994-ben megalakult – szülők és szakemberek részvételével – a Siketvakok Országos Egyesülete, mely érdekképviseletet lát el.

Ma hazánkban kb. 50 siketvak gyermek él (1-16 év között). Közülük kilencen részesülnek szakszerű gyógypedagógiai fejlesztésben. Öten a Vakok Batthyány László Római Katolikus Gyermekotthonában, ketten a vakok általános iskolája óvodájában, egy gyermek a halmozottan sérült hallássérültek Szőnyi úti általános iskolájában tanul, míg egy siketvak fiú vidéken, egy egészségügyi gyermekotthonban van. A többi, közel 40 siketvak gyermek felkutatása, környezetük ellátása tanácsokkal, majd e sérültek szakszerű nevelése még várat magára.

A rendszeresen foglalkoztatott gyermekekről

Az ismert kilenc siketvak gyermek átlagéletkora 10 év. A legfiatalabb 5 éves, a legidősebb 15 éves. A látás-hallássérülésük súlyossági fokát tekintve közülük hatnak van olyan mértékű látásmaradványa, amelyre nevelő munkánk során támaszkodhatunk. Hét gyermeknél a hallásmaradvány mértéke csekély, ők alig használják maradék hallásukat. Két gyermeknél fényérzés, illetve teljes vakság párosul súlyos nagyothallás/siketség állapotával. A kórokokról és a csatlakozó sérülések jelenlétéről az 1. sz. táblázat tájékoztat.

A gyermekek közül hatnál 4-5 éves korban kezdődhetett el a szakszerű pedagógiai munka, míg hárman ennél idősebb korukban kapcsolódhattak be a foglalkozásokba.

Középpontban a KOMMUNIKÁCIÓ fejlesztése.

A siketvak kisgyermek nevelése egyéni fejlesztési terv alapján, mindig egyéni formában zajlik. Munkánkban központi szerepű, állandóan jelenlévő feladat a kommunikáció fejlesztése, mivel e gyermekek – kettőssérülésük következtében – önerőből nem tudják elsajátítani környezetük kommunikációs mintáit, hiszen azok csak nagyon rosszul, vagy egyáltalán nem érzékel-

1. számú táblázat

Kórokok és csatlakozó sérülések jelenléte

Diagnózis	Esetek száma	Csatlakozó sérülés jelenléte
Rubeola	4	Értelmi sérülés (3 fő) + autisztikus viselkedés (3 fő) + magatartászavar (1 fő)
Koraszülöttség	3	Értelmi sérülés (3 fő) + magatartászavar (1 fő)
Genetikus syndroma	1	Értelmi sérülés + mozgássérülés
Ismeretlen ok	1	Értelmi sérülés + hyperaktivitás

hető formában vannak jelen számukra. A fejlesztés kezdetén a gyermekek többsége alacsony szintű nonverbális kommunikációs formákat (pl. sírás, agresszivitás, vokalizáció, a felnőtt kezeinek odahúzása a kívánt tárgyhoz, stb.) használ. Feladatunk, hogy megerősítsük a gyermeket abban a tudásában, hogy környezete nyitott az ő közléseire s érzékenyen reagál is ezekre, valamint, hogy megkönnyítsük a gyermek számára önmaga kifejezését, s a külvilágból érkező információk megértését. Totális kommunikációt alkalmazunk, ami azt jelenti, hogy közléseikben több csatornán küldjük egyszerre ugyanazt az információt, több csatorna egyidejű bevonásával (látás-hallás-maradvány, tapintás, stb.) segítjük a verbális információk megértését. A hangosbeszéd tanítása mellett általuk könnyebben elsajátítható, alternatív kommunikációs formákat kínálunk fel számukra. (2. sz. táblázat)

2. sz. táblázat

A siketvakokkal történő kommunikáció lehetőségei

A non-verbális kommunikáció lehetőségei:	A verbális kommunikáció lehetőségei:
1. Testnyelv, testi jelek.	1. Látó írás-olvasás.
2. Vokalizáció.	2. Nyomatott betűk tenyérbe írása.
3. Természetes gesztusok, pantomim.	3. Braille-írás.
4. Tárgyakkal történő kommunikáció.	4. Braille-írás kézbe írt változata.
5. Képekkel történő kommunikáció.	5. LORM.
	6. Ujj-abc-k tenyérbe jelelt formája.
	7. Hangzó beszéd.
	8. TADOMA.
	9. Jelnyelvek.

A siketvakokkal történő kommunikáció lehetőségei

E kommunikációs formákat a gyermek egyéni adottságaihoz, képességeihez, sajátosságaihoz (értelmi állapot, látás-hallás-maradvány foka, mozgásállapot, stb.) igazodva választjuk ki. A kommunikáció alacsony szintjén gyakran hívjuk segítségül az egyszerű kézjelekkel, gesztusokkal, a tárgyakkal, illetve a képekkel történő kommunikációt.

Egyszerű kézjelek, gesztusok alkalmazása

A siketvak gyermekek kezdeti kommunikációját segítik azok az egyszerű jelek, gesztusjelek, amiket a gyermek a kezeivel mutat a siket emberek

jeleléséhez hasonlóan. Ezeknél a gyerekeknél általában „kéz a kézbe” történik a jelek adása és vételezése. A „beszélő kezek” a „hallgató kezek” alatt jelennek, majd a válasz esetén a kezek helyet cserélnek. A jelelés tanítása mindig egy kedvenc tevékenység jelének megtanításával kezdődik. A tevékenységhez alkotunk egy jelet – ami gyakran az adott mozgás utánzása a kezünkkel –, s ezt a jelet sokszor bemutatjuk a gyermeknek a tevékenység megkezdése előtt, s azt meg – megszakítva, a tevékenység közben is. Többszöri ismétlés után elvárhatjuk, hogy ő mutassa nekünk saját kezeivel az adott tevékenység jelét, így kérve annak ismétlését, végzését.

Pl.: ugrálni jele: a jobb kéz mutató és középső ujjja – a gyermek két lábát jelképezve – „ugrál” a balkéz felfelé nyitott tenyerén.

Tárgyakkal történő kommunikáció

Lényege, hogy kiválasztunk a gyermek számára olyan tárgyakat, melyek egy-egy szituációt jelölnek, szimbolizálnak. Lehetőleg olyan tárgyat válasszunk ki, amit könnyen kapcsolatba tud hozni az adott szituációval, ami számára fontos, amivel érintkezésbe kerül minden alkalommal. Ezt a tárgyat az adott tevékenység bekövetkezése előtt adjuk a kezébe, s így könnyebben megérti majd mi fog következni. Kezdetben 2-3, majd 4-5 tárgy segítségével az adott nap reggelén előre megbeszélhetjük a napirendjét.

Pl.: Fürdés tárgyjele lehet a gyermek kedvenc törölközője, a tízórait jelölheti, pl. a gyermek pohara amit rendszeresen tízóraizáskor használ.

Képekkel történő kommunikáció

Azoknál a gyerekeknél, akiknek elegendő látásmaradványuk van, megpróbálunk képeket, fényképeket használni a tárgyakhoz hasonló módon. Általában valódi tárgyak bemutatása előzi meg a képek alkalmazását. Az utóbbiakra csak fokozatosan térünk át, miután gyakoroltattuk a tárgy-tárgykép megfelelést. A képek száma fokozatosan növekszik, s egy „képarzenál”-ból reggelenként itt is kiemelhetjük – egy külön helyre téve – az adott nap tevékenységeit jelölő képeket.

Törekszünk arra, hogy ezeket a támogató, könnyebben elsajátítható kommunikációs formákat lehetőleg mindenki következetesen és egységesen használja a gyermek környezetében. A jól megtervezett napirend – melyben számára átláthatóvá válnak az események –, valamint a sokféle természetes élethelyzet kihasználása a munkánkban nagyban hozzájárul a tanuló kommunikációjának fejlődéséhez.

A kommunikáció fejlesztésének részletesebb leírásán keresztül igyekeztem bepillantást adni a siket-vak gyermekekkel folytatott nevelőmunkánkba.

Irodalom

HELEN KELLER: *Csendes, sötét világom*. Pont Kiadó, Budapest, 1997.

I.M. MC INNES–I.M. TREFFRY: *Deaf-Blind Infants and Children*. Perkins School for the Blind, USA

POÓR ERZSÉBET (szerk.): *Nevelési program siket-vak óvodások számára*. In.: A vakok óvodája nevelési programja. Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola és Diákotthon, Budapest, 1999.

A szerző jelenlegi címe:

Ábel András
6000 Kecskemét, Irinyi u. 46. IV/9.

KÖZLEMÉNY

A Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány rendezésében 2003. június 11-14. Budapest ad otthont a *11. Nemzetközi Lovasterápiás Konferenciának*. A Konferencia fő témája: „*A lovasterápia komplex hatásai*”

Jelentkezés és információ:

Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány

Budapest Teréz krt. 24.

Tel: 06 1 475-7018

www.lovasterapia.hu mltsz@gyermekmento.hu

Benczúr Miklósné

Értelmileg akadályozott óvodás vak gyermekek fejlesztésének sajátosságai

ÁRKOSSY ZSUZSANNA – MIHÁLY ODETTE

(Közlésre érkezett: 2001. január 5.)

A kezdetekről

Iskolánkban 1982-től kapnak rendszeres gyógypedagógiai megsegítést a halmozottan sérült (vak és értelmileg akadályozott) fiatalok.

Az óvodásokkal való foglalkozás azonban csak a '90-es évek elején kezdődött el. Az első időben egy-egy értelmileg akadályozott kicsi fejlesztését az ép értelműek csoportjában (7-9 fő) próbálták meg a gyógypedagógusok. A tapasztalatok alapján nem bizonyult jónak ez a nagyobb létszámú csoportban való fejlesztés: kevés egyéni foglalkozásra jutott idő a halmozottan sérült gyermekek számára. A csoportos játékba, foglalkozásba viszont – állapotuk miatt – legtöbbször nem voltak bevonhatók. Ezért 1992-től külön, kisebb létszámú csoportokban történik a velük való foglalkozás. Ezekben a „speciális csoport”-okban a 3-4 kicsi gyakorlatilag egyéni fejlesztést kap, de szoknia kell a társakhoz való alkalmazkodást is.

A kezdeti munkához a legnagyobb szakmai segítséget Lilli Nielsen tanulmányai [1.2.], valamint német- és lengyelországi utazásaink tapasztalatai jelentették. Nehézséget okozott az első években a kevés speciális eszköz. Azóta ezek száma folyamatosan bővül – jórészt saját készítésűekkel.

1999 tavaszán elkészítettük az értelmileg akadályozott vak óvodások – Magyarországon első [3.] – nevelési programját. Ez az alapidokumentum tartalmazza szakmai munkánk súlypontjait, elveit.

A jelen

Szervezeti keretek, alapelvek

A csoportok kialakításánál fontos szempont, hogy lehetőleg hasonló képességű gyermekek legyenek együtt. Ennek megítélésében a Látásvizsgáló Ország-

gos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központ szakvéleménye, a szülők beszámolója és a leendő óvodások megfigyelése (különböző előzetes ismerkedéseken) van segítségünkre. A csoportvezető gyógypedagógusok munkáját segíti egy asszisztens. A rászoruló kicsikkel rendszeresen foglalkozik gyógytornász is. Ismerjük és fejlesztő munkánkba beépítjük a szenzoros integrációs terápiát.

Kiemelt szerepe van a foglalkozásokon a zenének, illetve a sokféle hangszerrel való ismerkedésnek. Főként ritmushangszereket használunk, melyek nagyon népszerűek gyermekeink körében.

A csoporton belül a gyermekekkel egyénileg foglalkozunk: a gyermek egyéniségéhez, képességeihez illeszkedő, a tanév elején kidolgozott *egyéni fejlesztési terv* alapján. A gyógypedagógus úgy osztja be a csoport, azon belül a gyerekek idejét, hogy mindenkire és minél többféle tevékenységi formára jusson idő.

Nagy hangsúlyt fektetünk a *napirend* kialakítására és betartására, amely nemcsak biztonságot ad a gyermeknek, hanem a naponta ismétlődő szituációkhoz kapcsolódva beszédértése, kommunikációs készsége is fejlődik.

Ugyancsak kiemelt szerepe van nálunk a *biztonságos környezet* kialakításának. A csoportszobában lévő bútorok stabilak, hosszú ideig ugyanazon a helyen állnak. A gyermekek által könnyen elérhető játékok, eszközök nem veszélyesek. Fontos, hogy ismerjék meg a kicsinyek a játszóterületüket, a számukra kedves játékokat mindig azonos helyen találják meg. Fokozottan figyelünk arra, hogy ne keltsen félelmet a gyermekekben egy váratlan zaj, ne legyen hangoskodás, kiabálás a fejük fölött.

Évente rövid videofilmet készítünk óvodásaink fejlődéséről.

A gyermekek bemutatása

Az 1999/2000-es tanévben két csoportban nyolc kisgyermekkel foglalkoztunk. Valamennyien koraszülöttek, szemészeti diagnózisuk: Retinopathia. Az 1. számú táblázatban mutatjuk be a hat leány és két fiú további főbb adatait:

1.sz. táblázat

A halmozottan sérült vak óvodások főbb adatai

Születési súly	Látásteljesítmény	Kommunikációs szint	Mozgás-tájékozódás
600-850 gr 4 fő	Vizus: 0 4 fő	Nem beszél 2 fő	Nagyon bizonytalan 2 fő
900-1200 gr 2 fő	Vizus: fényérzékeny 3 fő	Gyakran echolál 3 fő	Bizonytalan 3 fő
1200 gr fölött 2 fő	Vizus: ujjolvasó 1 fő	Egyszerű kérdésre válaszol 3 fő	Állapotának megfelelő 3 fő

A gyógypedagógiai fejlesztés kiemelt területei

Mozgás-, tájékozódás-, tapintásfejlesztés

A súlyosan látássérült és értelmileg akadályozott gyermekek mozgása többnyire visszafogott, bizonytalan. Inkább passzív, nem szívesen változtatják a helyzetüket: kevés olyan inger van, amely felkelti az érdeklődésüket. Nagyon sok esetben nem öröm számukra a mozgás, hanem nehéz, erejüket meghaladó funkció.

Sok gyermekünkre jellemzőek az intenzív fej-, kézmozgások, forgások, melyek állandóan ismétlődnek, és sokszor bizarnak tűnnek. Az okok leggyakrabban az ingerszegény környezetben, illetve a mozgáshiányban keresendők.

A mozgásnevelést először a nagymozgások fejlesztésével kezdjük, majd a manipulációval és tapintásfejlesztéssel folytatjuk, illetve párhuzamosan gyakoroltatjuk mindkettőt. A nagymozgások kialakításához már sokféle eszközünk és lehetőségünk van: alkalmazzuk a szenzoros integrációs terápiát, az iskolai uszoda révén pedig a vízben való mozgás örömét is megtapasztalhatják a gyerekek. Lehetőség szerint igyekszünk a lóval való ismerkedést, együttmozgást is beépíteni a munkánkba.

A nagymozgásokat általában mondókákkal vagy rövid, jól utánozható szavakkal kísérjük – mindig figyelembe véve a gyermek reakcióit. Ha a kicsi már szívesen mozog és viszonylag ügyesen tud helyzetet, helyet változtatni, elkezdődhet a tájékozódás gyakorlása is. Ennek nélkülözhetetlen része a saját testén való tájékozódás. Ugyancsak fontos a hallási figyelem fejlesztése: forduljon hang irányába, több zörej közül szűrje ki a számára fontosat...

Néhány feladat:

- csörgőlabra gurítása, elkapása,
- babzsák vagy egyéb, hangot adó anyaggal töltött zsák elkapása, megkeresése,
- egyszerű ritmus visszaadása tapssal, ritmushangszerekkel,
- zenehallgatás, hangkazetták.

A tapintás- és manipulációfejlesztés kezdetén gyakran találkozunk olyan kiscsivel, aki nem akart, nem mert megfogni, megérinteni tárgyakat. Sokszor a szájukhoz viszik és/vagy eldobják ezeket. Ezért a csoportszobáink falán többféle saját készítésű „falvédőnk” van: különböző felületű (bolyhos, sima, stb.) textiliákra patenettel, tépőzárral, „fülelkel” erősítünk fel egyszerű tárgyakat (puha kefe, kanál, csörgő, vízzel töltött flakon, stb.).

Ezeket nem lehet eldobni, mert „visszatérnek” – így próbáljuk minél hosszabb manipulálásra készíteni a gyermekeket.

Néhány bevált feladat még tapintás- és manipulációfejlesztéshez:

- nagyméretű gyöngyök, golyók felfűzése, leszedése (Montessori-torony, lánc),
- különböző anyaggal bevont kockák válogatása, megadott szempont szerint,
- a válogatandó tárgyjal megjelölt edényekbe való szortírozás,
- sógyurma: gömbölyítés, sodrás, lapítás,
- tépőzár, cipzár használata.

Kommunikáció

A kommunikáció minősége, fajtája nagyon változatos képet mutat kisgyermekünkénél. A beszédet, mint kommunikációs formát nem mindegyikük tudja használni. Többnyire a beszédértés fejlettebb szintű, mint az önálló megnyilvánulás. Gyakori náluk a hibás mondatszerkesztés és ragozás (pl.: E/2. személyben beszélnek magukról). A szókincsük szegényes, könnyebben fejezik ki magukat szituációkhoz kötötten. Gyakori az echolálás. Azok a kicsik, akik nem használják a beszédet, sok más formában kommunikálnak a környezetükkel. Gyakran sírással, kiabálással, ritkább esetben dühös, agresszív reakciókkal fejezik ki kívánságaikat, vagy nemtetszésüket.

A kommunikáció kialakítása az egyik legfontosabb területe a munkánknak. A még nem beszélő kicsiknél nagyon kell figyelniük a legapróbb jelzésekre is. Ezekre egyszerűen megfogalmazott mondatokkal reagálunk. Fontos, hogy mindig megnevezzük, hogy mi fog történni vele. Lehetőleg állandóan ugyanazokat a szavakat használjuk. A jól látó értelmileg akadályozott gyermekek számára is megnyugtató a felnőtt csöndes hangja, következetessége – nálunk ezeknek még nagyobb a jelentősége.

Ha a gyermek saját hangját hallatja, utánozzuk, illetve a mi könnyen utánozható – először hangjainkat, szótagjainkat, majd szavainkat próbáljuk vele utánoztatni. Sokszor játszunk énekkel, mondókával összekapcsolt hangutánzás, mozgásos játékokat.

Játék

A játéktevékenysége minden gyermekről sok fontos dolgot árul el értelmi képességeiről, érzelmi életéről egyaránt.

A halmozottan sérült vak gyermekek játéka sokszor egysíkú, állandóan ismétlődő elemeket tartalmaz (zörgetés, dobálás, kipakolás, stb). A megszo-kott, kedvelt játékaikhoz nagyon ragaszkodnak, sokáig leköti a figyelmüket a

velük való foglalatosság. Nem szívesen játszanak egymással, jellemzőbb, hogy egy-egy védett kis zugba vonulnak a játékaikkal. A társakkal való közös játék helyett inkább a felnőtteket részesítik előnyben. A számukra szimpátiikus, jól ismert felnőttel nagyon bensőséges, érzelemgazdag viszonyt alakítanak ki (ölébe bújnak, szeretik a simogatását, igénylik a velük való törődést). A játéktevékenység színesítése, változatosabbá tétele sok segítséget igényel, ezért igyekszünk a játékba minél többször bekapcsolódni. Próbálunk az érdeklődésüknek megfelelő játékokat, tárgyakat vásárolni, készíteni. Értelemszerűen kiemelt szerepe van ezeknél az egyszerű, jól kézbe vehető formáknak, a játék hangjának, kellemes tapintásának, súlyának, esetleg illatának. Életkoruknak megfelelően, minden nap kellő időt fordítunk erre a tevékenységre.

Önkiszolgálás

Az önkiszolgálás terén nagy eltérések tapasztalhatóak gyermekeink körében. Van olyan, akinél a szobatisztaság elérése a cél, de olyan is, aki teljesen önállóan használja a WC-t.

Az étkezés, öltözés szokásainak kialakításához nagyon fontos a szülő segítése és együttműködése. Ezért e területen is gondolunk rájuk a speciális módszerek, „trükkök” megismertetésével. Fontos, hogy tudják az utánzás lehetőségének kiesése – látó gyermekeknél kiemelkedő a szerepe! – jelentősen nehezíti pl. a helyes mozdulatok megtanulását. Célszerű ezért a vak kisgyermek mögött elhelyezkednie a felnőttnek a segítségnyújtás közben (kanál közös megfogásakor, kabát felvételekor, stb) így a gyermektől elvárt – később általa önállóan végzendő mozdulat gyakorolható.

Látásnevelés

Azoknál a gyermekeknél, akiknek valamilyen mértékű látásmaradványa van, igyekszünk ezt minél jobban kihasználni, gyakoroltatni. A diagnózistól, látásteljesítménytől függően fény követésére, kontúros képek, élénk színű tárgyak felismerésére tanítjuk őket. Megjelöljük pl. a kedvenc játékukat vagy ennek helyét élénk színnel, elütő színű alátétet teszünk eléjük a foglalkozások során. A csoportszoba berendezésénél gondolunk arra, hogy a terem bizonyos részét jobban éri a napsütés, több, esetleg változó helyzetű mesterséges fényt alkalmazunk (pl. elemlámpa, színes égők). Kedvelt a gyerekeknél a speciális „világító doboz” is (alulról világítja meg a ráhelyezett tárgyat).

Együttműködés a családokkal

Úgy véljük, nem kell hosszasan írunk a vak kisgyermeket nevelő családok nehéz helyzetéről, hiszen ezek a gondok többnyire azonosak valamennyi családban, ahol sérült gyermek van. Többszörösek viszont a terhek a kicsi halmozott sérülése esetén. Az óvodába kerülés idejére már – sok orvos, természetgyógyász felkeresése után – kezdik elfogadni a szülők a vakságot, mint állapotot. A gyermekük lassúbb ütemű fejlődését, „más”-ságát is ezzel magyarázzák. Ezért igen nehéz a feladatunk, amikor az értelmi akadályozottsággal is kénytelenek szembesülni. Ebben a munkában segítségünkre van pszichológusunk is: egyéni és/vagy kiscsoportos beszélgetésekre hívja, várja a szülőket.

Gyógypedagógusokként mi arra törekszünk, hogy partnerekként dolgozzunk együtt a szülőkkel: velük örülünk az apró sikereknek, igyekszünk őszintén megbeszélni a gondokat. Jó alkalmak erre az évente bővülő számú óvodai lehetőségek: előzetes nyári ismerkedés, családlátogatás, nyílt nap, ünnepek, nagyszülők találkozója, stb.

Örülünk, hogy bepillantást nyújthattunk a munkánkba.

Irodalom

LILLI NIELSEN: *A vakon született csecsemők térismerete*. Kézirat Budapest, 1992.

LILLI NIELSEN: *Vak vagy?* Kézirat. Budapest, 1990.

POÓR ERZSÉBET (szerk.): *Nevelési program az értelmi fejlődésükben akadályozott vak óvodások számára*. In: *A vakok óvodája nevelési programja*. Budapest, 1999.

NEMZETKÖZI KAPCSOLATOK

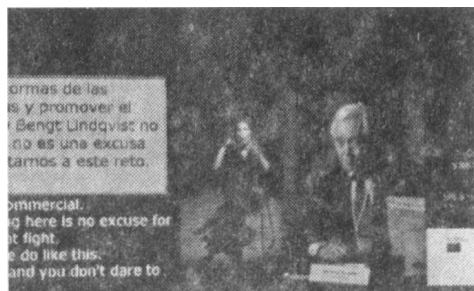
Diszkriminációmentesség + pozitív cselekvés = integráció avagy a Madridi Deklaráció

2002. március 20 és 23 között Madridban született meg az Európai Unió legfrissebb fogyatékosügyei dokumentuma. A Madridi Deklaráció megalkotására az Európai Bizottság, az Európai Fogyatékosügyi Fórum (EDF), a Luis Vives Alapítvány, az ONCE és a spanyol Munkaügyi és Szociális Minisztérium összehívta a Fogyatékos Emberek Európai Konferenciáját.

Az eseményen több mint 400 résztvevő képviselte a fogyatékos emberek érdekvédelmi szervezeteit, a nemzeti kormányokat (köztük hat csatlakozni kívánó tagállam szakértőit), az Unió különféle intézményeit és a szakszervezeteket. Magyarországot *dr. Hegedűs Lajos*, a MEOSZ elnöke és *Szöllősiné Földes Erzsébet* a MEOSZ elnökségi tagja, valamint a Szociális és Családügyi Minisztérium két munkatársa, *Szauer Csilla* és *dr. Lovászy László* képviselte.

A plenáris ülések mellett hat munkacsoportban folytak a viták és az egyeztetések annak érdekében, hogy az esélyegyenlősítés minél több célterülete jelenhessen meg a deklarációban.

Maguk a szervezők is élen jártak a konferencia céljainak prezentálásában, hiszen mind a plenáris üléseken, mind a munkacsoportokban folyó munkák során a kommunikáció már-már idilli volt, tökéletesen megfelelve a hozzáférhetőség (és a később tárgyalandó *Design for All*) elvének. A vetítővászon több részre volt osztva és mindenki megtalálhatta a neki megfelelő kommunikációs csatornát: jeltolmács, spanyol és angol (valósídejű szinkron) felírat és maga az előadó képe. Így történhetett az, hogy még egy súlyos nagyothalló – *dr. Lovászy László* – is tökéletesen tudta követni a kommunikációt angol nyelven.



A Madridi Deklarációt előkészítő, emberi jogi aspektusból tevékenykedő munkacsoportról (I.)

Az mindenképpen elmondható, hogy a fogyatékosokkal élő személyek szinte az egyetlen olyan csoport a világon, akik eddig még nem kaptak megfelelő védelmet és figyelmet.

Az emberi jogok említése a fogyatékosok esetében a nemzetközi porondon új keletű, hiszen korábban egészségügyi, szociális kérdésként tekintették a fogyatékos személyek problémáit. Ennek a mozgalomnak a lényege úgy értelmezhető, hogy a fogyatékos személyek fokozatosan „átalakultak” tárgy-ból alanyokká. Tehát a fogyatékos személyek, mint „problémából” átalakultak olyan személyekké, akik jogokkal rendelkeznek és így a „probléma” megoldásának alapja jogi természetű.

Justin Dart – az amerikai fogyatékosügy egyik legnagyobb polgárjogi élharcosa – úgy fogalmazott, hogy „a fogyatékos személyek csoportja az egyik olyan csoport, ahol éppen adót kívánnak fizetni és ehhez azonos lehetőségeket akarnak”.

A nyolcvanas évekre tehető a „fogyatékosügyi forradalom” kezdete, amikor 1982-ben az ENSZ elindított egy világprogramot a fogyatékkal élők érdekében. Ennek hatására megszülettek és sokasodtak a különböző fogyatékos személyekért dolgozó és fogyatékkal élő személyek által irányított befo-lyásos szervezetek, mozgalmak többek közt az *Inclusion International* vagy a *Disabled People's International*. Az ENSZ Emberi Jogi Bizottságának 1998/31-es határozata mérföldkönek tekinthető, mert az ENSZ felismerte, hogy emberi jogi kérdés a fogyatékos személyek jogainak kezelése. Ezt újfent megerősítette a Bizottság 2000/51-es határozata, utalva a *Standard Rules*-re.

A *Fogyatékos Személyek Európai Éve* kapcsán az előadó kiemelte, hogy a legfontosabb teendő a köztudat formálása és a jogok ismeretének elterjesztése. *Victor Wahlstöm* az ENSZ Emberi Jogi koordinátora úgy gondolja, hogy a szellemi fogyatékkal élők jogait sértik meg leginkább és leggyakrabban.

Végül megállapítható, hogy a fogyatékos személyek jogairól még manapság is relatíve kevés szó esik világszerte. Példának okáért az *Amnesty International (AI)* is kivételes és nem kitüntető jelleggel ejt szót a fogyatékos személyek jogainak megsértése esetében, annak ellenére, hogy az ilyen jog-sértések szinte mindennaposak a legtöbb országban. Az utóbbi időben mintha az *AI* is változtatott volna korábbi gyakorlatán és Bulgária esetében komolyan vizsgálta ezt a területet is.

A Madridi Deklarációt előkészítő, az oktatást és képzést tárgyaló munkacsoportról (II.)

„A tagállamoknak el kell ismerniük az egyenlő, integrált általános-, közép-, és felsőfokú oktatás lehetőségét a fogyatékossgal élő gyerekek, fiatalok és felnőttek számára. Biztosítani kell, hogy a fogyatékossgal élő személyek oktatása az oktatási rendszer szerves részét képezze.” (UN, Standard Rules 6. Szabály)

Az oktatás az a legalapvetőbb eszköz, amellyel a fogyatékos emberek társadalmi integrációs lehetőségeit növelhetjük meg. A fogyatékos embereknek alapvető emberi joguk az, hogy a társadalom többi tagjához hasonlóan, egyenlően férjenek hozzá minden szinten a különféle oktatási és képzési lehetőségekhez. Az esélyegyenlőség elvének megvalósulása érdekében a fogyatékos embereknek pénzügyi megsegítésre is szükségük van ahhoz, hogy fogyatékossgukból eredő plusz költségeiket fedezhessék. Ez okból kifo-lyólag ingyenesen kell hozzáférniük a segédeszközökhöz, a személyi segítő szolgáltatáshoz és minden egyéb olyan lehetőséghez, amely képzésük minőségi kiteljesítését segíti.

Alapvető prioritás az alapképzés hozzáférhetőségének biztosítása, hiszen ez teszi lehetővé a közép- és felsőfokú tanulmányok megkezdését. Az egyenlő hozzáférés elvének értelmében el kell távolítani a környezeti akadályokat az iskola épületéből és annak környékéről, hozzáférhető tankönyveket és taneszközöket kell alkotni, jeltolmácsnak kell rendelkezésre állnia az intézményben, az oktatás teljes folyamatában figyelembe kell venni a képzésben résztvevők eltérő szükségleteit, igényeit.

Az inklúzív oktatás lehetősége olyan vívmány, amelyet ma már nem lehet elutasítani vagy megkérdőjelezni. Lépéseket kell tenni annak érdekében, hogy még hatékonyabban valósulhasson meg.

A munkacsoport a vitaindító előadások és a hozzászólók véleményei mentén a következő értékeket fogalmazta meg a deklaráció számára:

Oktatás mindenkinek

- Az inklúzív oktatás csak a szülők, tanulók, civil szervezetek és a hatóságok szoros együttműködésével valósítható meg.
- Az egyén társadalmi inklúziója emberi jogi kérdés. Esélyegyenlőségre és diszkriminációmentességre van szükség.
- Létre kell hozni a *Mindenki Iskoláját*, amely az esélyegyenlőségre, a teljes részvételre és a közösségre épül. Az iskola a tudás átadásának helye és fontos szocializációs színtér.

- Tudatformáló tréningekre, képzésekre van szükség annak érdekében, hogy a társadalom attitűdjét kedvező irányba lehessen változtatni.
- A fogyatékos emberek véleményét minden kérdésben ki kell kérni. Igényeiket figyelembe kell venni.
- Olyan új eszközöket, technológiákat kell bevezetni, amelyek a társadalmi befogadást segítik.

A Madridi Deklarációt előkészítő, a „hozzáférhetőség” szempontjait vizsgáló munkacsoportról (III.)

Megállapításra került az, hogy az ENSZ által elfogadott és kibocsátott *Standard Rules* érdemi előrelépést jelentett a fogyatékos személyek jogai terén a hozzáférhetőség szempontjából (15. §, 5. Szabály), azonban azok megvalósítása, kikényszeríthetősége terén lemaradás tapasztalható szerte a kontinensen.

A deklarált jogok érvényesítése terén a legújabb megközelítés az un. egyetemes design (*universal design*) szolgál, amely képes lehet a fizikai, információs és kommunikációs hozzáférhetőség megteremtésére. Ez csak együttesen, univerzálisan valósítható meg, különösen az alapvető szolgáltatások, termékek hozzáférhetősége alapján, méghozzá olyan feltételek kialakításával, hogy mindezek mindenki számára elérhetőek legyenek. Ez utóbbi érvényesülését szolgálja a svéd elnökség alatt bevezetett *Design For All* koncepció, amelynek központi eleme a mindenki általi használhatóság, azaz nincsenek különleges vagy eltérő szükségletekkel rendelkező személyek, hanem a szolgáltatások és termékek használata, igénybevétele mindenki számára alkalmasak, ellenkező esetben diszkrimináció merül fel. Az Európai Bizottság is magáévá tette ezt a koncepciót („*Towards a Barrier Free Europe for People with Disabilities*”), sőt továbbment és más területekre is ki kívánja terjeszteni, például a fogyasztóvédelemre.

Nemcsak a fogyatékos személyek számára fontosak ezek a gondolatok és megközelítések, hiszen Európa 400 millió lakójából 40-50 millió a (segédeszközt használó) fogyatékkal élő személyek száma, ám ennek a számnak a *duplája* az idős személyek száma! 2015-re minden ötödik európai polgár 65 éves vagy ennél idősebb lesz. Az általános hozzáférhetőség előnyei és az abból származó piaci haszon minden bizonnyal csak nőni fog, s ezért is támogatja az Európai Bizottság ennek erősítését, elterjesztését, méghozzá standardok kialakításával.

Anne Husveg a Vakok Világszövetségének alelnöke érzelemmel teli, saját tapasztalatain alapuló előadásában sorra elemezte a *Design for All* és az

inklúzív oktatás mibenlétét és minőségét, beleértve a fejlődő országokban található lehetőségeket, illetve azok hiányát. Különösképpen azt emelte ki, hogy a tanárok nincsenek felkészülve az inklúzív oktatásra és nincsenek megfelelő anyagok biztosítva – többek közt – a vak diákok számára.

A Madridi Deklarációt előkészítő, az általános tudatformálást megvitató munkacsoportról (IV.)

A társadalom általános tudatformálása előfeltétele annak, hogy a fogyatékos emberek egyenlő esélyekkel vehessenek részt a közösség életében.

Az EU tagállamaiban közel 37 millió fogyatékos ember él. Ez a teljes populáció 10%-a. Nagy részük nem részesül megfelelő oktatásban, képzésben, nem tud aktív szereplőként megjelenni a munkaerő-piacon. A társadalom láthatatlan tagja marad.

Az Egyesült Királyságban készített felmérések alapján ez a kép az előítéleteknek, a másságtól való félelemnek, a diszkriminációnak, a megkülönböztetésnek az eredménye. Az emberekben elevenen élnek az ezeréves sztereotípiák, a negatív attitűdök a fogyatékos emberekkel kapcsolatosan.

A fogyatékoság orvosi modellje „megoldandó problémának” tekinti a fogyatékos embereket. Amennyiben tudnak alkalmazkodni akadályokkal teli világunkhoz, úgy részt vehetnek a társadalom életében. Helyzetük mindig függő. Meghatározó a jótékonysági motívum a tevékenységekben. A társadalom itt leginkább a fogyatékoság tényére koncentrálna mintsem az egyén igényeire.

Nem fogyatékos emberek döntenek el, hogy fogyatékos társaik hová járhatnak iskolába, hol dolgozhatnak, alapíthatnak-e családot és hol élhetnek egyáltalán.

Gyógypedagógiai intézmények	Segélyező intézmények	Képző intézmények
-----------------------------	-----------------------	-------------------

A ma már elterjedt és elismert társadalmi modell az emberi jogi aspektust, a másság elfogadását hangsúlyozza. Az orvosi modellel szemben a társadalomra koncentrálna és annak előítéleteit, vélekedéseit kívánja megváltoztatni, pozitív irányba fordítani.

A média

A médiának fontos befolyásoló ereje van abban, hogy a társadalom milyennek látja a fogyatékos embereket. Ma még általában vagy ahhoz a sztereó-

típiához fordulnak, amely szerint a fogyatékos emberek jótékony cselekedetre váró szerencsétlen személyek, vagy pedig hősnek mutatják be őket, akik fantasztikus sportteljesítményekre képesek például. A fogyatékoság tényét hangsúlyozzák, nem pedig az egyén személyes képességeit.

Számos pozitív modell létezik már, amely a fogyatékos embereket átlagos állampolgárként, magánemberként mutatja. Fontos az, hogy a tudatformálás ne egyszeri kampányokban fulladjon ki, hanem hassa át mindennapjainkat.

A *Disability Awareness in Action* szervezet az elmúlt 10 évben folyamatosan szolgáltatott információt arról, hogyan is kellene a különféle társadalmi tudatot befolyásoló kampányokat kialakítani. Svédországban az újságíró hallgatók gyógypedagógiai alapismereteket tanulnak. A *BBC* dolgozói számára tréninget szerveztek a másság közvetítésének legpozitívabb lehetőségeiről.

A munkacsoport résztvevői az alábbi összefoglalóval járultak hozzá a deklaráció megszületéséhez:

- A fogyatékos emberekről szóló egyeztetéseket, megbeszéléseket, fogyatékos emberek vezessék.
- Együtt kell működni a médiával annak érdekében, hogy valós és hiteles képet fessenek a fogyatékos emberekről.
- A fogyatékos gyermekeknek joguk van az inklúzív oktatáshoz.
- A fogyatékos embereknek joguk van a képzéshez és az ehhez szükséges támogatáshoz.
- A legjobb gyakorlati modelleket mindenki vel meg kell osztani, és terjeszteni kell.
- A fogyatékosügyben érintett szakembereket (ügyvédek, tanárok, orvosok, mérnökök stb.) gyógypedagógiai, fogyatékosügyi ismeretekkel kell felvértezni.
- Létre kell hozni egy olyan Internetes honlapot, ahol a 2003. év eseményei nyomon követhetők.

Összegzés

Az emberi jogi – fogyatékos személyek emberi jogai – megközelítés erősítheti a társadalmi integrációt, így növelheti a fogyatékkal élő személyek beilleszkedési és a többségi társadalom befogadási képességét, lehetőségét és hajlandóságát.

Szauer Csilla dr. Lovász László

További információ: www.disabilityeuropeancongress.org

A szerzők levelezési címei:

csilla.szauer@szcsm.gov.hu
laszlo.lovasz@szcsm.gov.hu

„Élet! Szabadság! Biztonság!”

Az *Inclusion International* – értelmi fogyatékosokkal élő emberek, családjaik és segítők nemzeti szervezeteinek világszövetsége – 13. alkalommal rendezett világkonferenciát. A találkozóra 2002. szeptember 22–26. között Melbourne-ben, Ausztrália második legnagyobb városában került sor. A világszervezetnek a magyarországi Értelmi Fogyatékosok és Segítők Országos Érdekvédelmi Szövetsége is tagja. Az ÉFOÉSZ-t *Ujj Attila*, a Felügyelő Bizottság elnöke, *Babolcsay Dorottya* és *Horváth Péter*, az ÉFOÉSZ munkatársai és tagjai képviselték.

A „*Life! Liberty! Security!*” (Élet! Szabadság! Biztonság!) címmel megrendezett kongresszusra közel 120 ország (Európából, Afrikából, Ázsiából, Amerikából, Ausztráliából; tehát valamennyi földrészről) delegált résztvevőket, mintegy 1200 főt.

A háromnapos találkozó minden reggel egy órás plenáris üléssel kezdődött, majd szekcióban angol, ausztrál, új-zélandi, amerikai és kanadai értelmileg akadályozott fiatalok tartottak előadást az önérvényesítés szükségességéről, lehetőségéről és módszereiről.

Szülők és szakemberek mondták el tapasztalataikat a lakhatásról, az inkluzív oktatásról, a foglalkoztatásról, a támogató szolgáltatásokról és az egészségügyi ellátásról; ismerkedtek a legmodernebb technika lehetőségeivel, valamint kifejtették álláspontjukat jogi és etikai kérdésekben.

A munkanyelv az angol volt, de a plenáris előadásokat és a színházteremben tartott szekció üléseken elhangzottakat német, japán és francia nyelven tolmácsolták.

Az igen gyakorlatiasan és közérthető nyelvezettel megtartott előadások mellett színpadi és filmes produkciókkal, kiállítással segítették a rendezők az értelmileg akadályozott és a tanulási nehézségekkel küzdő emberek és családjaik életének jobb megértését.

Igen sok szervezet osztott, árult írásos, CD-romon és filmen készített információs anyagot, illetve a japánok kínálták portékájukat is.

Az ÉFOÉSZ ezen alkalommal nem készült külön előadással és értelmileg akadályozott fiatalok sem képviselték magukat, de a munkát bemutató, 15 perces, angol nyelvű videofilmet, az értelmileg akadályozott személyek helyzetét bemutató, angol nyelvű, kérdőíves felméréssel és interjúkkal, valamint dokumentum-elemzéssel készített Nemzeti Jelentést és szórólapot több társ-szervezet képviselőjének sikerült átadni.

Horváth Péter

C.P.L.O.L.

Európai tagországok logopédus szövetségeinek csúcsszervezete

A Démoszthenész Egyesület három éven keresztül biztosított szakmai háttérrel a Soros Alapítvány Afázia programjának pályázatát elnyert logopédus kollégák számára. Ennek a munkának a keretében ismerkedtek meg a tanfolyam vezetői az európai tagországok logopédus szervezeteinek összefogása érdekében létrejött szervezettel, a C.P.L.O.L.-lel, az európai tagországok logopédus szövetségeinek csúcsszervezetével.

1989-ben 12 ország 15 szervezete alkotta a szövetséget, jelenleg 19 állam 21 szervezete tartozik a C.P.L.O.L.-hez. Az egyesülés célja, hogy az Európai Unió tagországaiban dolgozó logopédus szakma professzionális képviselői reálisan összehangolhassák szakmai munkájukat, a terminológia, diagnózis, terápiás elképzelések, a konkrét logopédiai munka területén, összehasonlíthassák ki-cserélhessék és adaptálhassák módszereiket, harmonizálhassák munkafeltételeiket, elvi és gyakorlati szemléletüket, közösen és egységesen tegyenek eleget az Európai Cartában lefektetett etikai szabályoknak. Ez az összefogás lehetővé kívánja tenni közös adatbank felállítását, a kutatási adatok és eredmények széleskörű felhasználását európai konferenciák szervezésével.

A különböző európai országokban jelenleg nagyon eltérőek a munkafeltételek, a terápiás elképzelések és a finanszírozási feltételek. A XXI. század küszöbén az európai tagállamokban különösen nagy aktualitása van az egészségügyben a költségek csökkentésének, ezért a kommunikációs zavarok kezelésében is előtérbe került a terápiás módszerek, beavatkozások minőségének és hatékonyságának mérése. A költségek és szükségletek viszonyainak meghatározása a vizsgálat és a megoldási lehetőségek keresése a kezeltek, a környezetük és a szakemberek szinte mindenszemponutú kapcsolatának felmérését is igényli.

A C.P.L.O.L. 2000. június 2-4-e között Athén, Antwerpen és Lisszabon után Párizsban rendezte meg negyedik kongresszusát. A párizsi konferencián több mint 1000 logopédus vett részt Európa, Amerika, Afrika és Ázsia 40 országából. Az olasz tagszervezet támogatásával Magyarországról Krasznárné Erdős Felícia és Feketéné Gacsó Mária vehetett részt ezen a konferencián. Az ott kapott tájékoztató anyagok egy fejezetét fordította le a Démoszthenész Egyesület számára Hevesi Gabriella.

Feketéné Gacsó Mária

IN MEMORIAM

Gaál Éva emlékére (1949. október 17.-2002. augusztus 15.)



Kedves Éva!

Búcsúzni jöttünk össze valamennyien. Talpig gyászban vagyunk, akik itt körülálljuk hamvaikat. Te, aki annyira tisztelted a természet minden jelenségét és törvényeit, most valószínűleg azt mondanád – kicsit mosolyogva – „*ez is én vagyok, de ennél több vagyok*”. Igazad van, ezért mi arra a Gaál Évára emlékezünk most, aki képes volt a hús-vér valóságban eleven, alkotó szellemet hordozni, akivel gyakran találkoztunk, beszélgettünk, akit szerettünk és tiszteltünk, akivel vitatkoztunk és akitől tanultunk, aki a barátunk volt és életünk nélkülözhetetlen része lett.

Azt hittük, hogy a könnyeinket már elsírtuk – Veled együtt – a betegséged idején. De úgy tűnik, hogy nemcsak az emlékezés, hanem a könnyek forrása is kiapadhatatlan. Gondolatban most megidézünk Téged, és elmondjuk, hogy milyen embernek ismertünk meg a sok-sok együtt töltött év során, hogy mit kaptunk Tőled, hogy hogyan szótted bele magadat az életünkbe, a gyógypedagógia történetébe.

Egyszer megkérdeztem, hogy miért lettél gyógypedagógus. *Azért* – válaszoltad –, *mert már az érettségi előtt úgy gondoltam, hogy az emberről a legtöbbet ezen a pályán tudhatom meg, mert itt a természettudományok és a humán tudományok, sőt a művészetek is összekapcsolódhatnak, és így nem lesz egyoldalú az emberismeretem, ebből következően így segíthetek a legtöbbet.* Szakmai pályafutásod során valóban ez volt a legbensőbb hajtóerő. Az ember iránti kitüntetett figyelemmel együtt szeretted az egész élővilágot. Sok barátod mellett voltak kedvelt állataid, növényeid, szeretett természeti tájaid. Mert tágan láttad a világot, sok minden belefért. Nem is lehet most mindent számba venni, csak néhány kiemelkedő eseményét és eredményét rövidre szabott, 53 éves életednek. És annak örülnénk a legjobban, ha mindezek hallatán – ahogy szoktad – elmondhatnád barátságos észrevételeidet, kiegészítéseidet.

Éppen 30 évvel ezelőtt (1972-ben) szerezte meg Gaál Éva a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán az oligofrénpedagógia-tiflopedagógia szakos, kitüntetési

oklevelet. Szeretett tanárai kiváló adottságai alapján fontosnak látták, hogy mielőbb bekapcsolódjék a főiskolai oktatásba. Pár éves gyakorlati gyógypedagógiai tapasztalatszerzés után 1974-től lett a főiskola Oligofrénpedagógiai Tanszékének munkatársa, ahol haláláig fáradhatatlanul dolgozott. Eközben a szegedi József Attila Tudományegyetemen pedagógia szakos oklevelet, illetve bölcsészdoktori címet szerzett. Nagy odaadással vett részt az oligofrénpedagógia szak tartalmi, szervezeti megújításában, a tantervi programok kialakításában. Több új tantárgy bevezetése neki köszönhető. Tanszéki munkájában kezdettől fogva középponti szerepet kapott a nehezen tanuló gyermekek kommunikációs képességeinek fejlesztése. Számos kutatást vezetett, sokat publikált ebben a témakörben. Sok hallgatót, számos gyógypedagógust és a tanszék fiatal oktatóit is bevonta ebbe a munkába. Előadásait, szemináriumi óráit a hallgatók nagyon szerették, 1989-ben megválasztották őt az év egyik legjobb tanáranak. Szerettek nála szakdolgozatot írni, mert mindig érdekes témákat adott és nagyon sokat segített. Ezekből a szakdolgozatokból értékes gyűjteményt állíthat össze a tanszék.

Az emberi kommunikáció nemcsak tudományos kérdésként vagy gyógypedagógiai praxisként érdekelte, hanem saját életelemének is érezte. Úgy tudott tanítani, beszélgetni, hogy az a résztvevők számára élvezetes volt, érthető és befogadható. Ha kellett szelíden, ha kellett olykor iróniával vagy metsző kritikával közölte gondolatait. Érveléseiben sok szempontot érvényesített, otthonosan mozgott a logika törvényszerűségei között. – Az emberi beszéd és a zene kapcsolata magától értetődő volt számára. Jó hallásának és szép tiszta énekhangjának köszönhetően gyermekkorától különböző kórusokban énekelt. Részt vett a Kodály-kórus hazai és külföldi vendégszerepléseiben, ezekre az eseményekre mindig szívesen emlékezett. Legelső publikációi gyermekek számára írt énekzene tankönyvei voltak. Mindvégig nagyon szerette az igazi zenét hallgatni.

Különös érdeklődéssel és figyelemmel fordult a hallgatók felé. Nemcsak a kapcsolatot kereste velük, hanem sokat dolgozott azon, hogy milyen módon lehetne a legeredményesebben tanítani őket, illetve hogyan lehetne pedagógiai képességeiket fejleszteni. Ez a szándék hatotta át óráit és járult hozzá ilyen célú tanegységek bevezetéséhez. Tudását az egész országban igényelték, ahol értelmi fogyatékos, illetve tanulásban akadályozott gyerekekkel, fiatalokkal foglalkoznak. Több hazai pedagógusképző intézményben is szívesen látott vendégoktató volt. Megszámlálhatatlan alkalommal (évente legalább 20-25 helyen) tartott nagyon sok gyógypedagógiai intézményben továbbképző előadásokat, konzultációkat, irányított fejlesztő iskolai kísérleteket. Ezek közé tartozik az ún. szabad tanulás, illetve nyitott tanulási formák bevezetése több iskolában, amelyet tanszéki és külföldi partnerekkel, erre vállalkozó gyógypedagógusokkal nagy szeretettel és gazdag szakmai fantáziával egyre tartalmasabb formában dolgozott ki. Több iskolában tanácsadó munkát végzett. – Minden szakmai konferencián

kedvelt előadó volt. Előadásainak világosan és áttekinthetően felépített szerkezete, jól érthető stílusa, elegáns humora a hallgatókban kifejezett rokonszenvet keltett. Gyógypedagógiai érdeklődési köre változatos volt, különböző témakörökben nagyon sokat olvasott és publikált, az eddig említettekén kívül is, mint például: a fonetikus hallás fejlesztése, a tanulási technikák tanítása, eredmény- és tudásszintmérés, differenciált tanulásirányítás, a tanulásban akadályozott gyermekek integrációja, emberkép a gyógypedagógiában. Ez volt az a témakör amelyhez több évtizeden át gyűjtött nagyon sok anyagot, amelyet közleményekben, szakdolgozatokban, előadásokban szisztematikusan épített, látogatta éveken át nagy érdeklődéssel az Embertani Műhelyt. Ebből a témából készült egy összefoglaló munkát írni, de ebben betegsége már megakadályozta.

Néhány gondolat az emberképpel foglalkozó egyik tanulmányából: „Ha abból indulunk ki, hogy minden individuum különböző, a különbség elfogadása természetes lesz, minősítésre nincs szükség. Az értékek rangsorolása helyett mindannyiunk emberi voltának azonos értékét állapíthatjuk meg. Csoportokat képezni, tipologizálni ugyan lehet, de ennek nincs (nem lehet) megbélyegző hatása, mint ahogy az ellen sem tiltakozunk, ha férfinek vagy nőnek, kékszeműnek vagy barnaszeműnek minősítenek bennünket. Az egyének, illetve az esetleges csoportok között nincs hierarchia, mellérendelt viszonyban állnak. E gondolatmenet alapján nem kell törekedni az egyéni különbségek megszüntetésére, valamilyen átlaghoz való megközelítésére. Megoldást társadalmi szinten az egyén – minden egyes egyén, nem valamely elkülönített csoport – által igényelt segítségadás, a feltételek megfelelő alakítása jelent.” (Gyógypedagógiai Szemle, 1998/3. 209. o.) És idézzünk még egy könnyed, gyakorlati magyarázatot is a fenti okfejtéshez, jellemzően „gaálévás” stílusban, hogy egészen köztünk levőnek érezhessük: „Az emberről – a gyerekekről – alkotott különböző felfogások húzódnak meg a mögött is, hogy a pedagógus mit és hogyan minősít munkája során. Ha azt a kijelentést teszi egy tanulóval, hogy *'Töhötöm nem érti a tananyagot'* – egyszerűen tény állapít meg, minden minősítő mozzanat nélkül. Az iskolai praxisban a következő fokozatot az az állítás jelentheti, miszerint *'Töhötöm gyengén tanul.'* Itt már ugyan minősít is a pedagógus, de ez a minősítés meg csak a gyermek egy bizonyos viselkedésére utal. Az a megfogalmazás, hogy *'Töhötöm rossz tanuló'*, már a személyre viszi át a minősítő elemet, de még mindig csak egy bizonyos szempontból. És végül a *'Töhötöm értelmi fogyatékos'* mondattal – a hazai gyógypedagógiai értelmezésnek megfelelően – Töhötöm egész személyiségét bélyegezzük meg. A pedagógia legeredményesebben az első ténymegállapítást követően avatkozhat be a tanulási folyamat (Töhötömnek) megfelelő alakításával.” (i.m. 208.o.) – Az emberről alkotott képe, sőt a tágabb értelemben vett vilásképe is szemünk és szívünk láttára gazdagodott, tágult és lett nagyon sok szempontból befogadó és elfogadó.

Szerteágazó elfoglaltságai mellett gondosan ápolta a nemzetközi szakmai kapcsolatokat. Évente több külföldi konferencián és egyéb rendezvényen vett részt tanszéki munkatársakkal, hallgatókkal, gyakorlati szakemberekkel, ahol rendszeresen előadásokat tartott, szemináriumokat vezetett német nyelven (például Zürich, Dortmund, Bécs, Köln, Freiburg, Darmstadt, München egyetemén, főiskoláin). A külföldi szakemberek is nagyra becsülték szakmai felkészültségét, korszerű és eredeti gondolkodásmódját, vitakészségét, innovációs képességét. Legutolsó külföldi útján, ahol már súlyos betegen, de nagy fegyelemmel és érdeklődéssel vett részt – 2001 őszén, a müncheni egyetemen rendezett 38. Dozententagunon – érte el őt Illyés Sándor halálának a híre. Ez nagyon megviselte, mert ebben az időben már napról-napra szembesült saját betegségének érezhető következményeivel. Mégis rendkívüli lelki erővel küzdött továbbra is az évek óta tartó betegségével. Le akarta győzni a betegséget. Élni akart. Szerette az életet és biztos volt abban, hogy még nagyon sok tennivalója van. Halála sok-sok alkotó évtől fosztotta meg őt és valamennyiünket. Tudjuk, hogy Gaál Éva nem pótolható, az életünkéből metszette ki a sors. Úgy élt közöttünk a tanszéken, mint aki egészen otthon van. Tanszékvezetőként nagyon szerette volna sok szakmai elképzelését megvalósítani. Mindezt számba vesszük, folytatjuk és beleépítjük a mindennapi életünkbe. Különösen vigyázunk valamennyien arra, hogy a hallgatók szívesen jöjjenek a tanszékre, hogy legyenek továbbra is élő kapcsolataink a gyakorlattal, hogy megkezdett kutatásait folytassuk, hogy szorgalmát és lelkiismeretét nálunk hagyott ajándéknak tekintsük. Bizonyosak vagyunk abban, hogy ha bármilyen hibát elkövetett, betegségével sokszorosan megszerezte.

Munkája nemcsak a gyógypedagógiának, hanem a családjának is szólt. Tanúi voltunk a két fiú felnövekedésének, az anyai büszkeségnek, amikor sikerekről számolhatott be. Otthon, családi körben vett búcsút az élettől, a fájdalomtól. Szülei már nem élnek. Édesanyját nagyon fiatalon elveszítette, édesapját hosszan és gondosan ápolta.

Most rajtunk a sor, hogy az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, az Oligofrénpedagógiai Tanszék minden munkatársa, egykori tanárai és tanítványai, valamint a gyógypedagógusok széles köre nevében búcsút vegyünk tisztelettel és szeretettel dr. Gaál Éva tanszékvezető főiskolai docenstől, Gaál Évától, a kedves, el nem felejthető munkatárstól és barátától.

„Áldjanak az Égiek, fény kísérjen és szeretet, bármerre jársz...”

Budapest, 2002. szeptember 6.

Mesterházi Zsuzsa

Szabolcsi Győző (1933 – 2002)



Fájdalommal tudatjuk mindazokkal, akik ismerték, hogy Szabolcsi Győző gyógypedagógus, a rumi Általános Iskola és Diákotthon nyugalmazott igazgatója 2002. október 17-én elhunyt.

1933. december 15-én született Budapesten. Mint sok más gyógypedagógus kollégánk, ő sem készült erre a pályára. A Színház és Filmművészeti Főiskolán kezdte meg tanulmányait filmoperatóri szakon, amit később sajnos kénytelen volt megszakítani, fotóriporterként és műtermi fényképészként dolgozott tovább Budapesten, majd Szombathelyen, és így találkozott a gyógypedagógiával.

Az új hivatás magával ragadta, és egész további életét ennek szentelte. 1961-ben nyert felvételt a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolára és kezdte meg munkáját a rumi Általános Iskola és Diákotthonban.

1963-tól már igazgatóhelyettes volt, 1967-től nyugdíjazásáig az intézmény igazgatója lett.

Igazgatói munkája során alakult ki az intézmény új szervezeti struktúrája. Részt vett a 70-es években a foglalkoztató iskolai tanterv kidolgozásában. Tagja volt az intézménytípus rendtartását kidolgozó bizottságnak is.

A vizuális kultúrával való szoros kapcsolata egész életét végig kísérte. Kezdetben fényképezőgéppel, később videokamerával örökítette meg művészi színvonalon intézménye, és a dunántúli régió fontosabb szakmai eseményeit.

Jellegzetes személyisége gyakori színfoltja volt a továbbképzéseknek, programoknak.

32 évi szakmai vezetői tevékenységével kitörülhetetlenül beírta a nevét a magyar gyógypedagógia történetébe a középsúlyos fokban értelmi fogyatékos pedagógiája területén.

Nyugdíjba vonulása után sem pihenéssel töltötte az idejét. Feleségével, Balatoni Mártával együtt utazó logopédusként dolgozott tovább. Számos Vas megyei óvodában szűrte, javította a beszédhibákat, karolta fel, segítette a hátrányos helyzetű gyermekeket, adott tanácsot óvónőknek, szülőknek.

Néhány nappal halála előtt is, még ellátta munkáját, bár rendetlenkedő szíve már pihenést kívánt. A szellem, a hivatástudat tovább hajtotta a munkájában, de a szíve ezt már nem bírta tovább.

Emlékét megőrizzük!

Kerekes Ferenc Béla

Tudomány Napja az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karon

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar a „Magyar Tudomány Napja” alkalmából egész napos szakmai konferenciát tartott 2002. november 6-án, „Tudomány a gyógypedagógiában tegnap és ma. In memoriam Illyés Sándor” címmel.

Az egykori Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolát egy évtizeden át vezető főigazgató, egyetemi tanár halálának egy éves évfordulója alkalmából rendezett konferencia előadói és hallgatósága egész napos tudományos program keretében emlékeztek Illyés professzor úrra, a magyar és a nemzetközi gyógypedagógia és pszichológia iskolateremtő, kiemelkedő egyéniségére.

A konferencia első részében a gyógypedagógia határtudományainak négy képviselője – Hámori József, Katona Ferenc, Pléh Csaba és Nagy József – számolt be kutatási tevékenységéről az agyutató, a korai fejlődés, a nyelvi készségbeli elmaradás és a nevelhetőség elméleteinek témakörében. Ezt követően külföldi pályatársaké volt a szó. Maria Bruckmüller, Klaus Peter Becker és Eric Kool a közelmúlt nemzetközi gyógypedagógiai tárgyú projekteinek tapasztalatait mutatták be, az időskorú fogyatékos emberekkel való foglalkozás, a szakmai kommunikáció és az integrált nevelés témájában. A konferencia befejező szakaszában Illyés Sándor volt aspiránsai, doktoranduszai ill. kutatótársai – Mesterházi Zsuzsa, Csányi Yvonne, Zsoldos Márta, Marton Klára és B. Aczél Anna tartottak előadást a gyógypedagógia gyakorlatának és koncepciójának fejlődéséről, a legújabb nemzetközi terminológiai nézetekről, a klinikai irányultságú kutatás gyógypedagógiai szerepéről és a szociális munka elméleti ill. empirikus kérdéseiről.

A 450 fős konferencia hallgatóságának körében jelen voltak az MTA Pszichológiai és Pedagógiai Bizottságának tagjai, akadémikusok, az ELTE Rektori Hivatal vezető képviselői, az Oktatási Minisztérium munkatársai, a felsőoktatási társintézmények vezetői, gyógypedagógiai intézmények, szakértői bizottságok, nevelési tanácsadók, pedagógiai intézetek munkatársai – gyógypedagógusok, fejlesztők, pszichológusok, pedagógusok – a fővárosból és az ország minden tájáról.

A konferencia anyagából kiadvány készül a Gyógypedagógiai Szemle különszámaként, mely 2003-ban fog megjelenni. Ebben Illyés Sándor egyik legutolsó, még nem közölt előadása és a publikációs jegyzéke is olvasható lesz.

Dr. Zsoldos Márta

Hárdi István:

Dinamikus rajzvizsgálat (DRV)

Medicina Könyvkiadó Rt. 333 oldal. 2002.

ISBNAN 963 2427556

A szerző az 1950-es évektől foglalkozik pszichiátriai betegek rajzainak vizsgálatával. 1958 óta dolgozta ki a dinamikus rajzvizsgálat módszerét. Arról sok előadást tartott, számos tanulmánya jelent meg, könyvet is írt róla. Most átfogóan ismerteti az egész azzal összefüggő kérdéskört.

Meggyőző arról, hogy azokkal a gondozottakkal, akiknek az állapotát követni kívánjuk, érdemes DRV-t készíteni. Egy-egy alkalommal csak 3 db. 15 x 21 cm-es írólap és egy golyóstoll kell a vizsgálatokhoz. Hárdi István 1958 óta több mint 4600 beteggel készített sorozat-vizsgálatot, s még sok nem pszichiátriai beteggel és ilyen betegekkel sok nem sorozatban készült vizsgálat. Egy-egy alkalommal három feladatot kap a vizsgált: „Rajzoljon egy embert!”, „Rajzoljon egy állatot!”, és „Rajzoljon valamit!”. Ha a vizsgált kérdezi, hogy milyen embert, vagy milyen állatot, s hasonlókat, mindig azt a választ kapja, hogy „Amilyet akar”. A vizsgálatot végző a lap hátára írja a nevet, az időt. A három rajz után végigkérdezi a vizsgáló, hogy „Mit tud ehhez hozzáfűzni?”, „Mi jut eszébe róla?”. Ezt is leírja.

A DRV nem kíván művészi teljesítményt kihozni a vizsgáltból. A DRV a lelki állapot alakulásának rövid idő alatt könnyen elkészíthető felmérése. Majdnem minden ember, bármilyen lelki állapotban van képes és hajlandó három ilyen egyszerű rajzot elkészíteni. A készült rajzokat aztán összevetik az illető korábban készült rajzaival. Ez komplex (sokoldalú) és dinamikus (nem abszolúthoz, hanem relatívan viszonyító) rendszerszemléletű értékelést tesz lehetővé.

Meghatározó, hogy egy-egy 3 lapos vizsgálati eredmény milyen személyiségszintet fejez ki. Hárdi „f”-fel jelzi a kiemelkedően jó, esetleg tehetséges rajzot. Ilyet az egészséges emberek 1%-a készít. Az egészségesek 20%-a „e” szintű rajzot készít, mert differenciáltan törekszik a realitásra és kis hibákkal megközelíti azt. Az egészségesek 56%-a törekszik a reális ábrázolására, de az úgy sikerül, hogy néhány nyilvánvaló irreális elem van rajta = „d” szint. Az egészségesek 16%-a kettős vonalú sémával ábrázolja az embert, állapotot, vagyis „c” szinten. Az egészségesek 6%-a ennél is nagyobb mértékben sematizál, náluk néhány karika és vonal kombinációja jeleníti meg az embert, állatot („b-1” szint). Csak 1%-a az egészségeseknek, aki egyetlen körrel és

vonalakkkal készít rajzot, vagyis „pálcika-ember”-t rajzol („b-*2” szint). Ilyet gyakrabban rajzolnak agresszív emberek. Egészségesek nem rajzolnak fej-láb embert („a-2” szint, és szétdarabolt formákat, vagy firkát („a-1” szint).

Ez a személyiségi szint egy-egy egyénre felnőtt élete folyamán egészséges állapotban jellemző. Ettől feltűnően eltér az egyén rajza, ha lelki állapota rossz, aztán a javulás, gyógyulás után visszatér a saját szintjére. Ezért, ha rendszeresen végzi valaki a DRV-t egy-egy gondozottjánál, hamar észre fogja venni, hogy az illető állapota kóros irányba alakul, vagy javul. Mind a bentlakásos, mind a bejáró gondozó intézményekben gyakori baj, hogy csak akkor veszik észre, hogy valakinél változás van, ha az már nagyon feltűnő. Nem veszik időben észre a veszélyes változást sem, de azt sem, hogy valakinél sokkal szabadabb körülmények kialakítása lenne indokolt. Igen csekély munkával és minimális költséggel megelőzhető ez a DRV-vel.

Arra is jó a DRV, hogy az egyén olyan feszültségeit jelezze, amelyekről szemérmesség miatt nem beszél. Ilyen egyszerű rajzokban könnyebb kifejezni szexuális vagy agresszív késztetéseket.

Gyógypedagógusok számára különösen érdekesek „Az értelmi fogyatékoság dinamikus rajzvizsgálata” című fejezetben olvashatók. Hárdi az „értelmi fogyatékoság” kifejezést használja, mert 1958-ban kezdett munkásságában zavaró lett volna, ha megváltoztatja a kórisméket. De eredményei alapján megerősítve láthatjuk, hogy jobban tükrözi a realitást a „tanulásban hátrányban lévő” elnevezés. A több mint 4000 értelmi fogyatékos közül statisztikailag kiemelt 100 között 6-nak az egészséges átlagnak megfelelő „d” személyiségszintje mutatkozott, 3-nak annál is jobb „e” szint. A vizsgáltak között 27 volt a debilis, egy harmaduknak tehát normális volt a személyiségszintjük. Megerősíti ez azt a gyógypedagógus számára ismert tapasztalatot, hogy a debiliseknek legalább egy harmada normális személyiségű, vagyis a normális társadalomban helyt tud állni. Azt is tapasztalta Hárdi, hogy a DRV-ben mutatózó személyiségszint nagymértékben változik, befolyásolható, függ a kezelésektől. A DRV az életbe való beilleszkedésre való képességet jobban mutatja, mint az orvosi kórisme. Erről olvashatunk a „Terápia, munkaképesség, rehabilitáció” című fejezetben, amelynek a szerző 9 oldalt szentel.

A pszichiátriai foglalkoztatásban dolgozók számára biztató, hogy 617 DRV-vel rendszeresen vizsgált szkizofrén közül 423 (69%) az affektív zavarban szenvedők és az alkoholisták közül is sokan normálisnak megfelelő személyiségszintű rajzot készítettek. Volt elég sok művészi szintű alkotás is.

Az is kiderül a könyvből, hogy voltak pszichiátriai betegek, akiknek a gyógyulást nagymértékben segítette a képzőművészeti alkotás. Az pedig, hogy ilyen lehetősége kinek van, nagymértékben függ a kapott lehetőségektől, aminek a megteremtése lehet gyógypedagógusi feladat.

Ahhoz, hogy valaki a DRV módszerét használni tudja, szükséges, hogy sok rész-tapasztalatot megismerjen, amelyeket a könyvben megtalál. Ezek részben Hárdi István saját megfigyelései, részben más szerzőktől átvett tapasztalatok.

A DRV nem törekszik művészi alkotások készíttetésére, de a könyvben sokat olvashatunk és láthatunk a pszichiátriai betegek képi művészi alkotásaiból. Ezzel kapcsolatban fontos eredmény, amit Jakab Irén, a téma világviszonylatban tisztelt nagy öregje, már 1956-ban javasolt, a pszichiátriai beteg alkotásáért jogosult minden elismerést, anyagi javadalmazást megkapni. Az alkotást lehetővé tevő személyek, intézmények is

méltóak elismerésre, de az alkotás nem az ő tulajdonuk. Egyes pszichiátriai betegek teljesítménye a képi alkotásban jelentős. Voltak egészségesek is, akik tőlük tanultak.

A könyv alapos áttekintést ad a pszichiátriai betegek képi tevékenységének kutatásáról, a pszichiátria és a művészetek kapcsolatáról, a rajzpszichológia és a gyermekrajzkutatás történetéről. Másutt nem található meg, amit az ezekkel kapcsolatos magyar kutatásokról ír.

A könyv szép kiállítású, nagyon sok példát mutat be, a nyelve jól érthető. Szórakozni fog, aki tanul majd belőle, s az is, aki csak érdeklődéssel olvassa.

Kappéter István

Pléh Csaba – Palotás Gábor – Lórik József:

Nyelvfejlődési szűrővizsgálat (PPL)

Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002. 103 p.

A szerzők munkája – s ez nem közhely, amit megfogalmazunk róla, – valóban újdonságszámba megy a beszédfejlődést, illetve annak lemaradását tárgyaló elméleti munkák körén belül. Olyan elméleti indíttatású kutatási eredményeket ad közre, amelyek szinte minden eleme a gyakorlatban is hasznosítható. A kötet a gyógypedagógiai és alkalmazott nyelvészeti, illetve pszichológiai tanácsadásban egyre szélesebb körben használt nyelvfejlődési szűrőmódszert ismerteti meg az olvasóval, amely a 4. és a 8. életév közötti gyermekek nyelvi fejlettségének vizsgálatában bevált.

A kötet nyolc nagyobb részre tagolódik.

Az első rész alapos áttekintést ad a nyelvfejlődési elmaradások elméleteiről. A vizsgálatok logikájához szükséges, hogy helyesen értelmezzük a megkésett beszédfejlődés tünetkörét, ez viszont feltételezi, hogy elsajátítsuk a gyermeki beszéd kialakulásának szokványos, azaz normális menetét. A beszéd fejlődésében bekövetkező anomáliák a gyógyító nevelés olyan területei, amelyeket csak elmélyített patopszichológiai, neurolingvisztikai, neurológiai, nyelvészeti ismeretek birtokában lehet eredményesen művelni. A területek közötti érintkezés sokszor nem közvetlen, a kapcsolatot közöttük elsősorban a gyermeknyelv sok diszciplínát érintő kutatása teremti meg. Megismerhetjük a gyermeknyelvi kutatás néhány jellemző útját. Az 1960-as évektől kezdve a pszichológusok és a nyelvészek újfent előtérbe helyezték a gyermek nyelvalkotó képességét („velünk született eszmék” elmélete) mint a gyermeknyelvi kutatás alapvető jellemzőjét. Megismerhetjük a módszertani változásokat és változatokat a gyermeknyelvi kutatásban. Informál a kötet a különböző nyelvi szintekről és az elsajátítás kritikus szakaszairól. Tanulságosak azok a sorok, amelyek a nyelvi zavarok terminológiai és nozológiai problémáit elemzik. A szerzők inkább az esszenciális diszfázia elnevezést részesítik előnyben, bár az ún. elnevezési vita korántisincs lezárva. A kötet bevezet a specifikus nyelvi zavar (Specific Language Impairment, rövid: SLI) moduláris értel-

mezésébe. Nagyon tanulságos az az összevetés, amely a specifikus nyelvi elmaradás különböző elméletei és tünetei közötti kapcsolatokat mutatja be. A második nagy rész a módszereket taglalja. A különböző vizsgálati módszereket több szempontból csoportosították a szerzők, úgymint vannak szövegelemzési eljárások és standardizált tesztek, továbbá teljességi igény szerinti és nyelvi eljárások.

A harmadik fejezet mutatja be a szerzők által kidolgozott szűrővizsgálati módszert. Ennek lényege, hogy vegyes motivációjú. Alapvető célja a nyelvi fejlődés fokának megállapítása 3. és 8. életév közötti gyermekeknél. Nem diagnosztikai eszköz kidolgozására gondoltak, hanem előszűrő eljárásra, amely feltételezi a további vizsgálatok elvégzését. A vizsgálati rendszer kiterjed az alaktani sorra (főnévi ragozás), a helyet megjelölő ragokra és eljárások alkalmazandók az ún. mentális nyelvre, az aktív beszédre és a passzív formára, a megértésre. Az utóbbit illetően a Token-tesztet alkalmazzák a szerzők (Juhász Ágnes adaptációja alapján).

Az eredmények értékelése alapján a szerzők úgy fogalmazzák meg következtetéseiket, hogy a magyar gyermekek beszédfejlődésében a nyelvi eszközök használati preferenciáiban vezető szerepet játszanak az általános kognitív tényezők. Ez a PPL használata szempontjából azt jelenti, hogy hasznos eszköz lehet a gondolkodás és nyelvhasználat közötti leképezés nehézségeinek feltárására.

Hol és kiknél alkalmazható a PPL szűrővizsgálati módszer? A szerzők két területet emelnek ki: a Williams-szindrómások nyelvi profilja és a közepes mértékben értelmi fogyatékos gyermekek nyelvi fejlettségének megállapítása.

A beszéd kialakulására is érvényes az a tétel, hogy a külső okok belső feltételeken keresztül hatnak. A nyelvi rendszer elsajátítása, az ún. beszédproduktum létrejötte, a mentális nyelv kibontakozása, a kognitív képességek fejlődése közötti összefüggések egységes alapfolyamatot tételnek fel. Ezeknek az összefüggéseknek kibontását segítik elő a szerzők vizsgálatai, az ezeket összefoglaló monográfia.

Subosits István

Schwalmné Navratil Katalin:

Mondogatom... rajzolgatom...

Gyermekversek.

A beszéd, az olvasás, a helyesírás speciális tréningje

Kiadó a szerző, Budapest 2002.

Két vidám zsiráf tartja foga között a kötet címét, aminek láttán az olvasó is nyakát nyújtogatva kíváncsiskodik, tud-e újat nyújtani a könyv, vagy a már jól ismert gyakorlóanyagok mintájára készült egy újabb változat.

A fékvő A/4 méretű füzet két okból is újdonságnak számít. Először is: csak versek találhatóak benne, rövidек, dallamosak, ritmikusak. Újdonság az is, hogy a rajzokat, illusz-

rációkat gyermekek készítették – szépek, vidámak, esztétikusak. Már ennyi is elég ahhoz, hogy örömet találjunk a könyv használatában, de a szerző ennél kicsit többet nyújt, amikor egy-egy versnél megadja, hogy mely hangok vagy hangpárok gyakorlására, illetve differenciálására ajánlja. A versek hosszát és nehézségi fokát tekintve jól használható a 4-10 éves korosztályban. Kedvcsinálóként szerepeljen itt a kötet egyik verse, amelynek segítségével a br,dr,tr kapcsolatban az r gyakorlására kínálkozik lehetőség.

A zebra

Csíkos **nadrág**, csíkos **trikó**,

Abban jár a ze**br**acsikó.

Abban alszik, abban **é**bred,

Abban **tr**appol naponta

Nem mossa ki havonta.

Dr. Torda Ágnes

Bundschuh, Konrad:

Gyógypedagógiai pszichológia (Heilpädagogische Psychologie)

Ernst Reinhardt Verlag, München Basel, 2002.

A szerző 1993. óta tanszékvezető a müncheni Ludwig-Maximilian Egyetemen, neve jól ismert a magyar szakmai körökben is. Jelen kötet a korábbi, azonos című szakkönyv 1994-es második kiadásának jelentősen megújított harmadik kiadása. Bundschuh előszavában kiemeli, hogy azért volt szükség az előző kiadás komolyabb tartalmi módosításaira, mivel a gyógypedagógiai pszichológia rendkívül dinamikusan fejlődött az elmúlt években. A változtatásokat egyrészt a pedagógiai reformok, az integráció, az egyéni fejlesztő programok fokozott megjelenése és új kihívásai, másrészt az újabb neuropszichológiai felismerések, és az új terápiás eljárások megjelenése indokolja. „A tudományos megközelítés az alapvetően megváltozott valósággal tart lépést, amely megkérdőjelezi az eddigieket, és új gondolati és tevékenységi folyamatokra készítet”- írja a szerző.

A könyv első fejezetében a gyógypedagógiai pszichológia jelentőségét taglalja a szerző a speciális és gyógypedagógia elméletében és gyakorlatában. Néhány téma ebből az első részből: a gyógypedagógiai pszichológia mint a speciális és a különpedagógia munkaterületének multidimenzionális tudományága, a gyógypedagógiai pszichológia és a kihívást jelentő nevelési és tanulási valóság, az integráció, a túlzott követelményeket támasztó iskolai valóság hatásai a gyermekekre. A második fejezetben a gyógypedagógiai pszichológia fő témaköreivel, az emberi viselkedéssel (tevékenységgel) és tapasztalással foglalkozik különös tekintettel az akadályozott gyermekekre. A harmadik fejezet középpontjában a fejlődés áll. A főbb témák: a különböző fejlődési elméletek (érés elmélet, milió elmélet, interakcionisztikus fejlődéseméletek, kon-

struktivisztikus fokozatok elméletei) relevanciája a speciális pedagógiára, az alapvető fejlődési folyamatok és a lehetséges zavaró faktorok, az érés és a reflexek jelentősége a csecsemőkorban, differenciálás, integrálás, és centralizálódás, a Piaget-féle elgondolás és alapfogalmak, a korai fejlesztés, az érzelmek fejlődése. A következő fejezet középpontjában a tanulási folyamat áll. Részletesen foglalkozik a szerző az emlékezeti folyamatokkal, a motivációval, a tanulási és észlelési zavarokkal. Egy újabb fejezet a gyógypedagógiai diagnosztikát, mint fejlesztődiagnosztikát elemzi kiemelve a különbséget a hagyományos és a folyamatokra összpontosító diagnosztika között. Terjedelmes fejezetben taglalja a szerző a különböző terápiák mibenlétét és jelentőségét, kitérve a terápiák lehetőségeire és határait a speciális és gyógypedagógia keretei között. Az utolsó fejezet a gyógypedagógiai pszichológia szociális és szociálpszichológiai kérdéseit tartalmazza. Részletesen foglalkozik a szociálpszichológia és a szociológia szerepével, a beállítódással, az előítéletekkel, a stigmatizációval. A könyv gazdag irodalomjegyzékkel és tárgymutatóval zárul.

A kötetet mindenkinek ajánlhatjuk, aki elméleti vagy gyakorlatiasabb megközelítéssel műveli a gyógypedagógiai pszichológiát, ami azt jelenti, hogy a gyakorló gyógypedagógusok ugyanúgy hasznosíthatják számos fejezetét, mint e tudományág inkább elméleti művelői.

Csányi Yvonne

Trencsényi Katalin:

„Megfinomítom halandó göröngyöd”. Színház Down-kórral élőkkel.

Down egyesület. 2001. 91 oldal

A dramaturg- színházi rendező könyvében egy előadás létrejöttének folyamatáról számol be, melyet egy angliai kis faluban, a Kaleidoscope nevet viselő színházi közösség tagjaként, s egyben a munka aktív részeseként élt végig. A társulat alapítói, egy lelkész-szociális munkás és egy gyógypedagógus-házaspár. Az ő vezetésükkel működő színházi közösség tagjai Down szindrómás fiatalok is, akik 1985, a megalakulás éve óta számos rangos fesztiválon szerepeltek; többek között a Royal Shakespeare Company stratfordi színházának rendszeres vendégei napjainkig. (Külföldi turnéik során jártak már Budapesten is.)

A Kaleidoscope-társulat munkája leginkább ahhoz áll közel, amelyet a színházi szakirodalom *devised theatre*-nek nevez. Ez a színházi műfaj, mely Magyarországon még kevésbé ismert, a nagyközönség színházzal kapcsolatos elvárásától merőben eltérő. Az alkotók itt megpróbálnak oly módon dolgozni, hogy a közönséget arra késztessek, más szemszögből nézze a színházat, a produkciót, mely elé tárul az előadások során. A „devised” színház esetében a kiindulópont nem egy előre adott irodalmi szöveg. Az

előadás a társulat világról való tapasztalatainak - egy adott téma mentén való - kibontása nyomán jön létre. A társulat előre meghatározza a létrehozandó produkció kereteit: a célközönséget, a helyszínt, az előadás témáját. Ezen felvázolt keretek között zajlik a munka. A magyarra „kollektív színház”-ként fordítható alkotásnak nincs bejáratott útja, biztos módszere, amellet, hogy mesterfogásai, technikai megvannak. Maximálisan közösségi és demokratikus jellegű munka. Nincsenek benne kitéüntetett vezetői szerepek. Az alkotófolyamat az ötletek elgondolásának, kitalálásának, formába öntésének folyamata. (Némileg hasonló szellemben dolgozik fogyatékkal élő színészeivel az Elek Dóra vezette magyar Baltazár Színház is.) A Kaleidoscope-társulat gyógypedagógus vezetője kifejezett hozzá nem értésnek tartja, ha az értelmileg akadályozott emberekkel, (pl. Down-szindrómával élőkkel) szindarabok, musicalek, előre megírt színművek szerepeit játszatják el. Ez a fajta hagyományos produkció ugyanis mindig viszonylagos, ellentétben a kollektív színházcsinálással, ahol minden szereplő önnön személyisége legjobbját mutathatja meg a közönségének.

Ami a Kaleidoscope, és az ilyen típusú társulatok működését illeti, az előadások létrehozásához szükséges költségeket részben önerőből, emellett alapítványi pályázatok, támogatók, pártoló tagok, szponzorok segítségével igyekeznek előteremteni. A színház az alapítók saját házában, bentlakásos módon működik. Az értelmileg akadályozott személyek együtt élnek a társulat többi tagjával, és csak a téli és nyári szünetekre mennek haza családjukhoz. A színház a társadalmi nyilvánosság útján toboroz újabb tagokat, akik próbaidő után szerződés szerint élnek együtt a közösséggel. A társulat vezetői elsősorban színházi szempontból válogatják a jelentkezőket. Fantáziadús, instruálható és tanítható, szociális, a színház iránt elkötelezett embereket keresnek, akik képesek a sajátos közösségbe beilleszkedni.

Európaszerte megfigyelhető, hogy a színházi szakemberek előszeretettel fordulnak az ún. értelmi fogyatékosok, és közülük is a Down-szindrómával élők felé. Ennek a színház szakmai szempontjából többszörös oka lehet. Egyfelől a „kollektív színházcsinálás” napjainkban előretörő jelensége nagyban kitágítja a művészi alkotófolyamatban való részvétel lehetőségét a nem-hivatásos személyek felé is, másrészt a hivatásos művészek ismerik fel azokat az egyéni életállapotokat, melyek éppen a drámai műfajt megújíthatják, kiegészíthetik, színesíthetik. Így fordulhatott az érzékeny művészszem a Down-szindrómás emberek felé is. Erről *Trencsényi Katalin*, a dramaturg-színházrendező így ír: „Próbálok rájönni, honnan gyönyörű mozgásuk, kifinomult, aprólékos mozdulataik...Gyanítom, hogy belőlük fakadnak. Ez a lágyág, finomság a sajátjuk, csakúgy, mint a hihetetlen érzékenység, az utánozni vágyás, és az érzelmi mélység. Muszáj azt hinnem, hogy rengeteg mindent *tudnak* a világról. Csak ez a tudás másfajta, mint amilyenek mi a tudást elképzeljük. Ez valamiféle – lényükből fakadó – mély bölcsesség. Talán ez lehet az, amiért professzionális színházak vállalkoznak a sérült emberekkel való közös produkciók létrehozására...”

A könyvecskét gyógypedagógiai és drámapedagógiai szakirodalom feldolgozásával, gördülékeny megfogalmazásban, érdekes és tartalmas munkaként veheti kezébe a Down-szindrómások színháza iránt érdeklődő gyógypedagógus, terapeuta, drámapedagógus.

Vágó Éva Anna

TABLE OF CONTENTS

<i>Indre, Mónika</i> : Confessions of men with intellectual disability on themselves and their lives	1
Greetings <i>Editor in Chief</i>	11
<i>Bajusz, Csaba</i> : "Even if I walk in the valley under the shadow of death..." <i>Mrs. Vass Dr. Kovács, Emőke – Mrs. Fehér Kovács, Zsuzsanna</i> : The future of speech therapy	12 28
<i>Vékássy, László</i> : Evaluation of the complex therapy of people with stammering <i>Ábel, András</i> : Education of children with deaf-blindness	38 49
<i>Árkossy, Zsuzsanna – Mihály, Odette</i> : Characteristics of pre-school education of children with blindness and intellectual disability	54
International Relations (<i>Szauer, Csilla – Dr. Lovászy, László, Horváth, Péter,</i> <i>Mrs. Fekete Gacsó, Mária</i>)	60
In Memoriam Gaál, Éva (written by <i>Mesterházi, Zsuzsa</i>) Szabolcsi, Győző (written by <i>Kerekes, Ferenc Béla</i>)	68 72
Observer (<i>Dr. Zsoldos, Márta – Dr. Kappéter, István – Subosits, István</i> <i>Dr. Csányi, Yvonne – Dr. Torda, Ágnes – Vágó, Eva Anna</i>)	73
News (<i>Mrs. Benczúr, Judit dr.</i>)	37, 53

TARTALOM

<i>Indre Mónika: Értelmi akadályozottsággal élő férfiak vallomásai: életükről, önmagukról</i>	1
Köszöntés <i>Főszerkesztő</i>	11
<i>Bajusz Csaba: „Ha a halál árnyékának völgyében járok is...”</i>	12
<i>Vassné dr. Kovács Emőke – Fehérné Kovács Zsuzsanna: A logopédia jövője</i>	28
<i>Vékássy László: A dadogók komplex kezelése módszer eredményességének vizsgálata</i>	38
<i>Ábel András: Siketvak gyermekek nevelése</i>	49
<i>Árkossy Zsuzsanna-Mihály Odette: Értelmileg akadályozott óvodás vak gyermekek fejlesztésének sajátosságai</i>	54
Nemzetközi kapcsolatok (<i>Szauer Csilla–dr. Lovász László, Horváth Péter, Feketéné Gacsó Mária</i>)	60
In memoriam Gaál Éva (<i>Mesterházi Zsuzsa</i>) Szabolcsi Győző (<i>Kerekes Ferenc Béla</i>)	68 72
Figyelő (<i>Dr. Zsoldos Márta, Kappéter István, Subosits István, Csányi Yvonne, Dr. Torda Ágnes, Vágó Éva Anna</i>)	73
Közlemény (<i>Benczúr Miklósné dr.</i>)	37, 53