

# GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK  
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2012 – XL. évfolyam

1

# GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

*A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata*

<b>Alapító-főszerkesztő:</b>	Gordosné dr. Szabó Anna
<b>Főszerkesztő:</b>	Rosta Katalin
<b>Tervezőszerkesztő:</b>	Durmits Ildikó
<b>Szöveggondozás:</b>	PRAE.HU Kft.
<b>Szerkesztőbizottság:</b>	Benczúr Miklósné Csányi Yvonne Farkasné Gönczi Rita Fehérné Kovács Zsuzsa Gereben Ferencné Mohai Katalin Szekeres Ágota
<b>Digitális szerkesztés:</b>	Pál Dániel Levente (paldaniel@gmail.com)
<b>Digitális megjelenés:</b>	www.gyogypedszemle.hu

**A szerkesztőség elérhetősége:** gyogypedszemle@gmail.com

**Megvásárolható:** Krasznár és Fiai Könyvesbolt  
1071 Budapest, Damjanich u. 39.

HU ISSN 0133-1108

2012. január–március

Felelős kiadó:

GEREBEN FERENCNÉ DR. elnök – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete  
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. (gkati@barczy.elte.hu)

SZABÓ ÁKOSNÉ DR. dékán – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar  
1097 Budapest, Ecséri út 3. Tel: 358-5500

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága  
1089 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,  
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 303-3440

További információ: 06 80/444-444

Egy szám ára: 400,-Ft

Indexszám: 25 359

Megjelenik negyedévenként.

Minden jog fenntartva. A folyóiratban megjelent képeket, ábrákat és szövegeket a kiadó engedélye nélkül tilos közzétenni, reprodukálni, számítástechnikai rendszerben tárolni és továbbadni. A szerkesztőség képeket és kéziratokat nem őriz meg és nem küld vissza.

## **Nyomda:**

FORENO Nonprofit Kft. • 9400 Sopron, Fraknói u. 22.

Felelős vezető: Földes Tamás ügyvezető igazgató

*Károli Református Egyetem Tanítóképző Főiskolai Kar  
SZTE Neveléstudományi Intézet*

## A beszédhanghallás és a beszédhiba összefüggése tanulásban akadályozott gyermekek esetében

FAZEKASNÉ FENYVESI MARGIT – JÓZSA KRISZTIÁN  
fenyvesim@yahoo.com, jozsa@sol.cc.u-szeged.hu

---

### **Absztrakt**

Tanulmányunkban empirikus kapcsolatot keresünk a beszédhanghallás és a beszédhiba között. Elemzéseinkben feltárjuk a két változó közötti összefüggést. Megvizsgáljuk, hogy az intelligenciának és a családi háttérnek milyen szerepe van a tanulásban akadályozott gyermekek beszédhanghallásában és beszédhibájában. Kapcsolatot keresünk a beszédhanghallás, a beszédhiba és az olvasás elsajátításnak eredményessége között. Keresztmetszeti vizsgálatunkban 3., 5. és 7. évfolyamos tanulók vettek részt, összesen 1142 fő. Mindhárom évfolyamon a minta közel felét többségi, másik felét tanulásban akadályozott diákok alkották.

Eredményeink szerint a tanulásban akadályozott tanulók között lényegesen több beszédhibás van, sokuknál a beszédhiba még felső tagozatban is jelen van. Beszédhanghalló képességük a többségi gyermekekéhez mérten jelentős fáziskésést mutat. Eredményeink igazolták a beszédhanghalló képesség és a beszédhiba közötti összefüggést. Kimutattuk, hogy kapcsolat van a beszédhanghallás fejlettsége és az olvasás között. A beszédhiba ugyanakkor nem áll kapcsolatban az olvasással. A beszédhanghallás fejlettségi szintjét egyik korosztálynál sem befolyásolja a szülők iskolai végzettsége. A beszédhanghallás fejlettsége harmadikos tanulásban akadályozott gyermekeknél nem függ össze IQ-értékkel, ötödikes és hetedikos korban azonban szignifikáns a kapcsolat. A tanulásban akadályozott gyermekek beszédhibája független a szülők iskolázottságától és az intelligenciától.

Tanulmányunkban javaslatokat fogalmazunk meg, mire kellene fókuszálnia a tanulásban akadályozott tanulók fejlesztésében a logopédiai tevékenységnek és az anyanyelvi nevelésnek. Esetükben a beszédhanghallás fejlesztésének, és ezáltal a tiszta beszéd kialakításának – ha nincs organikus eltérés a hallásban, illetve a beszédszervek működésében – a logopédiai kezelés mellett a pedagógiai fejlesztés feladatai között is szerepelnie kell. Ez a fejlesztés további segítséget jelenthet a tanulásban akadályozott gyermekek sikeres integrációjához.

**Kulcsszavak:** beszédhanghallás, beszédhiba, tanulásban akadályozottak, beszédértés, olvasás, helyesírás, integrált és szegregált oktatás

---

### **Elméleti keret**

A beszédhangok észlelésével kapcsolatos kutatások – attól függően, hogy a hallásra, az észlelésre, vagy a megértésre teszik a hangsúlyt – különböző aspektusból közelítik meg a beszédhangok észlelésének folyamatát. Ennek következtében eltérő meghatározások születnek (fonetikai, fonológiai tudatosság, beszédhallás, beszédhang differenciálás, fonéma percepció stb.). Tanulmányunkban a *beszédhanghallás* fogalma alatt a beszéd-

hangok tulajdonságaik szerinti differenciálását, valamint a beszédhangok sorozatának felfogását (akusztikus szeriális észlelés) értjük.

Tanulmányunkban nem az ok, hanem a kivitelezés oldaláról értelmezzük az artikulációs képzés zavarát. A beszéd formai oldalának zavarára a *beszédhiba* fogalmat használjuk. Értelmezésünkben ez magában foglalja a beszédhibát és a beszédzavart is. A beszédhiba általában a perifériás beszédszervek rendellenességeiből adódó, veleszületett vagy a beszédfejlődés korai szakaszaiban kialakult artikulációs rendellenesség. A beszédzavar feltételezhetően központi eredetű idegrendszeri érintettség, a beszéd tartalmi vonatkozásainak sérülése.

A tanulásban akadályozott gyermekek nagyobb arányban kezdik beszédhibásan az iskolát, mint többségi kortársaik (HORSCH 2003; MÉREINÉ 1967, 1969, 1972; SCHRÖDER 2000; VASSNÉ 1989). Friss statisztikai adatok nincsenek arra vonatkozóan, hogy ez az arány számszerűen mennyi, a szakirodalmi hivatkozások csak az aránykülönbséget jelzik (GEREBENNÉ 1996; GORDOSNÉ 2004; LEONHARDT 2003; SKOFLEK 1996; TORDA 1995;).

A beszédhiba jellemzője, hogy a gyermekek nem az anyanyelv szabályai szerint képzik a beszédhangokat. Torzítanak (pl. a sziszegő hangok ejtésénél nyelvük a két fogsor között van), vagy elcserélik a hangokat (pl. igen helyett azt mondják, hogy iden, répa helyett, hogy lépa/jépa stb.), vagy kihagynak hangokat, mert nem tudják képezni azokat (pl. három helyett azt mondják, hogy háom.). A hangejtési eltérés tudatosságában három fokozat van (MONTÁGH MONTÁGHNÉ–VINCZÉNÉ 1993; PENNER 2000; VASSNÉ 1989). Az első (szenzoros) szinten a gyermekek sem a saját, sem a másik ejtésének minőségét nem tudják megítélni ('Ez solyompó? Igen, ez solyompó.'). A második (kondicionált) szinten már a másik ejtésében észlelik a különbséget, de a sajátjukban még nem ('Ez solyompó? Nem, ez nem solyompó, hanem solyompó.'). A tudatosság harmadik fokozatában már a saját ejtési eltérésüket is észlelik ('Ez solyompó? Nem, de nem tudom helyesen kimondani.').

Az anyanyelv ejtési szabályai szerinti hangképzés megtanulása öt éves korra a gyermekek többségénél befejeződik. Az öt éves kor alatti beszédzavar élettani, azaz a természetes fejlődési állomás, de utána már beszédhibának számít (GEREBENNÉ 1995).

A beszédhiba sokkal több, mint az artikuláció zavara (GILLON 2002, idézi LÓRIK–KÁSZONYINÉ 2009). Nem egyszerűen artikulációs ügyetlenségről, koordinálatlan képzésmódról van szó. A kiejtés hibája nem biztos, hogy önmagában áll, hanem a lehetséges nyelvi zavar egyik tüneteként jelentkezik (AKHTAR 1991; BARTÓK 2010; GÓSY 2007; GYARMATHY–HORVÁTH 2010; ZENNER 2000). Ezt a hipotézist erősíti meg GÓSY MÁRIA (2007) felmérése. Kutatásában 550, átlagosan fejlődő, de beszédhibával küzdő gyermekek fejlődésének nyomon követéséből kapott adatai szerint 8 éves korukra valamennyien tiszta hangejtéssel beszéltek, de mindegyiküknél jelentős elmaradást mutatott a beszédpercepció, gyenge volt a szerialitás (a hangsor elemeinek egymás utáni észlelése), és a fonológiai észlelés (beszédhangok tulajdonságainak meghatározása adott akusztikus helyzetben). Véleménye alapján mindezek miatt a felmért tanulók veszélyeztetettek az olvasás és a helyesírás tanulásában.

A beszédpercepció fejlődését akadályozhatják átmeneti hallászavarok (GEREBENNÉ 1996; GÓSY 2004, 2006; SCHNEIDER–SIMON 2007). További ok lehet a beszédhang képzésében közreműködő beszédszervek valamelyikének organikus sérülése (pl. nyelvizomzat renyheség, fogsorzáródási eltérés, szájpadhasadék stb.). A nyelvi zavar mögött állhat még nyelvi tapasztalathiány is (LUKÁCS–KAS 2008; RAMUS 2003; VASSNÉ–SUBOSITS 1993).

A biológiai és szociális eredetű okok mellett a beszédhangok ejtési eltéréseit kognitív tényezők is okozhatják. A nyelvi zavar ilyenkor az akusztikus (elsődleges hallási

elemzés), a fonetikai (a beszédhangok tulajdonságainak meghatározása) és a fonológiai (fonémadöntés a beszédhangok tulajdonságainak meghatározása alapján) szintek bizonytalan/sérült működésének következménye (GÓSY 2007; LÓRIK–KÁSZONYINÉ 2009).

A felsoroltak közül a fonetikai és a fonológiai szintek a beszédhanghallás összetevői. A beszédhanghalló készség a beszédpercepció folyamat alapja (BECKER 1985; CSÉPE 2006; GÓSY 2000; LÓRIK 1992). A beszédészlelés hierarchiájának alján áll, csak az akusztikus elemzés előzi meg (GÓSY 2000).

Ha a beszédhibánál biológiai vagy szociális ok nem mutatható ki, akkor okként a beszédhanghalló készség sérülése vagy elmaradása is feltételezhető. A gyermek hangképzési módja azért más, mert a beszédhangok tulajdonságait vagy nem észleli, vagy nem tudja a fonémadöntést meghozni.

Korábbi vizsgálatunkban (JÓZSA–FAZEKASNÉ 2006a, 2006b) már bizonyítottuk, hogy a DIFER beszédhanghalló készséget vizsgáló diagnosztikus tesztje (NAGY–JÓZSA–VIDÁKOVICH–FAZEKASNÉ 2004) tanulásban akadályozott gyermekek esetében is alkalmazható. Kismintás vizsgálat keretében feltártuk, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek többségének a beszédhanghallása jelentős fáziskésést mutat (FAZEKASNÉ–JÓZSA 2009).

Feltételezhető, hogy a beszédhibák egy részének a háttérben is a fejletlen, sérült beszédhanghallás húzódik meg. Ez azonban csak hipotézis, empirikus adatok nem állnak rendelkezésre.

A beszédhiba nem egyforma mértékben, de befolyásolhatja a beszédértést, az olvasást és a helyesírást (LÓRIK–KÁSZONYINÉ 2009; RAMUS 2003). A beszédértés és az olvasás folyamataiban inkább indirekt a hatásmechanizmus, mert itt globális mintázatokat dolgoz fel az egyén. Nem fonémaalapú, hanem ennél nagyobb perceptuális egységekkel dolgozik. Viszont a beszéd alaki tisztasága, az olvasástanulás kezdeti szakasza a dekodolás, és a helyesírás területein a feldolgozás fonémaalapú, a beszédhang differenciálás minősége meghatározó (BARTÓK 2010; CSÉPE 2007; GÓSY 2007; POEPPPEL–HICKOK 2004; WARREN–BASHFORD 1993). Ezért az elhúzódo beszédzavar nem csupán esztétikai hátrány, hanem a tanulás egyik komoly akadály lehet.

## Kutatási kérdés

A fentebb röviden összegezett vizsgálatokból tudjuk, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek jóval nagyobb százalékban kezdik meg beszédhibásan az iskolát, mint többségi társaik. Emellett az is ismert, hogy a beszédhanghallásuk fejlettségében átlagosan mintegy öt évnvi fejlődésbeli megkésettségük van (JÓZSA–FAZEKASNÉ 2006b). Mindezek alapján izgalmas kutatási kérdésként merül fel: van-e különbség a tisztán beszélő, és a beszédhibás tanulásban akadályozott gyermekek beszédhanghallása között? Vagy esetleg mindkét populációra azonos mértékben jellemző a beszédhanghallás fejlettségbeli megkésettsége?

Ha különbséget kapunk, akkor az részben választ adhat arra, miért vannak a tanulásban akadályozottak között jóval nagyobb arányban beszédhibás gyermekek.

Kutatásunk célja tehát a beszédhibás és a nem beszédhibás tanulásban akadályozott gyermekek beszédhanghallásának összehasonlítása. Emellett megvizsgáljuk, hogy a beszédhanghallás és a beszédhiba hogyan függ össze a családi háttérrel, az intelligenciával és az olvasással.

## Mérőeszközök

A beszédhanghallás vizsgálatára a DIFER Programcsomag beszédhanghallás tesztjének rövid változatát használtuk (NAGY-JÓZSA-VIDÁKOVICH-FAZEKASNÉ 2004). A teszt 15 itemből áll. A tanulásban akadályozott tanulók mintáján a teszt Cronbach- $\alpha$  reliabilitása 0,82.

Vizsgálatunk egy nagyobb projekt részét képezte. Ennek köszönhetően számos további teszteredmény és háttéradat áll rendelkezésünkre a gyermekekről. Ezek közül az alábbiakat használtuk fel jelen tanulmányunkhoz. Az olvasási készség (szóolvasás) fejlettségének méréséhez NAGY JÓZSEF (2006) tesztjeit adaptáltuk, három szubtesztet alkalmaztunk: képes szóolvasás (55 item), szójelentés olvasás (19 item) és szinonima-olvasás (20 item). Mindhárom szubteszt alkalmasnak bizonyult a tanulásban akadályozott gyermekek vizsgálatára. Reliabilitásuk rendre 0,98, 0,89, és 0,88. Az olvasási képességet (szövegértést) három különböző szövegtípussal vizsgáltuk: egy folyamatos (22 item) és két nem folyamatos (16 és 9 item) szöveggel. Mindkét mintán mindhárom szövegnek a reliabilitása 0,88 és 0,91 között van. Megállapíthatjuk, hogy a tesztek egyaránt alkalmasak a tanulásban akadályozott és a többségi tanulók vizsgálatára. Megbízható képet tudnak nyújtani a tanulók olvasási készségének és képességének fejlettségéről. Az olvasás iránti motiváltság vizsgálatára a nemzetközi szakirodalomból vettünk át egy listát. A listát adaptáltuk a tanulásban akadályozott gyermekek méréséhez: 15 db, háromfokú, Likert-skála típusú állítást fogalmaztunk meg. A kérdőív megfelelő reliabilitással (0,81) adott képet a gyermekek olvasás iránti motiváltságáról. Emellett felvettük a gyermekekkel a Raven-féle intelligenciatesztet.

## Minta

Keresztmetszeti vizsgálatunkban 3., 5. és 7. osztályos tanulók vettek részt, összesen 1142 fő. A többségi és a tanulásban akadályozott gyermekek a három évfolyamon hasonló arányban szerepelnek. A harmadikos tanulásban akadályozott gyermekek között vannak integráltan és szegregáltan oktatott gyermekek is. Az ötödikes és a hetedikes tanulásban akadályozott diákok mindegyike speciális tantervű iskolában tanul (1. táblázat).

Minta	Évfolyam			
	3.	5.	7.	Együtt
Többségi	184	194	210	588
Szegregált tanulásban akadályozott	152	148	226	526
Integrált tanulásban akadályozott	28	–	–	28
Együtt	364	342	436	1142

1. táblázat. A mintába tartozó gyermekek (fő)

Mintánkban – a szakirodalmi adatokkal egyezően – a tanulásban akadályozott gyermekek között lényegesen több beszédhibás van, mint a többségi gyermekek körében. A harmadikos tanulásban akadályozott gyermekek 20%-a beszédhibás, a többségi mintában csak 5% a beszédhibások aránya. Adataink azt mutatják, hogy mindkét mintában az életkor előre haladtával jelentősen csökken a beszédhibás tanulók aránya (2. táblázat).

Minta	Évfolyam		
	3.	5.	7.
Többségi	5	2	0
Tanulásban akadályozott	20	6	5

## 2. táblázat. A beszédhibás gyermekek aránya (%)

Vizsgálatunk nagyobb mintáján belül jelen elemzésünkben a harmadikos tanulásban akadályozott gyermekekre fókuszálunk elsősorban, ez a részminta 180 fős (152 tanuló szegregáltan, 28 integráltan oktatott, 1. táblázat). Az intelligenciahányados tekintetében nincs szignifikáns különbség a tisztán beszélő és a beszédhibás harmadikos tanulók között (3. táblázat). Nincs szignifikáns különbség az anya iskolázottságában sem a két minta között. A 3. táblázatban a harmadikos tanulókra vonatkozó adatokat adtuk meg, de az ötödikesek és a hetedikesek esetében is ezzel közel azonos átlagokat kaptunk, szignifikáns különbségek ott sincsenek. Mindez arra utal, hogy sem az intelligenciának, sem a szülők iskolázottságának nincs döntő szerepe a beszédhiba kialakulásában. Az okokat máshol kell keresnünk.

Változó	Tisztán beszélő		Beszédhibás	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Raven IQ	75	12	77	16
Anya iskolázottsága	2,1	0,7	2,1	0,7

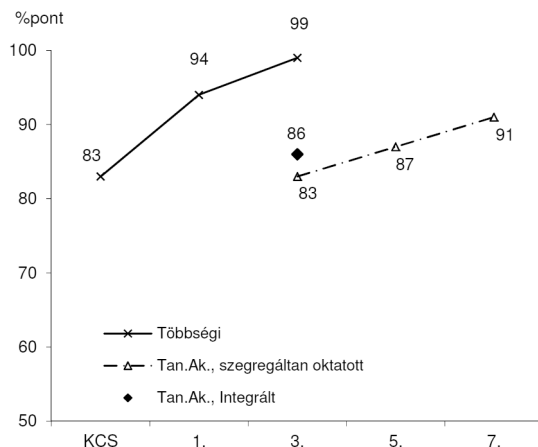
## 3. táblázat. Tisztán beszélő és beszédhibás tanulásban akadályozott 3. osztályos tanulók

## A beszédhanghallás fejlődése

Korábbi vizsgálatunk (JÓZSA–FAZEKASNÉ 2006a, 2006b) adatait megerősítve jelen kutatásunkban is azt kaptuk, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek beszédhanghalló készsége a többségi gyermekekéhez mérten jelentős fáziskésését mutat. A harmadikos tanulásban akadályozott gyermekek beszédhanghallásának átlagos fejlettsége a többségi gyermekek középcsoportos átlagával egyezik meg, ez négyévnnyi fejlődésbeli megkésettiséget jelent. Az integrált nevelésben részesülő, harmadik osztályos tanulásban akadályozott gyermekek készségfejlettsége (86%p) nem különbözik szignifikánsan a szegregáltan oktatott társaikétól (83%p – 1. ábra).

A hetedikes tanulásban akadályozott diákok beszédhanghallásának fejlettsége (91%p) szignifikánsan elmarad az elsős többségi tanulók átlagos fejlettségétől (94%p). A két populáció közötti különbség ebben az életkorban már hatvényinek mutatkozik.

Korábbi, kismintás vizsgálatunk azt mutatta, hogy az alsó tagozatos tanulásban akadályozott gyermek mintáján az intelligenciahányados nem függ össze a beszédhanghallás fejlettségével (FAZEKASNÉ–JÓZSA 2009). Jelen vizsgálatunk ezt a képet tovább árnyalja. A tanulásban akadályozott harmadikos gyermekek esetében most sem szignifikáns a korreláció, az együththató 0,14. Az ötödikes tanulók esetében 0,21 ( $p < 0,05$ ), a hetedikeseknél 0,28 ( $p < 0,05$ ) erősségű korreláció van a beszédhanghallás és az intelligencia között. Ez a két utóbbi korreláció szignifikáns, de gyenge kapcsolatot mutat a két változó között. Értelmezésünk szerint ez arra utal, hogy harmadikos korban még az intelligenciától függetlenül fáziskésésben lehet a tanulásban akadályozott



1. ábra. A beszédhanghalló készség fejlődése szegregáltan és integráltan oktatott tanulásban akadályozott, valamint többségi gyermekek esetében

gyermekek beszédhanghallása. A gyermekek egy részénél azonban még ötödikes és hetedikés korban is megkésettiséget mutat a beszédhanghallás fejlettsége. A szignifikáns korreláció arra utal, hogy ezeknél a gyermekeknél a beszédhanghallás megkésett fejlődését a mentális elmaradás is okozhatja.

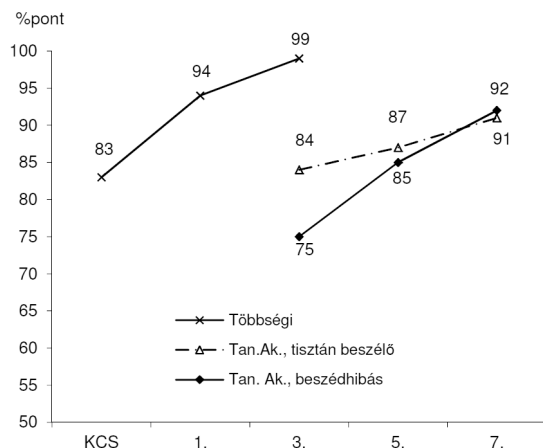
A beszédhanghallás fejlettsége a tanulásban akadályozott gyermekek esetében egyik évfolyamon sem mutat összefüggést a szülők iskolai végzettségével.

## Beszédhiba és beszédhanghallás

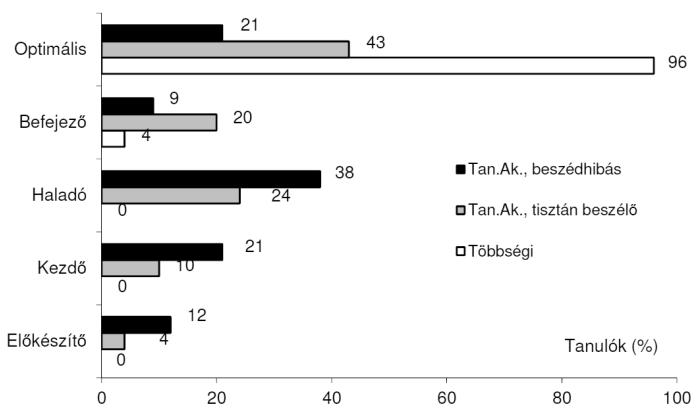
Igazolódni látszik az a feltételezésünk, miszerint összefüggés van a beszédhanghalló készség és a beszédhiba között (2. ábra). A harmadikos beszédhibás tanulásban akadályozott gyermekek beszédhanghalló készsége 75%p, míg tisztán beszélő kortársaiké 84%p. A tisztán beszélő harmadikos tanulásban akadályozott gyermekek beszédhanghallása tehát szignifikánsan, átlagosan 9%p-tal fejlettebb. Ötödik és hetedik osztályban nincs szignifikáns különbség a két minta között. Emlékeztetünk itt arra, hogy a tanulásban akadályozott harmadikos diákok 20%-a beszédhibás, az ötödikeseknek azonban már csak 5%-a (2. táblázat).

A készségek elsajátítási folyamatának jellemzéséhez Nagy József egy ötszintű fejlődési modellt dolgozott ki: a készségek fejlődése az előkészítő, kezdő, haladó majd befejező szinten át ér el az optimális szintig. A gyermek fejlődésének jellemzésekor azt adjuk meg, hogy a készség elsajátításának melyik fázisában van (NAGY-JÓZSA-VIDÁKOVICH-FAZEKASNÉ 2004b). A 3. ábrán közöljük, hogy a harmadikos tisztán beszélő és beszédhibás gyermekek beszédhanghallásának fejlettsége miként oszlik meg az öt elsajátítási szint között. Karakteres eltérés mutatkozik a tisztán beszélő és beszédhibás tanulók között. A legelső fejlettségi szinten, azaz az előkészítő szinten a tisztán beszélők 4%, míg a beszédhibások 12%-a található. A beszédhanghallás optimális fejlettségét a tisztán beszélők 43%, a beszédhibások 21%-a éri el. Összességében látható, hogy a beszédhibás tanulásban akadályozott harmadikos tanulók többségének a beszédhanghalló készsége az alsóbb fejlettségi szinteken van.





2. ábra. AA beszédhanghalló készség fejlődése tisztán beszélő és beszédhibás tanulásban akadályozott, valamint többségi gyermekek esetében



3. ábra. A 3. osztályos tanulók megoszlása a beszédhanghallás elsajátítási szintjei között (%)

## A beszédhanghallás és a beszédhiba összefüggése az olvasással

Adatfelvételünk során a tanulók olvasási készség (olvasástechnika) és olvasási képesség (szövegértés) teszteket is kitöltöttek, emellett megvizsgáltuk a tanulók olvasási motívumát is. Ennek köszönhetően lehetőségünk van a beszédhanghallás és a beszédhiba összefüggésének feltárására ezekkel a kognitív és affektív változókkal.

Eredményeink szerint nincs szignifikáns különbség a tisztán beszélő és a beszédhibás tanulásban akadályozott gyermekek olvasási készségének és képességének a fejlettségében. Ezek alapján úgy tűnik, hogy harmadikos korban sem az olvasás tech-

nikai részében, sem az olvasottak tartalmának a megértésében nem okoz különbséget az, hogy a hangejtés tiszta, vagy torzult a tanulóknál.

Talán nehezen interpretálható az a vizsgálati eredményünk, miszerint a tisztán beszélő tanulók olvasási motivációja szignifikánsan erősebb, mint beszédhibás társaiké (4. táblázat). Fontosnak tartjuk itt megjegyezni, hogy számos kutatás igazolta: a gyermekek olvasási motiváltsága jelentősen segíti a szövegértésük fejlődését. A fejlett szövegértési képességnek ugyanakkor nem feltétlenül velejárója az erős olvasási motiváltság (SZENCZI 2010). Mindez azt jelentheti, hogy tiszta beszéddel erősebb olvasási motiváció járhat együtt, aminek következménye lehet a később fejlettebb szövegértés. Ez abból a szempontból is érdekes lehet, hogy ugyanezen vizsgálatunk adatai azt mutatták, hogy 3-7. évfolyam között jelentősen csökken a tanulók olvasási motivációja (JÓZSA–FAZEKASNÉ 2008).

Minta	Olvasási készség		Olvasási képesség		Olvasási motiváció	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Tisztán beszélő	60	21	28	23	66	17
Beszédhibás	60	20	26	20	61	20

4. táblázat. Tisztán beszélő és beszédhibás tanulásban akadályozott, 3. osztályos tanulók olvasásnak fejlettsége (%pont)

A beszédhanghallás fejlettsége mindhárom évfolyamon összefügg mind az olvasási készség, mind az olvasási képesség fejlettségével. A korrelációk szignifikánsak, de nem túl erősek 0,2-0,3 körüliek. Ezek a korrelációk egyértelművé teszik, hogy a beszédhanghallásnak szerepe van az olvasás elsajátításában. A beszédhanghallás fejlettsége és az olvasási motiváció között nem kaptunk szignifikáns korrelációkat. (5. táblázat).

A korreláció a harmadikos tanulók esetében a legerősebb az olvasási készséggel: 0,34 ( $p < 0,05$ ), a magasabb évfolyamokon szignifikánsan gyengébb. Ez a 0,34 erősségű korreláció igazolja, hogy a beszédhanghallás fejlettségének szerepe van az olvasástanítás kezdő szakaszában: a betűolvasás és a szóolvasás elsajátításában. A korreláció alapján számolt determinációs együttható azt jelzi, hogy a beszédhanghallás fejlettsége 12%-nyi mértékben magyarázza meg az olvasáskészség egyéni fejlettségbeli különbségeit a harmadikos tanulásban akadályozott gyermekek esetében. Ez az összefüggés egyértelműen rámutat a beszédhanghallás óvodai, kisiskoláskori fejlesztésének a jelentőségére, fontosságára. A fejlesztő módszerekről lásd részletesen: FAZEKASNÉ (2000, 2006).

Évfolyam	Olvasási készség	Olvasási képesség	Olvasási motiváció
3.	0,34	0,25	0,03 <sup>ns</sup>
5.	0,21	0,26	0,01 <sup>ns</sup>
7.	0,16	0,22	-0,03 <sup>ns</sup>

Megj.: A nem jelölt korrelációs együtthatók  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.

5. táblázat. A beszédhanghallás és az olvasás közötti korrelációs együtthatók

## Összegzés

A tanulásban akadályozott gyermekek beszédhanghallása jelentős fáziskésést mutat a többségi gyermekekhez képest. A fejlődési fáziskésésük átlagosan 4–6 évnyi. A be-

szédhanghallás intenzív fejlődési szakasza a két populáció esetében eltérő életkori időszakra esik.

Korábbi kismintás vizsgálatunkkal összhangban azt kaptuk, hogy a harmadikos tanulásban akadályozott gyermekek beszédhanghallásának a fejlettsége nem függ össze az IQ-értékükkel. Ötödikes és hetedikes korban azonban szignifikáns kapcsolatban van a beszédhanghallás az intelligenciával. Ez arra utal, hogy a harmadikos gyermekek beszédhanghallása az intelligenciától függetlenül fáziskésésben lehet. Azoknál a gyermekeknél azonban, akiknek még ötödikes, hetedikes korban is megkésett a beszédhanghallása, a mentális elmaradás szerepe is feltételezhető e mögött okként. A beszédhanghallás fejlettsége egyik korosztálynál sem függ össze a szülők iskolai végzettségével.

Az intenzív logopédiai fejlesztés ellenére is vannak a felső tagozatban beszédhibás tanulásban akadályozott gyermekek. Ismert, hogy a beszédhiba hátterében az organikus tényezők (pl. beszédszervi rendellenességek, beszédmotoros koordinációs zavar) jelentősége a tanulásban akadályozott gyermekek esetében is csekély (CONINX 1999; GEREBENNÉ 1995; MÉREINÉ 1965, 1972; MIHÁLYI 1980; ROSTA-SCHUHNÉ 2007). A korrigált beszédhangok rutinszerű használatához ugyanakkor szükség van egy optimum szinten működő beszédhanghallásra. Így, tekintettel arra, hogy vizsgálati eredményeink szerint a beszédhanghallás a mentális fejlettségtől alig függ, a logopédiai kezelések során a hangképzés kialakítása és rögzítése a tanulásban akadályozott gyermeknél sem lehet sokkal nehezebb, mint többségi társaiknál. Ez a megállapítás a gyakorlati tapasztalatainkkal is összhangban van.

Adataink ugyancsak megerősítették azokat a korábbi kutatásokat, melyek szerint a tanulásban akadályozott gyermekek körében jóval magasabb a beszédhibás gyermekek aránya. A harmadikos tanulásban akadályozott diákok 20%-a beszédhibás, míg a többségi gyermekeknél ez az arány csak 5%. Hetedikes korban a többségi gyermekek között gyakorlatilag már alig van beszédhibás, a tanulásban akadályozott gyermek között azonban még 5%-nyi beszédhibás diákot találunk.

A tisztán beszélő és a beszédhibás tanulásban akadályozott gyermekek intelligenciája között nincs szignifikáns eltérés. Nem kaptunk szignifikáns különbséget a tisztán beszélő és a beszédhibás gyermekek szüleinek iskolai végzettsége között sem. Úgy tűnik tehát, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek populációján belül sem az intelligenciának, sem a családi háttérnek nincs döntő szerepe beszédhiba kialakulására.

A harmadik osztályos beszédhibás, tanulásban akadályozott gyermekek beszédhanghallása alacsonyabb fejlettségi szintű, mint tisztán beszélő társaiké. A tanulásban akadályozottaknál nagyobb arányban előforduló beszédhibát a beszédhanghallás, azaz az akusztikus észlelés deficitje is okozhatja. Ismert, hogy a tanulásban akadályozottakat általában is jellemzi a hosszabb idejű, diffúz észlelés. Gyakran elsikkadnak a vizuális, és az akusztikus ingerek részletei felett, globális észlelésük nem terjed ki az apróbb összetevőkre (HORSCH 2003; LEONHARDT 2003; MESTERHÁZI 1998).

Adataink bizonyítják, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek egy részénél kapcsolat van a beszédhanghallás és a beszédhiba között. Ez felveti annak a lehetőségét, hogy a tanulók bizonyos hányadánál a beszédhiba hátterében a beszédhanghallás fejletlensége áll: a beszédhangok akusztikai tulajdonságait nem jól hallja, ezért nem jól ejti. A beszéd alaki részének klasszikus korrigálási sorrendje ezeknél a gyermekeknél nem elegendő. A hangképzés-rögzítés-automatizálás szokásos logopédiai folyamata ezekben az esetekben csak tüneti kezelést jelent. A megoldás a beszédhiba meglétében szerepet játszó beszédhanghalló készség fejlesztésében rejlik.

A fentiek alapján arra következtethetünk, hogy a tanulásban akadályozott tanulók esetében a beszédhanghallás fejlesztésének, és ezáltal a tiszta beszéd kialakításának – ha nincs organikus eltérés a hallásban, illetve a beszédszervek működésében – a logopédiai kezelés mellett a pedagógiai fejlesztés feladatai között is szerepelnie kell. A beszédhanghalló készség fejlesztése jól integrálható a pedagógiai tevékenység folyamatába. A napi rendszerességű pedagógiai munka eredményesebb lehet a fejlesztésben, mint a heti rendszerességű logopédiai foglalkozás.

A beszédhanghallás fejlesztésének eredménye, következménye a fonológiai tudatosság fejlődése. Feltételezzük, hogy a fonológiai tudatosság birtokában a beszédhangok kiejtésének javítására a gyermekek már maguktól képesek lesznek, mert a beszédhanghalló készség segíti őket a korrekcióban. Ezzel a folyamat hasonló lesz ahhoz, amit a spontán tiszta beszédűvé váló gyermekeknél megfigyelhetünk.

Míndezek alapján feltételezhető, hogy a beszédhanghallás fejlesztésével a beszédhibás tanulók aránya csökkenthető. Azokban az esetekben, ahol a hangképzést organikus rendellenesség nem akadályozza, a beszédhanghallás fejlesztésével indirekt módon jelentős hatást gyakorolhatunk a tiszta beszéd kialakulására. Ez a szemlélet módosítaná a tanulásban akadályozottak logopédiai foglalkoztatását is. A direkt hangjavítás mellett a pedagógiai tevékenység segítségével a tanulásban akadályozott gyermekek a korrigált tiszta hangot jóval előbb beépítenék hangképzésükbe, az automatizmus (a javított hang spontán alkalmazása) meggyorsulna és biztosabbá válna. E gyakorlati szempontból is jelentősnek mondható hipotézis igazolása további kutatásaink feladata lesz.

Vizsgálatunk adatai szerint a beszédhibának nincs közvetlen szerepe az olvasás fejlődésében. Sem az olvasási készség, -képesség, sem az olvasási motiváció esetében nem kaptunk szignifikáns különbséget a tisztán beszélő és a beszédhiba tanulásban akadályozott gyermekek között.

Kimutattuk, hogy a beszédhanghallás fejlettsége összefügg az olvasási készség és az olvasási képesség fejlettségével. Az olvasástanulás kezdeti szakaszában a beszédhanghallás fejlettsége 12%-nyi arányban megmagyarázza az olvasási készség egyéni fejlettségbeli különbségeit. Míndez arra hívja fel a figyelmet, hogy a beszédhanghallás fejlesztésével elősegíthetjük az olvasás elsajátítását.

Többségi gyermekek körében folytatott fejlesztő programjaink igazolták, hogy a beszédhanghallás eredményesen fejleszhető (FAZEKASNÉ 2000, 2006; JÓZSA–ZENTAI, 2007). E módszerek adaptálásával a speciális pedagógia eszköztárának bővülését jelentheti a beszédhanghallás fejlesztése. Ez a fejlesztés további segítséget jelenthet a tanulásban akadályozott gyermekek sikeres integrációjához. Később kutatások keretében szükséges megvizsgálni, hogy tanulásban akadályozott gyermekek esetében is hasonló hatékonysággal fejleszhető-e a beszédhanghallás, mint a többségi gyermeknél.

## **Köszönetnyilvánítás**

A tanulmány az OTKA K 83850 pályázat támogatásával valósult meg. A vizsgálatban alkalmazott *DIFER Programcsomag* a Nagy József szakmai vezetése alatt folyó kutatások eredményeként született meg. A többségi és a tanulásban akadályozott gyermekek fejlődési folyamatának összehasonlítására irányuló vizsgálatokat az *ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar*ának kutatási kerete teszi lehetővé. E kutatások elindítása *Szabó Ákosné*nek köszönhető. A tanulmány elkészítése során felhasználtam az *MTA-SZTE Képességfejlődés Kutatócsoport* infrastruktúráját.

## Irodalom

- AKHTAR, N. (1991): Directive interactions and early vocabulary development: the role of joint attentional focus. *Journal of Child Language*, **18**, 41–49.
- BARTÓK ERIKA (2010): *Beszédhiba és diszlexia*. [http://www.beszed.hu/beszedhibakrol\\_altalaban](http://www.beszed.hu/beszedhibakrol_altalaban) (Letöltés: 2010. augusztus 27.)
- BECKER, R. (1985): *Die Lese-Schreibschreib-Schwache aus logopedischer Sicht*. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin.
- CONINX, F. (1999): Vom Hören zum Wahrnehmen: eine kognitive Leistung. In: Internationales Beratungszentrum. (szerk.): *Auditive-verbale Erziehung beinhaltet kognitive Förderung vom Baby bis zum Erwachsenen*. 260–272.
- CSEPE VALÉRIA (2007): Azonos vagy különböző? Beszédészlelési és olvasási zavarok. In: GÓSY MÁRIA (szerk.): *Beszédészlelési és beszédmegértési zavarok az anyanyelv elsajátításában*. Nikol Kkt., Budapest. 164–184.
- FAZEKASNÉ FENYVESI MARGIT (2000): A beszédhanghallás kritériumorientált fejlesztése. *Új Pedagógiai Szemle*, 7–8. sz. 279–284.
- FAZEKASNÉ FENYVESI MARGIT (2006): *A beszédhanghallás fejlesztés 4-8 éves életkorban*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- FAZEKASNÉ FENYVESI MARGIT–JÓZSA KRISZTIÁN (2009): Tanulásban akadályozott alsó tagozatos gyermekek beszédhanghallása. In: MARTON KLÁRA (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája*. Eötvös Kiadó, Budapest. 151–176.
- FEHÉRNÉ KOVÁCS ZSUZSANNA (2000): *A nyelvi fejlődés zavaráról új megközelítésben*. VI. Logopédiai Napok Konferencia. Szociális Foglalkoztató, Sopron. 96–104.
- GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ KATALIN (1995): Szempontok a nyelvi fejlődés zavarának értelmezéséhez. In: GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ KATALIN (szerk.): *Fejlesztési diszfázia. Tanulmányok a gyermekkori nyelvi zavarok köréből*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest. 7–27.
- GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ KATALIN (1996): Auditív észlelés és beszédmegértési zavarok gyógypedagógiai pszichológiai megközelítésben. In: GÓSY MÁRIA (szerk.): *Gyermekkori beszédészlelési és beszédmegértési zavarok*. Nikol Kiadó, Budapest. 54–83.
- GORDOSNÉ SZABÓ ANNA (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- GÓSY MÁRIA (2000): *A ballástól a tanulásig*. Nikol Kkt. Budapest.
- GÓSY MÁRIA (2006): A beszédhangok megkülönböztetésének fejlődése. *Beszédkutató*. MTA Nyelvtudományi Intézet, Budapest. 147–160.
- GÓSY MÁRIA (2007): Az értelmi képesség és a beszédpercepció folyamatok összefüggései. In: GÓSY MÁRIA (szerk.): *Beszédészlelési és beszédmegértési zavarok az anyanyelv elsajátításában*. Nikol Kkt. Budapest. 230–246.
- GYARMATHY DOROTTYA – HORVÁTH VIKTÓRIA (2010): A beszédhallás szerepe a beszédhang differenciálásban. *Gyógypedagógiai Szemle*, XXVIII. 2. sz. 126–136.
- HORSCH, U. (2003): Pädagogische Interventionen bei Beeinträchtigung der auditiven Wahrnehmung. In: LEONHARDT, A.–WEMBER, F. (szerk.): *Grundfragen der Sonderpädagogik*. Beltz Verlag-Weinheim, Basel-Berlin. 324–348.
- ILLYÉS SÁNDOR (2000, szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGyFK, Budapest.
- JÓZSA KRISZTIÁN–FAZEKASNÉ FENYVESI MARGIT (2006a): A DIFER programcsomag alkalmazási lehetősége tanulásban akadályozott gyermekeknél (I. rész). *Gyógypedagógiai Szemle*, XXXIV. 2. sz. 133–142.
- JÓZSA KRISZTIÁN–FAZEKASNÉ FENYVESI MARGIT (2006b): A DIFER programcsomag alkalmazási lehetősége tanulásban akadályozott gyermekeknél (II. rész). *Gyógypedagógiai Szemle*, XXXIV. 3. sz. 161–177.
- JÓZSA KRISZTIÁN–FAZEKASNÉ FENYVESI MARGIT (2008): *Az olvasás iránti motiváltság alakulása tanulásban akadályozott és többségi gyermekek esetében* (szimpózium-előadás). VIII. Országos Neveléstudományi Konferencia, Budapest.

- JÓZSA KRISZTIÁN–ZENTAI GABRIELLA (2007): Hátrányos helyzetű óvodások játékos fejlesztése a DIFER Programcsomag alapján. *Új Pedagógiai Szemle*, 5. sz. 3–17.
- LEONHARDT, A. (2003): Symptomatik, Ätiologie und Diagnostik bei Beeinträchtigung der auditiven Wahrnehmung. In: LEONHARDT, A.–WEMBER, F. (szerk.): *Grundfragen der Sonderpädagogik*. Beltz Verlag-Weinheim, Basel-Berlin. 304–323.
- LŐRIK JÓZSEF (1992): A beszédhangok hallási megkülönböztetéséről. *Beszédgyógyítás*, 1. sz. 22–32.
- LŐRIK JÓZSEF–KÁSZONYINÉ JANCSÓ ILDIKÓ (2007): *A fonológiai tudatosság fejlesztésének hatása az olvasás elsajátítására*. MFFLT Konferencia, Eger.
- LŐRIK JÓZSEF–KÁSZONYINÉ JANCSÓ ILDIKÓ (2009): A fonológiai tudatosság fejlesztése és hatása az írott nyelv elsajátítására. In: MARTON KLÁRA (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája*. Eötvös Kiadó, Budapest. 11–43.
- LUKÁCS ÁGNES–KAS BENCE (2008): A specifikus nyelvi zavar biológiai alapjai. *Pedagógusképzés*, 1–2. sz. 69–79.
- MÉREI FERENCNÉ (1965): Az értelmi fogyatékosok beszédhibái. In: A Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Tudományos Tanácsa (szerk.): *Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve I*. Budapest. 185–197.
- MÉREI FERENCNÉ (1967): Beszédhibák az óvodai és iskolai otthonokban. In: HERMANN ALICE (szerk.): *Értelmi elmaradás – értelmi fejlődés az óvodás otthonokban*. Tankönyvkiadó, Budapest. 166–176.
- MÉREI FERENCNÉ (1969): Az értelmi fogyatékosok beszédhibái. In: V. KOVÁCS EMÓKE–MÉREI FERENCNÉ (szerk.): *Tanulmányok a logopédia köréből*. Tankönyvkiadó, Budapest. 194–209.
- MÉREI FERENCNÉ (1972): *Debilis óvodások beszédzavarának komplex háttere*. MAGYE-kiadvány 3. Budapest. 225–227.
- MESTERHÁZI ZSUZSA (1998): *A nebezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYTF, Budapest.
- MESTERHÁZI ZSUZSA (2001, szerk.): *Gyógypedagógiai lexikon*. BGYGYFK, Budapest.
- MIHÁLYI JÁNOS (1980): Kisegítő iskolai tanulók logopédiai prognózisa. In: MÉREI VERA–VASSNÉ KOVÁCS EMÓKE (szerk.): *Előadások a beszéd kutatás területéről*. Tankönyvkiadó, Budapest. 134–141.
- MONTÁGH IMRE–MONTÁGHNÉ RIENER NELLI–VINCZÉNÉ BÍRÓ ETELKA (1993): *Gyakori beszédhibák a gyermekkorban*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- NAGY JÓZSEF (2006): A szóolvasó készség fejlődésének kritériumorientált diagnosztikus feltérképezése. In: JÓZSA KRISZTIÁN (szerk.): *Az olvasási képesség fejlődése és fejlesztése*. Dinasztia Tankönyvkiadó, Budapest. 91–106.
- NAGY JÓZSEF–JÓZSA KRISZTIÁN–VIDÁKOVICH TIBOR–FAZEKASNÉ FENYVESI MARGIT (2004): *DIFER Programcsomag: Diagnosztikus fejlődésvizsgáló és kritériumorientált fejlesztő rendszer 4-8 évesek számára*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- PENNER, Z. (2000): Phonologische Entwicklung. Eine Übersicht. In: GRIMM, H. (szerk.): *Sprachentwicklung*. Hogrefe Verlag, Göttingen. 105–136.
- PLÉH CSABA–KAS BENCE–LUKÁCS ÁGNES (2008): A nyelvi fejlődés zavarai. In: KÁLLAI JÁNOS–BENDE ISTVÁN–KARÁDI KÁZMÉR–RACSMÁNY MIHÁLY (szerk.): *Bevezetés a neuropszichológiába*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 287–337.
- POEPPPEL, D.–HICKOK, G. (2004): Towards a new functional anatomy of language. *Cognition*, **92**, 1–12.
- RAMUS, F. (2003): Developmental dyslexia: Specific phonological deficit or general sensorimotor dysfunction? *Current Opinion in Neurobiology*, **13**, 212–218.
- ROSTA KATALIN–SCHUCHNÉ RUMPLI HENRIETTE (2007): Beszédfogyatékos gyermekek beszédpercepció vizsgálat. In: GÓSY MÁRIA (szerk.): *Beszédészlelési és beszédmegértési zavarok*. Nikol Kkt, Budapest. 137–148.
- SCHNEIDER JÚLIA–SIMON FERENC (2007): A beszédhallás diagnosztikája. In: GÓSY MÁRIA (szerk.): *Beszédészlelési és beszédmegértési zavarok az anyanyelv elsajátításban*. Nikol Kkt, Budapest. 104–112.
- SCHRÖDER, U. (2000): *Lernbehindertenpädagogik*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

- SKOFLEK KATALIN (1996): Értelmi fogyatékosok beszédészlelésének és beszédmegértésének vizsgálatáról. In: GÖSY MÁRIA (szerk.): *Gyermekkori beszédészlelési és beszédmegértési zavarok*. Nikol Kiadó, Budapest. 188–200.
- SZENCZI BEÁTA (2010): Az olvasási motiváció: definíciók és kutatási irányok. *Magyar Pedagógia*, (megjelenés alatt).
- TORDA ÁGNES (1995, szerk.): *Pszichodiagnosztika*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- VASSNÉ KOVÁCS EMŐKE (1989): *Logopédiai jegyzet*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- VASSNÉ KOVÁCS EMŐKE–SUBOSITS ISTVÁN (1993): *A beszéd és zavarai*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- WARREN, R. M.–BASHFORD, J. A. (1993): When acoustic sequences are not perceptual sequences: the global perception of auditory patterns. *Perception and Psychophysics*, **54**. 121–126.
- ZENNER, H. P. (2000): Die Kommunikation des Menschen: Hören und Sprechen. In: SCHMIDT, R.F.–THEWS, G. (szerk.): *Physiologie des Menschen*. 28. Auflage. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg. 259–274.

## **1%-OS FELAJÁNLÁS**

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete céljai között a megalakulásától kezdve szerepel a Gyógypedagógiai Szemle megjelentetése. Kérjük olvasóinkat, hogy személyi jövedelemadójuk 1%-ának felajánlásával támogassák az Egyesületet annak érdekében, hogy a lap folyamatosan meg tudjon jelenni.

**Adószám: 19024251-1-42**

# Érzelmi- és viselkedészavarok gyökerei: a korai szülői hatások szerepe

EIGNER BERNADETT

bernadett.eigner@barczy.elte.hu

---

## Absztrakt

A gyermek szelf-fejlődésének meghatározója a korai gondozó-gyermek kapcsolat minősége. A kapcsolat az anya és a csecsemő közötti mindennapos interakciók sorozatában ragadható meg. A „szemtől szembe” korai interakciókban felismerhetők a korai kapcsolati és kommunikációs zavarok, a patológiás fejlődéshez vezető interakcionális jegyek. A korai interakcióban a partnerek nem egyenrangú felek, a felnőtt gondozó szerepe meghatározó a kapcsolatban, a baba az őt ért környezeti hatásokra igyekszik a lehető legoptimálisabb stratégiákkal válaszolni. A korai anya-gyermek kapcsolat zavara veszélyeztető tényező lesz a gyermek egészséges kognitív és érzelmi-szociális fejlődésére, valamint későbbi kapcsolatainak minőségére, elsősorban a kötődési biztonságának alakulására nézve. Az interakciók stílusa és egyes jellemzői összefüggésben állhatnak a később megszilárduló szülői nevelési stílus fő jegyeivel is, melynek hatása meghatározó jelentőségű a gyermek fejlődésére, viselkedésére. Az atipikus interakciók egyúttal fokozott stresszt és konfliktushelyzetet is jelentenek, illetve a fokozott stressz megzavart interakciókhoz vezethet. Mindezek együttesen járulhatnak hozzá a pszichopedagógia látószögében álló érzelmi- és viselkedészavarok kialakulásához, így a specifikus korai kapcsolati zavarjegyek felismerése és kezelése a hatékony korai intervenció eszköze lehet.

**Kulcsszavak:** érzelmi-szociális fejlődés, anyai szenzitivitás, szociális szükségletek, nevelési stílusok, érzelmi- és viselkedészavarok

---

## Bevezetés

Egyre növekszik azoknak a gyerekeknek a száma, akikkel kapcsolatosan valamilyen *viselkedési, beilleszkedési vagy teljesítményprobléma* merül fel. A nehézségek már igen korán jelentkezhetnek, ilyenkor a felismerés főképpen a szülőktől függ, illetve attól, mennyire lépi át a probléma a szülők tűréshatárát. Nem jellemző azonban, hogy ilyenkor a szülők nagy számban szakemberekhez fordulnának. Szükséges lenne tehát a felvilágosítás, és a gyermekekkel korán találkozó szakemberek érzékenyítése és specifikus kiképzése, valamint távlatosan új szakemberek bevonása a rendszerbe.

Mivel iskoláskorban már előrehaladott az állapot, súlyosak a problémák, rögzültek a tünetek, fontos lenne a *megelőzésre* helyezni a hangsúlyt. Melyek is a korai életkorban azok a tényezők, amelyek elősegíthetik, vagy előre jelezhetik egy esetleges későbbi pszichés zavar létrejöttét?

A gyermek fejlődése a korai időszakban nagyon szorosan összefügg környezete jellemzőivel. A gyermek „énre találása” csak mások segítségével lehetséges, a gyermek szelf-fejlődésének meghatározója ezért a *korai gondozó-gyermek kapcsolat minősége*. A kapcsolat a mindennapokban a gondozó felnőtt (a szülők, elsősorban az anya) és a csecsemő, majd kisgyermek közötti játékos interakciók sorozatában ragadható meg.



A *korai interakciók zavarai és diszharmóniája* veszélyeztető tényező lesz a gyermek egészséges fejlődésére (mind a kognitív, mind az érzelmi-szociális fejlődést tekintve, különösen a társas beilleszkedés, beszédfejlődés területein), mind családi kapcsolatainak minőségére, elsősorban kötődési biztonságának kialakulására nézve, mely későbbi kapcsolatainak is meghatározója.

A korai interakciók minőségét sok tényező befolyásolja – többek között a szülői stresszek, a szülés körüli hangulatzavarok, anyai szorongások, családi hatások stb. –, ezeket érdemes külön-külön vizsgálni. Az összhatás pedig az *interakciós szinkronitás-ban* lesz „mérhető”. Az interakciók egyes jellemzői összefüggésben állhatnak a később megszilárduló szülői nevelési stílus fő jegyeivel, illetve az egy éves korban mérhető kötődési típusokra jellemző viselkedéses sajátosságokkal. Így bizonyos fejlődési irányok bejósolhatók, a későbbiekben feltehetően kialakuló érzelmi- és viselkedészavarok, várható (kapcsolódó) teljesítményzavarok típusára utaló jellegzetességek, gyanújelek láthatóak, felismerhetőek, így a megelőzés és az intervenció is idejekorán, hatékonyan és célzottan valósítható meg. Fontosnak tartom azokat az eseteket is megvizsgálni, ahol nincsenek szélsőségesen kirívó helyzetek, pl. súlyosan elhanyagoló vagy bántalmazó családi légkör, nem hátrányos helyzetű vagy veszélyeztetett gyermekekről van szó. Az általánosnak, „normálisnak” tartott környezetben, „rendezett” családban is lehetnek olyan, a gyermek személyiségfejlődését súlyosan károsító tényezők, melyek felismerésével és kezelésével ezeket megelőzhetjük.

## **A szociális szükségletek és a szülői hatások**

Önmaga és a világ megismeréséhez és megértéséhez a szülőktől kapott jelzéseket, fogódzókat használja fel a gyermek. A szülők részéről áramló figyelem, megerősítés, biztatás, elfogadás, vagy éppen ellenkezőleg, elutasítás és negatív hozzáállás üzeneteinek felhasználásával, beépítésével, értelmezésével, azokra válaszképpen, kognitív kapacitásai szintjének megfelelően, a gyermek igyekszik megérteni, „berendezni” a maga számára a világot, és azt, hogy milyen eszközökkel és módszerekkel tud majd ebben a világban boldogulni, helyét megtalálni.

A tranzakcióanalízis (BERNE–STEINER, idézi JÁRÓ 1999) legfontosabb filozófiai alapvetése az, hogy az emberek eredendően lelkileg egészségesek, rendben vannak. Ha valaki mégis kibillenne ebből az eredeti állapotból, az nagyban az őt érő negatív környezeti hatásoknak köszönhető. Természetesen itt nem hagyhatjuk figyelmen kívül az örökletes és a környezeti tényezők hatásait, illetve összjátékát, és az újszülött, illetve csecsemő lehetőségeit, erőforrásait, veleszületett kapacitásait, jellemzőit. A „*goodness of fit*” (THOMAS–CHESSE 1977) elmélete szerint az anya és csecsemője összeillése, az alapvető temperamentumjellemzőknek megfelelő illeszkedés, a baba természete, és annak anyai elfogadása és értékelése alapvető szempont ebben a folyamatban.

A gyermek életét alapvetően meghatározza, hogy amikor világra jön, újszülöttként szülei hogyan fogadják, milyen helyet kínálnak neki a családban. Örömmel fogadják-e, várták-e az érkezését, ünnep-e számukra, hogy megérkezett a családba a baba, vagy éppen ellenkezőleg, nem várták, nem örülnek neki, vagy érkezésével, létével kapcsolatosan ambivalens érzéseket táplálnak szülei. A fejlődésben meghatározó jelentőségűek a gyermek korai, még alapvetően másoktól függő életének tapasztalásai. STERN (é.n.) alapfeltevése szerint egyes önérzékelések már jóval az öntudat és a nyelv előtt léteznek – többek között a hatóerő, a fizikai egybetartozás, az időbeli folyamatosság, a benső

szándékok birtoklásának érzékelése. Azok az önérzékelések, amelyek a mindennapi társas kölcsönhatásokban lényegesek. Az önérzékelések a közvetlen környezet jelzései és visszajelzései alapján formálódnak; ha károsodnak, patológiás folyamatok kiindulópontjává válhatnak (társas működések, pszichés rendellenességek). Eleinte a társas kölcsönhatások jó része az élettani szabályozás szolgálatában megy végbe – ekkor a szülők kevésbé vannak tudatában a kölcsönhatásnak. Máskor kifejezetten az interakcióra összpontosítanak a szülők, s ebben a helyzetben kiemelt jelentőségre tesz szert, hogy már a legfiatalabb csecsemőknek is szándékot, motivációt, cselekvő értelmet, önérzékelést tulajdonítanak. Az, hogy mennyire tekinti csecsemőjét értelmes, szándékokkal, vágyakkal, érzésekkel bíró lénynek az anya, azaz mennyire fejlett mentalizációs képességgel rendelkezik, alapvetően meghatározza majd a csecsemő reflektív funkciójának alakulását, azt, hogy ő mennyire fogja az emberek elméjét eszerint „olvasni” mint tudattal, vágyakkal, szándékokkal bíró lényekét, akiknek viselkedése előre jelezhető. (FÓNAGY–TARGET 1998)

Súlyos bántalmazás, elhanyagolás esetén a csecsemő úgy védekezik, hogy elfordul a mentális világ megismerése elől, ennek következménye a hiányos vagy szegényes mentalizációs képesség, mely kapcsolati zavarokhoz, kötődési nehézségekhez, patológiás fejlődéshez vezethet.

A kötődés-elmélet képviselői (BOWLBY 1969; AINSWORTH 1979; MAIN–SOLOMON 1986; VAN IJZENDOORN ET AL. 1995) azt hangoztatják, hogy a társas viszonyulás születéstől jelen van. A csecsemőknek tevékeny szubjektív életük van, melyben a társas eseményeket megélik, egyfajta tagolatlan, preverbális, integrálatlan módon, és megtapasztalják benne (az ún. „elsődleges” gondolkodási folyamatok útján – FREUD 2006) az affektusok világát, társas élményeket, befolyásokat, feszültségeket, érzelmi és indulati jelzéseket. A csecsemők már igen képesek észlelni a kifejező emberi viselkedésmódok amodális tulajdonságait – veleszületett általános képességük van arra, hogy az egyik modalitásban kapott jelet átvigyék egy másikba. A jel túllép minden csatornán, egy ma még meglehetősen rejtélyes amodális reprezentációs mechanizmusba van belekódolva. A dolgok és emberek egyes tulajdonságairól a csecsemők globális, amodális minőségként (alak, intenzitás, mozgásforma, ritmus stb.) szereznek közvetlen tapasztalatot, illetve kategorikus affektusokként élük meg azokat (düh, szomorúság, öröm stb.). Az élmények harmadik minősége közvetlenül az emberekkel való találkozásokból ered: ez a vitalitási affektusokat foglalja magába. (STERN é.n.) Ezeket az érzéseket motivációs állapotok változásai, vágyak és feszültségek váltják ki. Ezeket a minőségeket a csecsemő belülről, illetve más személyek viselkedéséből érzi. A vitalitás érzései fejeződnek ki a szülői cselekedetekben, pl. hogyan veszi fel a babát az anya, hogyan nyúl az üvegért, hogyan érint; a csecsemő megerősödik ezekben az „életeli érzésekben”. Így válik érthetővé, hogyan is képes a szülő viselkedéseket, a rá irányuló viszonyulásokat, érzelmeket, rejtett vagy nyílt indulatokat, attitűdöket, állásfoglalásokat felfogni, megérezni és azokra válaszolni.

Az anyával való kontaktus alapvető szükséglet – az érzelmi nélkülözés végzetes is lehet, mint SPITZ (1965) hospitalizációs vizsgálatai megmutatták. A személyként való létezés élménye – az, hogy odafigyelnek ránk, hogy foglalkoznak velünk, megérintenek, ránk mosolyognak, abban megerősödik az embernek az az alapvető élménye, hogy létezése fontos, és öröm mások számára.

Létezéséről, valamint arról, milyen a világ, milyen ő maga, milyenek mások, alapvető információkat kap szüleitől már az egészen kicsi gyermek. Ezeket a verbális és nem verbális információkat tiltások, felszólítások, elismerések, modellnyújtás, „szülői üzenetek”

formájában kapja már kicsi korától a csecsemő. Ezekből az „adatokból” a gyermek következtetéseket von le arra vonatkozóan, hogyan is biztosíthatja a maga számára szülei elfogadását és szeretetét, azaz saját „túlélési stratégiáját” alkotja meg. A tranzakcióanalízis (JÁRÓ 1999) fogalomtárában ezeket a szülői üzeneteket, parancsokat a gyermek beépíti, és ezekre alapozva írja meg jövőendő élete történetét, ún. „sorskönyvét.” Ez egy olyan, nem tudatos életterv, mely egy választott alternatívára összpontosít, a szülők által megerősített és a későbbi események által igazolt program. Ez a belső programozás korán kezdődik, élete forgatókönyvét már az egészen kicsi gyerek is elkezd írni, azt, hogy hogyan szeretne élni és meghalni. A sorskönyvek gyermeki illúziókon (pl. ha jók vagyunk, szeretnek és megjutalmaznak, ha rosszak, megbüntetnek) alapulnak, melyek, mivel nagyrészt tudattalanok, fennmaradhatnak akár egész életünkben. A szülőktől származó üzenetek azonban nem automatikusan érvényesülnek; ezekkel kapcsolatosan a gyermek önállóan von le következtetéseket és hoz döntéseket önmagára és a világra nézve. A koraidöntés-elmélet (GOULDING M. ÉS R., idézi JÁRÓ 1999) szerint a sorskönyvek nem végzetesek, hanem rugalmasak és változtathatóak. Az a fontos, ahogyan a gyermek fogadja a korai szülői gátló parancsokat és tilalmakat és dönt azokról.

Az első hat hónapban a legfőbb szülői gátló parancsok a következők (CAMEROUN, idézi JÁRÓ 1999): NE LÉGY (NE LÉTEZZ!), NE LÉGY ÖNMAGAD! NE LÉGY KÖZEL! (NE BÍZZ!), NE ÉREZZ! (NE FEJEZD KI AZ ÉRZÉSEIDET!) A parancsok, tiltások és üzenetek a mindennapos korai interakcióban jelennek meg, sajátos formákban és viselkedéses megnyilvánulásokban. Nagy részük tudattalan, de az interakciók megfigyelése során megragadhatóak. A szülői „üzenetadó készülék” mellett létezik a csecsemő „üzenetvevő készüléke” is. A nem optimális szülői üzenetekre, viselkedésekre azok észlelésével, beazonosításával kialakítja a csecsemő a maga ún. „feltételes stratégiáit” (HINDE, idézi PÉLEY 2000), melyek adaptívnak tekinthetők a megzavart helyzetek kezelésében. Evolúciós nézőpontból ez azt jelenti, hogy a csecsemőnek érdeke, hogy minél jobban alkalmazkodjon a szülői stratégiákhoz. Saját túlélésének maximalizálása vezeti a csecsemőt akkor, amikor nem optimális gondoskodást tapasztalva megpróbálja saját biztonságát optimalizálni ebben a helyzetben. Ezért nem tekinthetők maladaptívnak a bizonytalan kötődésű gyermekek elkerülő, illetve ellenálló/rezisztens stratégiái, hanem azok a megküzdés bizonyítékai. A csecsemő azonban védekezésre kényszerül, hiszen a nem optimális gondozási helyzet veszélyhelyzet, mellyel való megküzdése során feltételes viselkedési stratégiákat épít ki. Ezeknek a stratégiáknak a kialakításában megfigyelhető bizonyos tipikus válaszok egy adott típusú anyai gondoskodási minőségre – például inszenzitív, toladó anyai stílusra elkerülő viselkedés lehet a válasz.

A csecsemő tehát a maga eszközeivel igyekszik aktívan reagálni a környezeti hatásokra, nemcsak passzív elszenvedője azoknak. Lehetőségei, kapacitásai azonban a felnőttével szemben természetesen korlátozottak, ezért tarthatjuk fontosnak a szülői oldal elsődleges tanulmányozását, hatásainak vizsgálatát.

Azok a gyerekek, akik ilyen szülői üzeneteket kapnak, mint: érezz, gondolkodj, cselekedj, fedezd fel a világot, örülünk neked, lényed érték, közénk tartozol, légy sikeres és boldog, azok valószínűsíthetően jobban fognak tájékozódni a világban, autonóm személyiséggé válnak, és bízni fognak saját erejükben. Azok viszont, akiknek ilyen üzeneteket küldenek szüleik, mint: felesleges vagy, nem tetszik a nemed, a külsőd, amit csinálsz, érzel, gondolsz, ez idegen tőlem, ne lássalak, ne gyere közel, ügyetlen vagy, ne számíts sikerre, ilyen következtetésekre fognak jutni: a világ veszélyes, nem vagyok képes boldogulni benne, nem érdemes felnőni, az jár jobban, aki elkerüli a közelséget. (JÁRÓ 1999) Sok felnőtt számára érthetetlen vagy megrázó

lehet, hogyan is lehetnek képesek egyes szülők ilyen negatív tartalmú üzeneteket közvetíteni gyerekeik felé, még ha azok tudattalanok is. A „NE LÉTEZZ!” gátló parancsot kaphatja az a baba, aki rosszkor érkezik a családba, nem tervezett és nem kívánt gyermekként, vagy azért, mert még nem voltak felkészülve az érkezésére, pl. nem megfelelőek még a lakáskörülmények. Erre különféleképpen reagálhatnak a gyermekek: itt felesleges vagyok, jobb, ha meghalok, ha itt nem szeretnek, majd később lesz egy másik hely, ahol szeretni fognak – vagy mindent megteszek azért, hogy szeressenek, ha jó leszek, kedves és szorgalmas, akkor majd örülni fognak nekem stratégiáját alakítja ki, és így igyekeznek szülei kedvére tenni. Sokszor lehet ilyen oka a rejtélyes hirtelen csecsemőhalálnak vagy légzésleállásnak is, mint terapeuták beszámolóiból kiderül. Későbbi öngyilkossági kísérleteket elkövető felnőtt nő alapélménye apja általi elutasítottság volt: apja egyáltalán nem akart gyermeket, többször elmondta a gyermek füle hallatára, hogy bárcsak meg sem született volna, nyűg a nyakán. Így aztán a gyermek, majd a felnőtt egész életére azzal az érzéssel küszködik, hogy léte nem elfogadott, nem érdemli meg az életet, nem szerethető. Vagy sok esetben, ha ellenkező nemű gyermekre vágyott a szülő, akkor szokott a „NE LÉGY ÖNMAGAD!” gátló parancsra a válasz az lenni, hogy pl. a lány fiús viselkedésformákat vesz fel, fiúk társaságában érzi jól magát, saját női szerepével kapcsolatosan ambivalens vagy elutasító lesz – amely aztán későbbi párkapcsolati, női szerep-, illetve anyai szerep problémákhoz vezethetnek.

Ha azonban pozitív üzenetek is vannak, azok ellensúlyozhatják a gátló üzeneteket. Az ún. „engedélyek” azt jelentik, hogy a szülők képesek az újszülött felé meleg, szeretetteljes érzelmeket közvetíteni, örülni neki, lehetőséget adni önmaga és a világ szabad megtapasztalására. Ilyen engedélyek például: létezhetsz, lehetnek saját érzéseid, önmagad lehetsz, életed megölelheted értelemmel stb.

Szüleink gondoskodása nélkülözhetetlen számunkra. Ők azok, akik kielégíthetik alapvető szociális szükségleteinket is, mely kiegyensúlyozott létezésünk alapja lesz. MASLOW (1962) szükséglet-hierarchiája szerint a fiziológiás szükségleteink után biztonság, szeretet, elismerés és önmegvalósítás iránti vágyaink motiválnak. A tartozás valahová – valakihez – valakikhez alapszükségletünk, és ezt elégíti ki az a szülő, aki újszülöttjének meg tudja adni a családhoz tartozás biztonságos alapélményét. ALDELFER (1969) modellje összevonja ezeket a tényezőket: létezés, kapcsolat, fejlődés szükségleteinek csoportjaira. A társas kapcsolat iránti szükséglet, az elismerés, a szeretet iránti vágy alapvető hajtóerő. MCCLELLAND (1988) modelljében a kapcsolat-, a teljesítmény- és a hatalmi motiváció lesz hangsúlyos. A kapcsolat dimenzióban kiemelten fontos az elfogadottság és a szeretettség. A hatalmi motiváció a másokra hatást, befolyást gyakorlás vágya, valamint az elismertségé és a tiszteleté.

STEINER (1974) a következő humán szükségleteket emeli ki: stimuluséhség (érzékszerveket tápláló ingerlések), elismeréséhség (személy iránti figyelem), struktúraéhség (időtöltés), pozícióéhség (igény az elfogadottság, az odatartozás, a bizalom és az önbizalom átérzésére). Az elismerés alapegységének elnevezésére BERNE (2008) a sztrók (stroke – simogatás, elismerés) kifejezést használta. A sztrókok speciális éltető erejű, energiát közvetítő tranzakciók, melyben az egyik ember a másik számára kifejezésre juttatja, hogy annak személye értékes, kedves, elismert a számára. Ez az intimitás fontos részévé válik, a verbális kifejezések mellett a mosolynak, simogatásnak, lágy tekintetnek, ölelésnek, puszinak is nagy szerepe van. A korai anya-gyerek interakciók során az anya rengeteg alkalmat megragad gyermeke változatos „sztrókolásához”, mely az egészséges fejlődés, elfogadottság, önbizalom érzéseikhez alapvetően szükséges. Az anyák

sokszor elragadtatottan hozzák gyermekük tudomására annak valóságos vagy vélt jó tulajdonságait, szépségét, kedvességét, szerethetőségét, jó teljesítményeinek elismerését ezekkel a verbális vagy nonverbális megerősítésekkel. Mivel a sztrók nemcsak pozitív, hanem negatív is lehet, nemcsak az elismerés, hanem az elutasítás erőteljes kifejezésére is szolgálhat. Ennek üzenetét az interakciókon keresztül a baba nagyon érzékenyen felfogja, és megfelelő reakciómódok kidolgozására sarkallja. A szeretetteljes szülői visszajelzések a babában elégedettséget váltanak ki, és ezt ő is hasonló módon fogja viszonzni szülei felé. A leértékelő, negatív kifejezések már az igen korai interakciókban, a baba pár hetes- hónapos korában is tetten érhetők. Ezek olyan jelzések, melyeket kellemetlennek érez az, aki kapja, ám ennek ellenére mégis van megerősítő hatása. A kellemetlen érzések ellen már a csecsemő is védekezni kényszerül: többféle stratégiát alakíthat ki válaszul a negatív jelzésekre. A negatív jelzések is jelzések azonban, tehát közvetítenek egy olyan üzenetet is, hogy valaki foglalkozik velünk. Ez még mindig jobbnak tűnik, mint a figyelem, elismerés teljes hiánya: akit nem simogatnak, az kiszárad, testi-lelki egészsége súlyosan károsodik. Ezért aztán a gyermekek minden eszékört megragadnak a személyes figyelem elérésére. Súlyos károsodást okoznak a leértékelő minősítések; a torzító, nem reális, manipulatív jelzések, az őszinteség, a pozitív odafordulás hiánya rombolja az önértékelést, önbecsülést, a reális énkép kialakulását. A sztrók lehet feltétel nélküli, illetve feltételes is. Alapszükségletünk, hogy valaki feltétel nélkül, önmagában a létünkért, azért, mert létünket értéknek tartja és elismeri, szeressen bennünket. Ezt fejezik ki a feltétel nélküli sztrókok, melyek az egész személyre irányulnak (ez is lehet pozitív: örülünk, hogy hozzánk tartozol; vagy negatív: terhemre vagy), a feltételes sztrókok pedig az egyén egyes cselekedeteire, tulajdonságaira vonatkoznak. (JÁRÓ 1999)

Ezek a szülői visszajelzések manipulatívakká válhatnak, ha a szeretetért cserébe valami ellentételezést kívánnak a gyerektől: engedelmisséget, behódolást, teljesítményt, meghatározott viselkedésmódokat stb. A szülői hatalom kulcsa, hogy alapvető szociális szükségletei kielégítéséért a kisgyerekeknek semmi sem drága. A feltétel nélküli elfogadás felszabadító hatású: ennek bázisán lesz képes a gyermek örömteli, kreatív, felfedező utakra indulni a világban, bízva saját hatóerejében és a világ jóindulatában.

## **Az árnyékos oldalon – pszichopatológia**

*„Az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi, szellemi és szociális jól-lét állapota.”* (WHO 1986) Az utóbbi évtizedekben a lelki megbetegedések és zavarok rendkívül gyakorivá váltak világszerte. A WHO előrejelzések szerint a 2000 utáni évtizedben az egészségügy legsúlyosabb problémái a pszichiátriai, pszichológiai megbetegedések, ezen belül is a depresszió és következményei lesznek. 10–20 millió ember kísérel meg öngyilkosságot évente a világon, ennek hátterében az alkohol abúzus és a mentális megbetegedések, különösképpen a depresszió meghatározó szerepet játszik. Közülük egy millió – közöttük serdülők és fiatalok – halnak meg évente öngyilkosság miatt. Összességében a 15–44 éves korosztályban a valamennyi megbetegedés által okozott veszteség 30%-a származik a lelki egészség zavaraiból, ez az arány ötször nagyobb, mint a szív-érrendszeri megbetegedések által okozott kiesés, és hét és félszer több mint a daganatos betegségek következményei. A lelki egészség zavarai, a szorongásos kórképek, depresszió (hangulati zavarok) és a következményes önkárosító magatartásformák és munkaképesség csökkenés már a fiatal, munkaképes népesség

körében igen gyakorivá vált, súlyos problémákat jelentve. A tendencia szerint a lelki beteg gyerekek száma 50%-kal emelkedik 2020-ra.

A teljesítmény- és viselkedészavarok bio-pszicho-szociális okokra vezethetők vissza. Sok esetben az okok halmozottan fordulnak elő. Az ok és okozat közötti összefüggés felismerése nehezített, mivel nincsenek egyértelmű és minden esetben azonos utak. Az érzelmi sérülések különböznek a gyógypedagógia klasszikus ágaival szemben abban, hogy a károsodások reverzibilisek, azaz a folyamat visszafordítható. (VOLENTICS 1993)

Melyek is lehetnek ezek a különböző okok következtében kialakuló negatív fejlődési kimenetek, patológiás utak? Azaz, melyek azok az érzelmi- és viselkedészavarokban, beilleszkedési zavarokban, valamint teljesítményzavarokban tetten érhető tévutak, melyek a pszichopedagógia látószögében vannak?

Az érzelmi- és viselkedészavaroknál (Emotional and Behavioral Difficulties, EBD) az IDEA (The Individuals with Disabilities Education Act) öt fő jellegzetességet határoz meg: a tanulási képesség zavarai, melyek nem magyarázhatók intellektuális, szenzoros, illetve egészségügyi faktorokkal; kortársakkal, pedagógusokkal való kielégítő társas kapcsolatok kiépítésére és megtartására való képtelenség vagy gyengeség; nem megfelelő viselkedés vagy érzelmi megnyilvánulások normális körülmények között; általában és tartósan fennálló boldogtalanság, lehangoltság érzése vagy depresszió; tendencia a fizikai tünetek kifejlésztésére, mely társul személyes vagy iskolai problémákkal.

A régebbi meghatározásokkal élve, alapvetően három kóros irány lehetséges: a neurotikus, a pszichotikus, illetve az antiszociális fejlődésirány. (VOLENTICS 1993)

Az atipikus fejlődésirányok kialakulásának talán minden típus esetén az lehet a hátterében, hogy az illető személy nem úgy valósíthatta meg önmagát, ahogyan az természetes, vagy optimális lett volna. Környezete, neveltetése vagy szociális helyzete annyira elidegenítette valós énjét, gátolta annak kibontakoztatásában, hogy valósággal idegen életet kellett élnie, ami aztán a neurotikus irányba vitte. WINNICOTT (2004) jól leírja ezt a jelenséget a „hamis szelf” fogalommal, mely a szülői követelések, elvárások miatt túl korai alkalmazkodásra kényszerített csecsemő védekezése lesz. Az analitikus tapasztalatok túlnyomórészt azt mutatják, hogy a neurozisos fejlődési zavarok talaján bontakoznak ki, főként az ember eredeti jellemének, személyiségének és a környezet által rákényszerített alkalmazkodásnak az összeegyeztethetetlensége miatt.

A szorongás jelen van minden ember életében. Veszélyt jelző szerepe is van, mérsékelt szintje fiziológiásnak tekinthető. Ha azonban meghaladja az egyén tűrőképességét, akadályozza hétköznapi életvitelét, vagy elvárható teljesítményét, akkor patológiásnak mondható. (DANCS, in FÜREDI–NÉMETH–TARISKA 2009) Bizonyos kórképekben a szorongás kísérő tünetként, máskor pedig fő jellemzőként ragadható meg. Az elviselhetetlen vagy fenyegető szorongások mérséklését az én az elhárító mechanizmusok segítségével végzi. Ezek lehetnek az adott életkorban adaptívak, de később már patológiásak. Az elhárításokban a sérülések erőssége és keletkezésének ideje (az analitikusok szerint a súlyosabb sérülések preödipális eredetűek) alapján találhatunk primitívebb, a súlyosabb kórképekre jellemző (pszichotikus kórképek, súlyos személyiségzavarok), illetve érettebb, neurotikus elhárítóformákat is. Az én elhárító működése folyamatossá válhat, múltbeli helyzetekről levált viselkedésformákban megfigyelhetően, és állandó-sult jellemvonássá, ún. „karakterpáncéllá” válhat. (FREUD 1994)

A karaktervédekezések álarcokként szolgálnak, stratégiáit sűrűn használjuk társas kapcsolatainkban. Ezek az álarcok rendkívül hitelesnek is tűnhetnek a mindennapi interakciókban, azonban amit itt tapasztalhatunk, nem más, mint az én évtizedeken keresztül felépített önvédelmi stratégiája. (RÁKOS 2005)

A köznapi neurózis koncepcióját feltételezve, hogy az átlagember és a neurotikus között csak fokozati különbségek vannak: „valamennyien szenvedünk azokban a problémákban, amelyekben a neurotikus megbetegszik” (FREUD 2006).

A neurotikus zavarokkal küzdő felnőttek gyermekkori emlékeiben több közös jegyet lehet találni: (HORNEY 2004) az igazi meleg szeretet és pozitív érzések hiánya jellemző. A gyermek elviseli a traumákat, ha érzi, akarják és szeretik őt a szülei. A gyermek pontosan érzi, hogy a szeretet valódi-e, nem lehet becsapni. Sok szülő saját neurózisa miatt képtelen megadni a szükséges szeretetet, így a gyerekek nem jutnak hozzá a kellő melegséghez és pozitív érzelmekhez. A hiányzó szeretetet többnyire elfedik valamivel a szülők, illetve gyakran tapasztalhatnak a gyermekek ellenséges, igazságtalan, elutasító viselkedéseket, nemtörődömséget, nem kellő odafigyelést, gyermeki szükségletek figyelmen kívül hagyását, tolakodást, túlzott beavatkozást, irányítást. A gyermekek sok hiányt el tudnak viselni, ha érzik azok értelmét, igazságosságát. Sokat számít, milyen szándékkal frusztrálják a gyermeket; nem maga a frusztráció ténye a lényeges.

Az ilyen, megbetegítő légkörben felnövő gyermekek kényszerűen elfojtják indulataikat, a tehetetlenséget, félelmet, büntudatot, haragot, szeretetet. Sok szülő igyekszik kóros függésben tartani gyermekét. Minden attól függ, a szülők mire is akarják nevelni gyermekeiket – erőre, bátorságra, találékonyságra, vagy inkább engedelmességre, önállótlanyságra, tehetetlenségre. A gyermek kétféleképpen viszonyulhat érzelmileg ezekben a helyzetekben: „el kell fojtanom ellenséges indulataimat, mert szükségem van rád”, avagy „el kell fojtanom ellenséges indulataimat, mert félek tőled.” Amikor csak hangoztatják a szülők áldozatos szeretetüket, de mögötte nincs semmi, akkor a gyerek belekapaszkodhat ebbe a pótlékba, és így gondolkodhat: „el kell fojtanom ellenséges indulataimat, mert félek, hogy elveszítem a szeretetet.” Kultúránkban a gyermek könnyen büntudatot érez ellenséges impulzusai vagy szembenállása nyomán, vagyis azt éri el, hogy saját szemében értéktelennek vagy megvetendőnek tűnjön, ha nehezelt szüleiére, vagy megszegi a szabályokat. Ekkor így érzi a gyerek: „el kell fojtanom ellenséges indulataimat, mert rossz gyerek lennék, ha indulatokat éreznék.”

A mérgező szülők (FORWARD 2000) sokkal nagyobb számban található meg az érzelmi, viselkedési, beilleszkedési, kapcsolati zavarok háttérében, mint azt feltételeznénk. „*Igaz, hogy az apám vert, de csak azért, hogy kordában tartson. Nem értem, mi köze ennek abhoz, hogy tönkremegy a házasságom*” – írja le Gordon esetét Forward. Kiemeli, hogy szüleinink mentális és emocionális magvakat ültetnek el bennünk: a szeretet, tisztelet, függetlenség, vagy a félelem, kényszer, büntudat magvait. A szülői károkozások típusai súlyossági sorrendben: alkalmatlan szülők, irányító szülők, alkoholistá szülők, szavakkal verők, erőszaktevők, szexuális erőszaktevők. A mérgező szülők gyerekeinek tünetei: sérült önértékelés, mely az önpusztító viselkedésformák előidézője. Alkalmatlanság, értéktelenség, szeretetre méltatlanság érzései, büntudat, önmaguk hibáztatása fordul elő a leggyakrabban, szinte minden esetben vezető tünet a szorongás.

A szorongások az életkorral is változnak, Freud az egyes személyiségfejlődési szakaszokra más és más szorongásformákat tartott meghatározónak: születési-, szeparációs-, kasztrációs-, felettesén-, halálszorongást sorolt fel. (DANCS, in FÜREDI–NÉMETH–TARISKA 2009) A korai életkorban a pszichés és kapcsolati zavarok elsősorban szabályozási, illetve kötődési zavarokban mutatkoznak meg. A későbbiekben válhatnak a viselkedést tartósan jellemző zavarok kiindulópontjává.

A szorongás alaptípusainak elemzése során (RIEMANN 2002) az adott emberre hangsúlyosan jellemző szorongási forma súlyosbodása egyúttal patológiás irányú személyiségfejlődéshez is vezethet. A szorongás alaptípusainak kialakulásában (skizoid,

depressziós, kényszeres, hisztériás) az élettörténeti háttér meghatározó jelentőségű. A korai szülő-gyerek kapcsolatok minősége és jellegzetességei vezetnek el ahhoz, mely fő félelem fogja meghatározni a gyermek életét, és milyen eszközökkel igyekszik azt majd leküzdeni.

A negatív környezeti hatásokkal szembeni védekezések határozzák meg azoknak a gyermekeknek az életét, akiknél érzelmi és viselkedészavarok alakulnak ki. Ezek fő megnyilvánulási formái: internalizáló zavarok, externalizáló zavarok (ACHENBACH 1991), kevert érzelmi és viselkedészavarok, szocializációs zavarok, illetve serdülőkori zavarok lehetnek, melyekhez teljesítményzavarok társulhatnak. Az *internalizáló zavarok* körébe tartoznak a gyermekkorban kezdődő emocionális zavarok, hangulatzavarok, dysthymia, depresszió, szorongásos zavarok (szeparációs szorongás, fóbiás szorongás, szociális szorongás, testvér rivalizáció, identitászavar), kényszer zavarok. A későbbiekben, tartós vonásként beépülve a személyiségbe, elvezethetnek a szorongásos típusú személyiségzavarok kialakulásához is. Az *externalizáló zavarok* körébe tartoznak: beilleszkedési, alkalmazkodási, magatartási zavarok, magatartási zavarok – családi, szocializált/nem szocializált zavarok, nyílt oppozíciós zavar, hiperkinetikus zavarok – ADHD (figyelemhiányos és diszruptív viselkedési zavarok). Az externalizáló zavarok súlyosbodása, felerősödése az életkorral az antiszociális viselkedéshez, illetve antiszociális személyiségzavar kialakulásához is vezethet. A kevert érzelmi és viselkedési zavarok: agresszív, disszociális vagy kihívó magatartás kombinálódik depresszióval, szorongással, vagy más emocionális zavarral. A szocializációs zavarok közé tartoznak: mutizmus, reaktív kötődési zavarok (gátolt/ gátlástalan típus), tic zavarok (Tourette-féle zavar, krónikus motoros vagy vokális tic zavar, átmeneti tic zavar), táplálkozási (csecsemő-vagy kora gyermekkori táplálási zavar, ruminációs zavar, pica), alvási, kiválasztási (ürítési: enuresis, encopresis) zavarok (szabályozási zavarok), fejlődési zavarok (mozgás, beszéd). A serdülőkori zavarok – iskolai nehézségek, kockázatkereső viselkedés, szuicidális viselkedés, szexualitás, korai terhesség, alkohol, drog és dohányzás jelenségeiben érhetőek tetten. A teljesítményzavarok a következőkben nyilvánulhatnak meg: értelmi teljesítmények, intelligencia szint és zavarai (mentális retardáció), tanulási képességek és zavarai, olvasás-, írás-, helyesírás- és számolászavarok, az ún. specifikus iskolai tanulási teljesítményzavarok (diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia), és a tágabb értelemben vett teljesítményproblémák, amikor a személy a lehetőségei és képességei alatt teljesít valamely területen.

Közismert, hogy a felnőttkori személyiségzavarok mélyre hatóan és tartósan befolyásolják az egyént, a családot és a társadalmat. Egyre több a bizonyíték a gyermek-és serdülőkori személyiségzavarok létezésére. (KERNBERG 2000) Fontos ezek korai felismerése, a személyiségfejlődés kóros irányainak, specifikus korai jellegzetességeinek beazonosítása, és a korai intervenció lépéseinek megtétele. A személyiségzavarok bűnözéssel, szer-abúzusokkal, önsértéssel, kapcsolati agresszióval, egyéb pszichiátriai zavarokkal kapcsolódhatnak össze. Egyre többen jeleznek tartós személyiségmintázatokat már az óvodáskor végére. Olyan mintázatok ezek, mint agresszivitás, rugalmatlan megküzdő stratégiák, bizonytalan kötődés, melyek később tartós viselkedésmintákká és személyiségjellemzőkké fejlődnek: megjelenik a depresszió, droghasználat, antiszociális, esetleg bűnözői magatartás. (KERNBERG 2000) Mivel a gyermeki személyiség még fejlődésben van, a változás akár pozitív is lehet, ennek ellenére vannak olyan gyermekek, akiknél ezek a személyiségvonások átfogóak és tartósak. Nehéz az előrejelzés, ennek ellenére feltehető a korai zavarok és a később megszilárduló patológiák között a kapcsolat. A korai diagnosztika feltárhatja az énszerveződés típusát, mely a kezelés



kiindulópontja is egyúttal. A *neurotikus énszerveződésben* a gondolkodás alapvetően logikus, az érzelmek a gondolati tartalomnak megfelelőek, szegényesek ugyan, de nagy vonalakban adekvátak. Alapvetően ismeri önmagát, képes az embereket pontosan jellemezni, saját viselkedésére reflektál, képes azt megfigyelni, empátiás készsége sok területen megtartott. A *borderline énszerveződésben* a gondolkodás ellentmondásos, beszűkült, merev, elbeszélése felszínes lehet, hiányzik belőle a folytonosság. Érzelmei az interakciókban inadekvátak, szélsőségesen ingadozóak lehetnek, önmagához való viszonya ellentmondásos, kevésbé integrált. Gyanakvó, éber attitűd jellemzi, másokat a saját szükségleteinek megfelelően szemlél, elemi és szélsőséges módon jellemez. Nem vizsgálja saját viselkedését, empátiáját hiányok, hirtelen változások és integrálatlanság jellemzi. A *pszichotikus énszerveződés* gondolkodása illogikus, bizarr, megalapozatlan állításokat tartalmaz, merev, furcsa, dezorientált. Érzelmei inadekvátak, kiszámíthatatlanok, érthetetlenek, sivárság és rigiditás is jellemző lehet, valamint a differenciálatlanság. Az én merev, kaotikus és szorongó, megpróbál önmagába kapaszkodni. Empátiája hiányozhat, teljesen félreértheti a másik embert, negatív szándékot tulajdoníthat.

Az anya-gyermek kapcsolat zavarai – különösen, ha ezek a későbbi családi socializációs fázis hibáival is párosulnak – a személyiséget nagyon mélyen, nagyon alapjaiban károsítják. A gyermekek fejlődési problémáinak, mentális és viselkedészavarokban, a társas kapcsolatokban, beilleszkedésben jelentkező nehézségeinek megjelenése összefüggésbe hozható a családi nevelés minőségével, sajátosságaival. A nevelési stílusok egyes típusainak jellegzetességei a gyermekkel való bánásmódban már igen korán megnyilvánulnak; a korai interakciók minőségi jellemzői, jellegzetes jegyei megmutatják, előre jelezhetik azt is, hogy a szülői nevelést hosszabb távon mi fogja meghatározni. A *nevelési stílus*, mint egyfajta komplex határendszer bemeneti jellemzői markánsan meghatározhatják a várható későbbi kimeneteket: a gyermek társas, szociális „karrierjét”, életben való boldogulását, fejlődési esélyeit. DIANA BAUMRIND (1966) modelljében a kompetens gyerek: vidám, kíváncsi, jóban van a világgal, a visszahúzódo: boldogtalannak látszó, néha verekedős, az impulzív pedig éretlen, tapadó. A gyermekkel való bánásmód négy dimenziója jelenik meg: szülői kontroll, szülő-gyermek kapcsolat nyíltsága, érettségre vonatkozó követelmények, és törődés – gondozás. Ezek alapján 3 nevelő típust különböztet meg: *autoritariánus* (tekintélyelvű, megkövetelő) – mely visszahúzódo gyermeket, *autoritativ* (hiteles, mérvadó, megkívánó) – mely kompetens gyermeket, a *permisszív* (engedékeny) – mely impulzív, éretlen gyermeket „eredményez”. A későbbiekben a három típus kiegészült egy negyedikkel: ez az érdektelen szülői stílus. Nincsenek szabályok, a szülő nem tölti idejét a gyermekkel. Ez a lehető legveszélyeztetőbb stílus. A gyermek elhanyagolásának határán áll, és veszélyezteti a gyermek pszichológiai fejlődését. A szülők által alkalmazott nevelési stílusok jellegzetességei megmutatkoznak már az igen korai interakciókban is. (COOLAHAN et al. 2002) A Diana Baumrind (1964) féle nevelési stílusok osztályozási rendszerét vették alapul a szerzők. Az autoritativ (mérvadó) nevelési stílusra magas fokban jellemző volt a szülői támogatás, bevonódottság, szenzitivitás, érvelés, kontroll, és az autonómia bátorítása. Az autoriter (tekintélyelvű) stílust a korlátozás, a büntetés, az elutasítás és az erőt érvényesítő magatartásformák magas szintje jellemezte. A permisszív (megengedő) stílusra a melegség, az elfogadás magas szintje, és a bevonódottság és a kontroll alacsony szintje volt jellemző. A bátorság kifejlődésének korai gyökerei vannak: először a nevelő-gondozó családi környezet kommunikációs visszacsatolásokat jelentő jelzései fejtik ki pozitív hatásaikat. A stressz kezelése, konfliktusok megoldása, a másik irányítására, befolyásolására tett kísérletek a kommunikáció jellegzetességeiben érhetők

tetten. Mindezek befolyásolják a szülői nevelési stílusokban megmutatkozó interakciós minőségeket, mely kényszerű alkalmazkodásra készíti a gyermeket. A patológiás folyamatok gyökerei a korai anya-gyerek interakciókban érhetőek tetten.

## Irodalom

- ACHENBACH, T.M. (1991): Child behaviour checklist for ages 4–18. *Univ. Vermont Monogr.* 56 (3) 225.
- AINSWORTH, M. (1979): Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34.
- ALDELFER, CLAYTON, P. (1969): An empirical test of new theory of human need. *Psychol. Review*.
- BAUMRIND, D. (1966): Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4)
- BERNE, E. (2008): *Sorskönyv*. Háttér Kiadó, Budapest.
- BOLWBY, J. (1969): *Attachement and loss. Vol. 1.: Attachment*. Basic Books, New York.
- COOLAHAN, K.–MCWAYNE, C.–FANTUZZO, J.–GRIM, S. (2002): Validation of a multidimensional assessment of parenting styles for low-income African-American families with preschool children. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 356–373.
- FÓNAGY, P.–TARGET, M. (1998): A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 1:3–4
- FREUD, S. (2006): *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Akkord, Budapest.
- FORWARD, S. (2000): *Mérgező szülők*. Háttér Kiadó, Budapest.
- FREUD, A. (1994): *Az én és az elbárártó mechanizmusok*. Párbeszéd Könyvek, Budapest.
- FÜREDI J.–NÉMETH A.–TARISKA P. (szerk. 2009): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest.
- HORNEY, K. (2004): *A neurotikus személyiség napjainkban*. Ursus Libris, Budapest.
- JÁRÓ K. (szerk., 1999): *Játszmák nélkül. Tranzakcióanalízis a gyakorlatban*. Helikon Kiadó, Budapest.
- KERNBERG, P.F. (2005): *Személyiségzavarok gyermek és serdülőkorban*. Animula, Budapest.
- MAIN, M.–SOLOMON, S. (1986): Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In: BRAZELTON T.B.–M. YOGMAN, M. (eds): *Affective Development in Infancy*. Ablex, Norwood, NJ.
- MASLOW, A. H. (1987): *Motivation and Personality*. Harper and Row, New York.
- MCCLELLAND, D.C. (1988): *Human motivation*. Cambridge University Press
- PÉLEY BERNADETT (2000): Az evolúciós gondolkodás szerepe a lelki fejlődés modelljeiben. *Pszichológia*, (20), 3, 271–303.
- RÁKOS PÉTER (2005): *Önismeret dióhéjban*. Bioenergetic Kft., Budapest.
- RIEMANN, F.(2002): *A szorongás alapformái*. Háttér Kiadó, Budapest.
- SPITZ, R. (1965): *The first year of life*. International Universities Press.
- STEINER, C. (1974): *Scripts people live: Transactional analysis of life scripts*. Grove Press, New York.
- STERN D.N. (é.n.): *A csecsemő személyközi világa a pszichoanalízis és a fejlődéslélektan tükrében*. Animula, Budapest.
- THOMAS, A.–CHESSE, S. (1977): *Temperament and Development*. New York, Bruner/Mazel.
- VAN IJENDOORN, M.H.–JUFFER, F.–DUYVESTYEN, M.G.C. (1995): Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment? A review of the effects of attachment –based interventions on maternal sensitivity and infant security, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 225–248.
- VOLENTICS A. (1993): *Ismeretek a pszichopedagógia köréből*. BGGYFK, Budapest.
- WINNICOTT, D.W. (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek. Én-integráció a fejlődés során*. Új Mandátum Kiadó, Budapest. 120–125.

## Szerzett pragmatikai zavarok\*

TÓTH ALINKA – IVASKÓ LÍVIA

tothalinka@gmail.com, ivasko@hung.u-szeged.hu

---

### Absztrakt

Ebben a dolgozatban egy, a pragmatikai kompetenciával szoros kapcsolatban álló részképesség, a tudatelméleti képesség felmérésére kialakított eljárást, valamint ennek első eredményeit mutatjuk be. A tudatelmélet és a pragmatikai kompetencia, valamint a jobb félteke frontális lebenyének sérülése következtében előforduló kommunikációs zavarok kapcsolata egyelőre nem pontosan tisztázott. Az első eredmények – összhangban az autizmuskutatók (Győri 2009) hasonló témakörben közreadott eredményeivel – a pragmatikai kompetencia egy újabb, komplexebb interpretálása mellett szólnak. Így annak emergentista értelmezését alapul véve (Perkins 2008), a vizsgálati személyeknél jelentkező tünetek egy olyan keretbe illeszthetők, melyek a későbbi diagnosztikai, valamint terápiás munka, azaz az érintett személyek társadalomba való visszavezetése, rehabilitációja felé mutathatnak.

**Kulcsszavak:** pragmatikai kompetencia, emergentizmus, tudatelmélet, jobb félteke frontális lebenyének sérülése, agyi plaszticitás

---

A mindennapi életben számos esetben találkozhatunk mi magunk is különböző kommunikációs problémákkal: félre értjük egymást, „elbeszélünk” egymás mellett (vö. például DASCAL 1999; vagy IVASKÓ–NÉMETH T. 2002). Ettől a típustól minőségileg tér el az agysérülések következtében fellépő nyelvi/nyelvhasználati deficit, ahol patológiás előfordulások figyelhetők meg, amikor az érintett személy a nyelvi rendszer sérülése miatt nem, vagy csak nehezen tudja magát kifejezni (például aphasia miatt). Azonban emellett bizonyos esetekben – a dolgozatban vizsgált jobb félteke frontális lebeny sérült betegek – a tünetek nem ennyire manifeszt módon jelentkeznek, talán csak a hozzátartozók vesznek észre valami nehezen megfogalmazható változást a beteg viselkedését és nyelvhasználatát illetően. A vizsgálatunk során ez utóbbi esetben felmerült problémák okára kerestük a választ.

Az újabb kognitív irányultságú humán kommunikációval foglalkozó kutatások egy rendkívül fontos kérdés felé fordultak: a nyelv és a tudatelméleti képesség viszonya felé (HAHN–GYŐRI ÉS MTSAI 2007). Egy olyan specifikus kognitív képességről van szó, mely fontos szerepet játszik a társas megismerésben, valamint a verbális kommunikáció szervezésében. Ennek megfelelően a vizsgálat során elsősorban a tudatelméleti képességet igyekeztük felmérni jobb frontális lebeny sérült betegek, valamint egészséges személyek esetében. A nemzetközi irodalomban is fontos kutatások folynak a pragmatikai kompetenciával, pragmatikai zavarok előfordulásának leírásával és magyarázatával kapcsolatban (vö. pl. MARTIN–MCDONALD 2003; PERKINS 2008).

---

\* Az írás egy korábbi változata Tóth Alinkának az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar mesterképzése keretén belül készült szakdolgozata. Szeretnénk megköszönni Kas Bencének a dolgozat elkészítéséhez nyújtott társ-témavezetői segítségét.

## Tudatelmélet

Ezen elmélet szerint szociális következtetést kíván, valahányszor megkíséreljük magyarázni vagy megjósolni mások gondolatait, céljait, szándékait vagy viselkedését. Egy oldala a gyakorlott következtetési képességnek mások mentális állapotainak felismerése. Theory Of Mind (TOM) arra utal, hogy az egyén képes más személyeknek mentális állapotokat tulajdonítani és használni ezeket a reprezentációkat a megnyilatkozások értelmezéshez, becsléséhez, valamint a megfelelő magatartáshoz. A hagyományos feladat, mely a TOM károsodásának megbecslésére szolgál (ilyen a hamis vélekedés teszt) bizonyítékul szolgál arra, hogy autizmusban van TOM deficit. Nemrégiben beszámoltak ilyen deficitekről jobb félteke sérült személyeknél is. Felbecsülték jobb félteke, bal félteke sérült és egészséges személyek teljesítményét ezekben a feladatokban, s úgy találták, hogy a bal félteke sérült és egészséges személyeknek nem okozott nehézséget a feladat megoldása, míg a legtöbb jobb félteke sérült személy teljesítménye érintett volt: vonakodtak felhasználni a belső tényezőket (mint a kedélyállapot, intenciók) melyek magyarázatként szolgálhatnak a nyilvánvaló magatartáshoz (MARTIN–MCDONALD 2003). A Theory of Mind speciálisan implikálja azt a képességet, mellyel képesek vagyunk másoknak szándékokat tulajdonítani: például az a képesség, hogy megkülönböztessük a tréfát a hazugságtól, hogy egy másik személy gondolatairól, hiteiről vélekedéseket, hiedelmeket hozunk létre a saját elménkben, összefüggésben van a másodlagos intencionalitással. A hazugságról azt tartják, hogy a hallgató nem felkészült az igazságot illetően, és el akarja hinni azt, amit mondanak neki, hiszen azt feltételezi, hogy alapvetően együttműködő és őszinte társalgásban vesz részt. (REBOUL–MOESCHLER 2000). Ezzel szemben az irónia megértése azt feltételezi, hogy a hallgató tudja az igazságot és a kijelentést nem szó szerint fogja értelmezni. Vajon a hazugság vagy a vicc magyarázata, értelmezése függ-e a beszélő hitéről a hallgató tudására vonatkozóan? Ez egy jó érv emellett, hogy összekapcsolják a károsodásokat tudatelméleti és a pragmatikai deficitek kapcsán autista személyeknél. Úgy tűnik, hogy azok az autista személyek, akik hibáztak a tudatelméleti feladatokban, érthetik a hasonlatokat, amiket meg lehet érteni tisztán szó szerint. Ezzel ellentétben nem értik a metaforákat, mely azzal magyarázható, hogy elvesztik azt a képességet, amivel a beszélő gondolatait értelmezhetnék, és az iróniát sem értik meg. Azok a személyek, akik csupán elsődleges intencionalitással rendelkeznek, értik a hasonlatot és a metaforát, de nem értik az iróniát, és végül akik elsődleges és másodlagos intencionalitással is rendelkeznek értik a nem szószerintiség e három megnyilvánulási formáját (GYÖRI 2008). Ezeket az eredményeket nemrégiben kiterjesztették jobb félteke sérült személyekre is. Az ő képességeiket is tesztelték arra nézve, hogy milyen az elsődleges és másodlagos intencionalitásuk valamint arra, hogyan értik meg a szándékokat irónia, tréfa és hazugság esetében. Teljesítményüket hasonlónak találták elsődleges intencionalitás tekintetében a kontroll csoporttal, míg másodlagos intencionalitást tekintve szignifikáns különbséget találtak (korábban például HAPPÉ ÉS MITSAI 1999). Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a jobb félteke sérültek azon képessége, hogy megértsék a nem szószerinti beszédet, szorosan összefügg a másodlagos intencionalitással, azaz a másoknak tulajdonított mentális állapotokban bekövetkezett változás feltételezésével és felismerésével. Azonban az újabb kutatási adatok alapján sem pontosan tisztázott még, hogy a jobb féltekei frontális sérülés egészében az intencionális viselkedés megértésére vonatkozóan károsodott, vagy csak a mások mentális állapotaira való következtetések során beszélhetünk rosszabb teljesítményről a jobb féltekei sérülés következtében a társalgás szervezése során (PLÉH 2000; LUKÁCS–PLÉH 2003; MARTIN–MCDONALD 2003).

## A kapcsolat a tudatelméleti képesség és a nyelv között

Habár már van elég bizonyíték arra, hogy autizmusban és jobb félteke sérült személyeknél a tudatelméleti képességbeli deficitekhez társulnak kommunikációs nehézségek, s ez hasonlóképpen megjelenik traumás agysérülés kapcsán is, a kapcsolat iránya még nem teljesen tisztázott. Néhányan azt tartják, hogy a tudatelméleti képesség mintegy előfutára a fejlődő szociális kommunikációs képességeknek, míg mások amellet érvelnek, hogy a szociális kommunikáció kapcsán szerzett tapasztalatok azok, amelyek a gyakorlott tudatelméleti képesség kialakulásához vezetnek. Kétségkívül lehetséges ez az elgondolás, miszerint erős kapcsolat van a tudatelméleti képesség és a pragmatika között és ezek valószínűleg kibogozhatatlanul egymásba fonódtak, és nem valószínű, hogy közöttük tiszta kauzális viszony állna fenn (GYÖRI 2003; MARTIN–MCDONALD 2003).

A neurológiai leírások szerint (KÁLLAI ÉS MTSAI 2008) a prefrontális területek (Br. 9, 10, 11, 12) funkciója a különböző idegrendszeri mozzanatok egységes egészzé integrálása, vagyis a személyiség szerkezetének kialakulásában, formálódásában és egyáltalán milyenségének kiemelkedően fontos területe ez. A frontális lebeny alapvető feladatai közé tartozik az egyén pszichés tempójának (egyéni aktivitás), az indítékok, a cselekvésre való késztetések, az emocionális háttér valamint a céltudatosság szabályozása. Ezen kívül ehhez a területhez sorolandó még az absztrahálási képesség is, melynek leginkább a nem szószerinti beszéd megértésében van szerepe. Emellett a kognitív funkciókban a szintetikus gondolkodás is ide köthető. Ide tartozó funkciók még az ok-okozati összefüggések felismerése valamint az egyén lényegmegragadási képessége (HORVÁTH 1998). Mindezen funkciók alapján már jól látható, hogy a frontális lebenynek lényeges szerepe van a szociális viselkedésben, magatartásban illetve ezek szabályozásában. Ezt alátámasztandó számos patológiás esetismertetésről beszámoltak, mely sérülések a frontális területek valamely régiójában következtek be, s számos területen, így a kognitív funkciókban, az érzelmi életben, a viselkedésszabályozásban is okoztak kisebb-nagyobb eltérést. E terület sérülésének általános következményeképpen változást figyelhet meg a szociális képességek területén: finomabb zavarok léphetnek fel, úgy, mint különböző fokú szociális érzéketlenség, gátlástalanság, impulzivitás, agresszió (KÁLLAI ÉS MTSAI 2008).

## A jobb félteke sérült személyek nyelvi deficitjei

Szakirodalmi adatok alapján a pragmatikai nyelvi zavarok típusait elsősorban a strokeot elszenvedett jobb félteke sérült személyek esetében tapasztalták (PARADIS 1998; DRESSLER–STARK 2000, 2004). A betegek beszéde elsősorban szociális aspektusból nem megfelelő: mások közléseit könnyen félreértik, mások szándékát nem tudják felismerni a diskurzusok során, nem tudják értelmezni a gúnyt vagy tréfát, valamint megfigyelték, hogy ezeknél a betegeknél zavart a történet fő pontjának, lényegének a megértése. Gyakran túlságosan konkrétak és szószerintiek a nyelv mindkét oldalát tekintve és úgy tűnik, nem szívesen módosítják eredeti elképzelésüket, álláspontjukat, értelmezésüket még egymásnak ellentmondó információk esetén sem. Így tehát különleges nehézségeik vannak azon nyelvi feladatokkal kapcsolatban, melyek rugalmas magyarázatot kívánnak, például a metafora, az irónia, rövid tréfás történetek, s bizonyítható deficitjeik vannak a következtetési képességeikben (IVASKÓ 2004).

A fentebb vázoltakkal összhangban a frontális lebeny felelős a magasabb szintű ellenőrző folyamatokért (mely egyébként a megismerési funkció megfelelő működéséhez elengedhetetlen), s ezeket együttesen végrehajtó funkcióknak nevezzük. Ez első sorban a cselekvéskontroll működését szolgálja, vagyis lehetővé teszi, hogy a célirányos és szándékvezérelt tevékenységeinket megtervezzük, megszervezzük és kivitelezzük. Mindennek a megfelelő működés érdekében igen rugalmasnak kell lennie, hiszen így tudunk alkalmazkodni a változó feltételekhez. Mindezt tágabb kontextusban értelmezve egy olyan összehangolt funkció-együttesről van szó, mely tartalmazza tehát a tervezést, a döntést, a célkiválasztást, valamint az éppen zajló tevékenység monitorozását, az információforrások kezelését valamint ezek releváns alkalmazását, az automatikus válaszok gátlását, sőt a végrehajtó funkció magában foglalja az éntudatosságot, az empátiát és a szociális érzékenységet. A frontális lebeny sérülésének a fentiekből adódóan számtalan formája lehetséges, komoly személyiség- és magatartásváltozások következhetnek be. A kognitív architektúra érintettségére vonatkozó tünetek is megjelenhetnek: figyelem zavarai, perszeverációk, motivátlanság, tervezési zavarok, stb. Ha ezeket a funkciókat összekapcsoljuk a nyelvvel, annak használatával, pontosabban a nyelvhasználati deficitekkel, jól látszik, hogy a frontális funkciók mennyire komplex módon befolyásolják a nyelvi képességeket. Így már jól látható, hogy a viselkedés szabályozásának, tervezésének, monitorozásának problémái vezethetnek a túlzott szó szerinti értelmezéshez, ahhoz, hogy az indirekt nyelvi elemeket nem tudják sem használni, sem értelmezni ezek a betegek. Úgy tűnik tehát az eddig felsorakoztatott érvek tükrében, hogy (a jobb féltekei agysérülés következményeképpen előálló) több összetevős funkciózavar állhat a pragmatikai jellegű zavarok hátterében.

## **A pragmatika emergentista értelmezése (Perkins 2008)**

Perkins ezt a fajta több funkciós felfogást úgy képzei el, mint egy olyan rendszert, ahol a pragmatikai képesség az összerendező funkció szerepét tölti be a sikeres kommunikációs megvalósításáért felelős egyéb képességek felett. A pragmatikai zavarok értelmezésének egy új megközelítéséről van szó, mely nem egy különálló elemként, hanem a különböző komponensek használatának és interakciójának közvetett következményeként értelmezi a pragmatikát. Rendkívül összetett folyamat, s ennek megfelelően egy-egy zavar mögött nem feltétlenül csak egy képesség deficitje áll, hanem sokkal inkább képességrendszerek dinamikus kölcsönhatása, s ennek a folyamatnak a felbomlása. Így a tünetek értelmezése sem olyan egyértelmű, hiszen a bonyolult kölcsönhatások során egymással interakcióba lépő elemek, s ezek megzavart, sérült mivolta a szimptomák rendkívül színes palettáját eredményezheti (PERKINS 2008). Az emergentista feltevés szerint tehát a kommunikáció során jó néhány készségre szükségünk van, s egyben ezek adják a pragmatikai kompetencia értelmezési kereteit is. Egyik fontos, komplex összetevője a folyamatnak a szemiotikai rendszer, s ennek verbális/nyelvi és nem verbális összetevői egyaránt. A következő rendszer, mely jelentős befolyással bír a pragmatikai kompetenciára a kognitív architektúra, s annak számos eleme: a tudatlételem, a következtetési folyamatok, a végrehajtó funkciók, az emlékezet, stb. Ezen kívül szükséges a sikeres nyelvhasználathoz még a motoros kimenet épsége, hiszen amennyiben a kódolás során súlyos elégtelenség lép fel (például dysarthria, anomias

aphasia), úgy az arra épülő dekódolás sem működhet optimális szinten. S ennek megfelelően a másik oldal, azaz a szenzoros bemenet épsége is elengedhetetlen, kezdve a feldolgozási folyamat elejéről, az érzékeléstől, azaz az érzékszervek pontos működésétől. Nem beszélve arról, hogy a megnyilatkozások természetéből adódóan igen súlyos probléma az, ha már az explicit jelentések feldolgozásával kapcsolatban nehézség merül fel, hiszen akkor az implicit jelentések megértése még nagyobb problémát fog jelenteni. Ez idáig tehát intraperszonális dimenziók mentén került sor a pragmatikai folyamatokban részt vevő elemek bemutatására, de a kommunikációs folyamat során, annak természetéből adódóan nem tekinthetünk el az interperszonális lehetőségek értelmezésétől. Hiszen azért, hogy a kommunikáló felek interakcióba lépnek egymással, a fent említett intraperszonális elemek interperszonálissá, személyközivé válnak. A kommunikáció során számos döntést kell hoznunk (mi legyen a megnyilatkozásainkból explicit, mely jelentések a legrelevánsabbak, stb.), s ezek az eddigieknek megfelelően a különféle rendszerek interakcióiból állnak össze, mind személyen belüli, mind személyközi dimenzióban értelmezve (PERKINS 2008). Így tehát a pragmatika emergentista modellje egy kiterjesztett, szélesebb kontextusban kívánja értelmezni a jelenséget. A komplexitásának megfelelően, abból kiindulva jól értelmezhetővé válik, hogy a viselkedéses tünet hátterében nem egyetlen összetevő sérülése áll, hanem inkább egy kompenzációs aktus eredményéről lehet szó, mely az intraperszonális területen létrejött deficittek ellensúlyozásaként értelmezhető.

<b>Pragmatikai képesség</b>			
<b>Nyelvi rendszerek</b>		<b>Nem nyelvi rendszerek</b>	
<b>Kognitív rendszerek</b>			<b>Szenzomotoros rendszer</b>
<b>Verbális</b>	<b>Nonverbális</b>	<b>Kognitív képességek</b>	<b>Ki- és bemeneti rendszerek</b>
• fonológia	• gesztus	• tudatelmélet	• auditív
• morfológia	• tekintet	• következtetés	• vizuális
• szintaxis	• mimika	• egzekutív funkciók	• taktilis
• lexikon	• testtartás	• emlékezet	• kinezetikus
• szemantika			• vokális képesség
• prozódia			

1. táblázat. A pragmatikai képesség összerendező értelmezése (PERKINS 2000; magyarul IVASKÓ 2004)

## Hipotézisek

Feltételezzük, hogy a vizsgálatban szereplő természetes oksági viszonyok értelmezésében nem mutatkozik különbség a vizsgálati valamint a kontroll csoport teljesítménye között. A vizsgálat további részében, amennyiben ez a képesség tehát épnek mutatkozik (képek rendezésének sorrendje jó), de eltérés látható a két csoport teljesítménye között, azaz a jobb félteke sérült személyek teljesítménye minőségileg eltérő, az egyrészt valószínűleg a vizsgálat által célzott valamely komponens sérülésének, azaz pragmatikai jellegű zavarnak tudható be, hiszen nem az oksági viszonyok értelmezése érintett. Másrészt pedig ez az oksági valamint a társalgáshoz szükséges következtetési

folyamatok szükségszerű szétválását jelenti, így ez utóbbinak a károsodása egy lehetőség magyarázata lehet a pragmatikai kompetencia sérülésének

Feltételezésünk szerint a jobb frontális lebeny sérült betegek érintettek az intencionalitás tekintetében, s teljesítményük jelentős elmaradást fog mutatni a kontroll csoporthoz képest.

Feltételezzük, hogy a nyelvhasználati valamint nyelvi képesség között disszociáció lehetséges.

Feltételezzük, hogy a fentiekből következően, amennyiben azok beigazolódni látszanak, a vizsgálati csoport teljesítménye nemcsak rosszabb, hanem sokkal kiegyenlítetlenebb, a feladatsor eredményei alapján felállítható képességprofiljuk sokkal szórtabbnak mutatkozik.

Feltételezésünk szerint a frontális lebeny sérülésének következtében a vizsgált betegek viselkedésében, a környezethez való adaptációban változás figyelhető meg. Mindezt érinthető a szociális dimenziókban is, így a nyelvhasználat terén is. Mindennek igazolására a hozzátartozók, családtagok véleményére hagyatkozom, s feltételezhetően a felhasznált kérdőívek eredményei bizonyítékkal szolgálnak arra, hogy a premorbid állapothoz képest a jelenlegi státuszban változások figyelhetőek meg, mindezt kimondottan a nyelvhasználatra vonatkoztatva.

A végrehajtó funkciók tesztelésére szolgáló feladatok eredménye a vizsgálati csoportban jelentősen alulmarad a kontroll csoport teljesítményéhez képest.

Feltételezzük, hogy a nem szó szerinti értelmében – melyet elsősorban az idiómák segítségével mérek fel –, jelentős eltérés lehet a két csoport teljesítménye között, valamint az ironia és az idiómák értelmezését illetően hasonlóan gyenge teljesítményt nyújt a vizsgálati csoport.

## Vizsgálati minta és kontroll csoport

A betegek Szegedi Tudományegyetem Neurológiai valamint Idegsebészeti Klinikáira kerültek be: túlnyomórészt frissebb sérülésekről van szó, de előfordult olyan is, aki már ismételt rehabilitációra érkezett, azaz állapota krónikusnak mondható. 15 jobb frontális lebeny sérült személlyel, valamint nemben, korban és iskolázottságban hozzájuk illesztett, 15 kontroll csoportos egészséges személlyel dolgoztam. Mindkét csoportban 8 nő, és 7 férfi volt. A vizsgálati minta a sérülés helyének lokalizálhatósága ellenére is eléggé heterogénnek mondható, hiszen egyrészt a frontális lebeny különböző régióinak érintettségéről van szó, másrészt pedig az etiológiát tekintve is sokszínű a minta: előfordul haemorrhagias valamint ischaemias stroke, tumor (eltávolító műtét), atrophia cerebri, mely ide lokalizálható, aneurisma.

## A feladatok leírása

A vizsgálatok elvégzése során az első lépés a *WAB-teszt* felvétele volt. Ez egyfajta szűrőként is szolgált; ennek segítségével szerettünk volna meggyőződni arról, hogy a jobb frontális lebeny sérültek alacsonyabb nyelvi szintjei (fonetikai-fonológiai, morfológiai-szintaktikai, lexikai-szemantikai szintek) valóban intaktak maradtak. Az intencionalitás vizsgálatára összeállítottunk egy feladatsort, melynek megoldása bizonyos képszekvenciák közti oksági viszony felismerését és/vagy feltételezését várja el. Ezen sorozatok



a természetes oksági, a viselkedéses, valamint az emberi szándékon, szándékolt viselkedésen, annak tulajdonításán alapuló összefüggéseket jelenítették meg. A képsorozatok alapvetően négy részre lehet osztani: természetes okság, elsődleges intencionalitás, másodlagos intencionalitás ironia nélkül, valamint másodlagos intencionalitás ironiával. Minden részfeladat 4 képtörténetet tartalmazott, s mindegyikhez két segítő kérdést tettünk fel, abból a célból, hogy egyrészt meggyőződhesünk arról, hogy helyesen értelmezik a történeteket (ez az ironikus feladatnál nagyon fontos), másrészt pedig a segítő kérdésekkel szeretnénk volna felmérni a szándéktulajdonítás alakulását. Minden feladatnál külön pontoztuk a sorrendezést, valamint a segítő kérdésekre adott válaszok alapján a szándékfelismerést is, így egy-egy részfeladat maximum pontszáma 12 pont lehetett. Abban az esetben, ha a sorrendezésben hibát vétettek, a kérdések előtt a kísérletvezető megmutatta a helyes sorrendet, hogy az intencionalitás pontszámát a rosszul értelmezett sorrendezés ne ronthassa. Az intencionalitás feltérképezése mellett, a nem szószerintiség (ironia) felmérésének kiegészítésére idiómákat használtunk. Ismét rajzokkal dolgoztunk: 5 pár rajz készült, ezek egyikén a szó szerinti jelentést, a másikon pedig az elvont jelentést ábrázoltuk. Az idiómák mindegyikéhez tartozott egy-egy rövid mondat, mely alapján ki kellett választani a megfelelő képet (ezen mondatok a nem szó szerinti jelentésre irányultak). Ezeken kívül a két csoport teljesítménybeli különbségének szemléltetésére a végrehajtó funkciókról igyekeztünk információt kapni. Ennek során repetitív minták másolását használta a kísérletvezető, valamint a B.A.D.S. teszt (WILSON ET AL. 1996) két részfeladatát. A hozzátartozók véleményére is szükség volt ahhoz, hogy megbizonyosodhassunk arról, hogy valóban megfigyelhető a beteg esetében a nyelvhasználati képességükben valamilyen mértékű változás az otthoni környezetükben is. Erre egy kérdőívet állítottunk össze, melyet alapvetően két részre lehet felosztani, a betegség előtti, valamint az azt követő státuszra vonatkozóan. Nyolc beszédaktus (kérés, halasztás, visszautasítás, bocsánatkérés, felszólítás, meggyőzés, figyelmeztetés, ígélet) megfogalmazására kértem a hozzátartozókat oly módon, hogy próbálják meg úgy kitölteni a kérdőívet, mintha azt a beteg írná/mondaná a betegsége előtt, és most, azaz a betegsége után.

## **Adatok feldolgozásának módszere**

A csoportok összehasonlítására az SPSS programcsomag felhasználásával a kapott nyersadatokon kétmintás t-próbát, valamint páros t-próbát végeztünk. Előbbit a csoportközi különbségek megállapítására, utóbbit pedig a csoportokat külön-külön vizsgálva a feladatokban nyújtott teljesítmények profiljának kirajzolására. Ezen kívül százalékszámítást is végeztünk azon részfeladatok esetén, ahol a nem azonos maximum pontszám miatt a t-próbák elvégzése akadályba ütközött volna.

## **Összegzés**

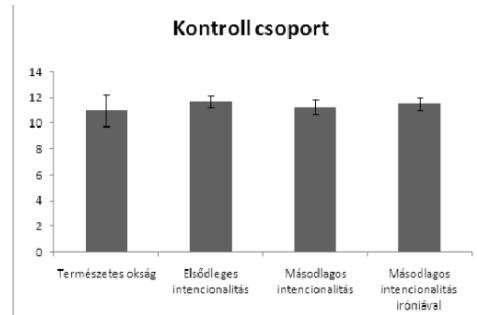
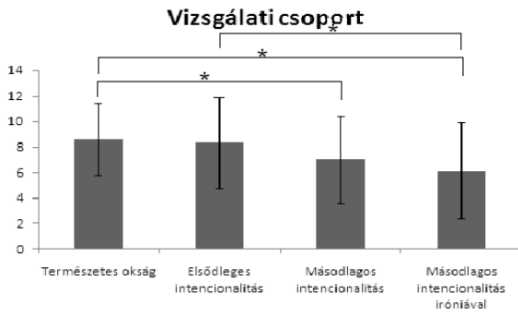
Első ízben a két csoport teljesítményét összehasonlítva elmondható, hogy a kontroll csoport jobb teljesítményt nyújtott valamennyi feladatban, s az is jól látható, hogy ez nem csak jobb, hanem sokkal kiegyenlítettebb eredményt is jelent. Ennek pontos hátteréről egyelőre csak feltételezésekkel élhetünk, hiszen nem a komplex kognitív architektúra feltérképezése volt a célunk, azaz a felmért funkción kívül az eredményeket

befolyásolhatta esetleg más, általunk fel nem mért funkció is. Mindenesetre a későbbiek is azt a feltételezést támasztják alá, hogy a tudatelméleti képesség az agysérült populáció esetében valóban érintettnek tűnik. A teljesítményeket feladatonkénti összehasonlításban értelmezve egy tulajdonképpen nem várt eredmény, hogy a természetes oksági viszonyok tekintetében szignifikáns különbség látszik a két csoport között. A fentebb ismertetett munkákat részben kiegészítik tehát ezek az új eredmények, hiszen eddig főként a másodlagos intencionalitás tekintetében találtak jelentős különbséget a két csoport között. Természetesen a jelen vizsgálat kisebb elemszámú, és inkább rész-képesség felmérésre hivatott, de PERKINS (2008) állításaival összevetve ez az eredmény is a melletti érvelésünket erősítheti, hogy egy szélesebb, kiterjesztettebb kontextusban érdemes tovább vizsgálni, hiszen úgy tűnik, hogy az kommunikáció során a természetes okság és a mások szándékainak megértése mint képességek egymást kiegészítve vesznek részt a sikeres interpretáció létrehozatalában. A dolgozat egyik fő kérdése tehát a természetes oksági és a társalgáshoz szükséges következtetések egymáshoz való viszonyának finomabb feltérképezése volt.

A szándéktulajdonítás pontszámait elemezve minden feladat esetében szignifikáns különbséget találtunk a jobb féltekei frontális sérült, illetve a kontroll csoport teljesítménye között. Ez két eshetőségre enged következtetni: egyrészt úgy tűnik, hogy a kontroll csoport teljesítményéből kiindulva megállapítható, hogy a képtörténetek megfelelően ábrázoltak voltak, azok a szándéktulajdonítás feladatnak megfelelőek, azaz jól leolvashatók voltak róla azok a jegyek, melyek segíthetnek a mentalizációban. Másrészt pedig a pragmatika emergentista definíciója látszik igazolódni, mely összetett képességrendszerek dinamikus kapcsolatában látja a pragmatikai képesség mibenlétét. Az eredmények tükrében a vizsgált funkció az agysérült populáció esetében statisztikailag szignifikánsan gyengébb teljesítményről árulkodik. A dolgozatban a nem szószertintiség kérdését is érintettük: egyrészt ironikus képtörténetekkel, másrészt idiómákkal. Az idiómák tekintetében (is) szignifikáns különbséget találtunk a két csoport között, sőt a nem szószertintiség másik formáját tekintve (irónia) a csoportok közötti legnagyobb teljesítménykülönbséget fedeztük fel. Így összességében úgy tűnik, hogy e két feladat tekintetében a leggyengébb a vizsgálati csoport teljesítménye. Ez az eredmény annyira nem meglepő, hiszen az irónia helyes interpretálásához szükség van másodfokú tudatelméleti képességre (HAHN–GYÖRI 2008), mely mint láttuk az agysérült személyek esetében igen jelentősen érintett. És végül a két csoport összehasonlításának utolsó aspektusa: a végrehajtó funkciók néhány részösszetevője. E feladatok tekintetében is szignifikáns különbséget találtunk a két csoport között, kirajzolódott a jobb frontális lebenyhez köthető végrehajtó funkciók zavara.

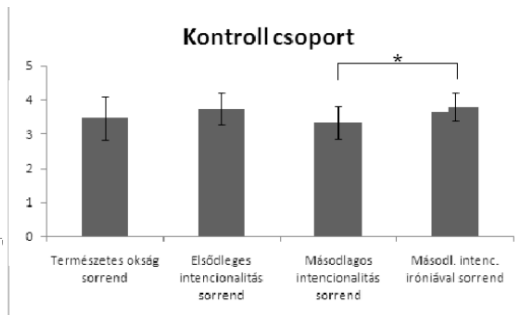
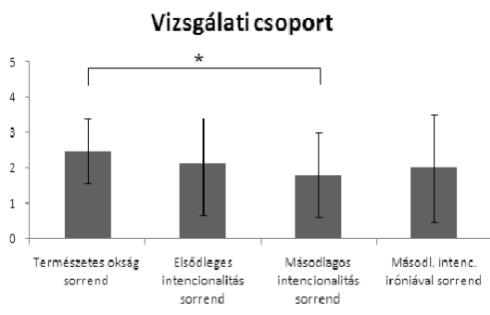
Az eredmények elemzésének egy következő aspektusa a csoporton belüli teljesítmények értelmezése a részfeladatok alapján. Ez tulajdonképpen több célt hivatott szolgálni: megmutatja a csoportokon belül a feladatok egymáshoz való viszonyát, valamint képet kapunk arról is, hogy mennyire kiegyenlített (vagy sem) a csoportok teljesítménye.

A vizsgálatban nyújtott összteljesítményt illetően tehát rögtön két fontos információ olvasható le a grafikonokról: valóban a vizsgálati csoport rosszabb teljesítményt nyújtott, mely sokkal kiegyenlítetlenebbnek tűnik a szórásértékek tükrében; valamint az egyes feladatok közötti szignifikáns eltérések (melyek a megcsillagozott összekötővonalak segítségével vannak ábrázolva) az eddigi feltételezéseket támasztják alá: miszerint nem lehet egy-egy mért funkció esetleges deficitjével magyarázni a kapott eredményeket, hiszen abban az esetben egységesen rosszabb teljesítményt látnánk



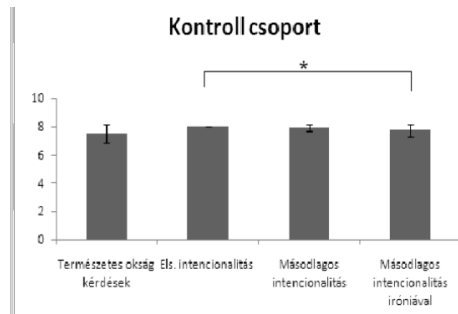
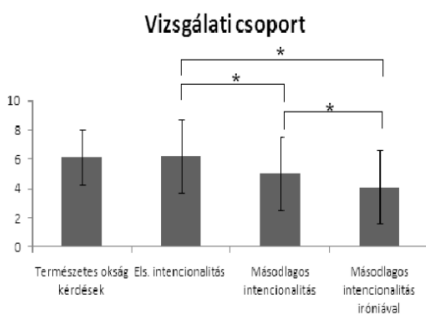
1. ábra. A két csoport teljesítménye

kirajzolódni. Így ez azt jelenti, hogy az a következtetés, hogy a komplex kognitív architektúra megismerésén keresztül lehet a pragmatikai kompetenciát pontosabban megismerni, bizonyosságot nyerni, s a felállított elméleti keretbe (a pragmatikai kompetencia emergentista értelmezése) jól beilleszthető.



2. ábra. A két csoport teljesítménye a sorrendezést illetően

A vizsgálati csoport esetében érdekes módon a természetes oksági viszonyok valamint az irónia nélküli másodlagos intencionalitás között lehet szignifikáns különbséget kimutatni. Nagyon óvatos következtetéssel élve – és természetesen figyelembe véve az inkább alacsonynak mondható elemszámot és ennek következményeit – ez az eredmény talán egy (egyelőre gyenge) bizonyíték lehet amellett, hogy a vizsgálati csoport összteljesítményének romlása az egymást követő feladatokat tekintve nem egyszerűen a nehézségi fok egyre inkább kifejezett mivoltával magyarázható, hiszen akkor az utolsó, a tulajdonképpeni legnehezebb feladat esetében kellene a legnagyobb különbséget látnunk.



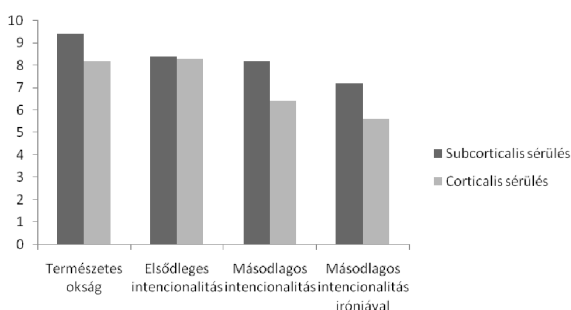
3. ábra. A két csoport teljesítménye az intencionalitást illetően

Az intencionalitásban nyújtott teljesítmény a vizsgálati csoportban ismét nem csak gyengébb, hanem az egymáshoz viszonyított elemzésben is sokkal markánsabban jelennek meg szignifikáns különbségek, ráadásul a szórásértékek ismét sokkal nagyon tartományt ölelnek fel. Az intencionalitás tehát ismét sokkal gyengébbnek és variábilisnak mondható.

Ezen aspektus utolsó összehasonlítási alapját adja a nem szó szerinti megjelenítése: érdekes módon igen hasonlóan alakul a két csoporton belül az írónia és az idiómák eredménye. A vizsgálati csoportban ez 51,08% és 56%-ot, a kontroll csoport esetében pedig 96,08% és 100%-os teljesítményt jelent (ebből jól látszik a két csoport közötti jelentős különbség is).

Az elemzés utolsó, és egyelőre talán leginkább nyitva hagyott kérdése a lokalizációra vonatkozik. Ennek során azt találtuk, hogy a subcorticalis károsodást elszenvedett betegek a corticalis károsodással összehasonlítva valamivel jobb eredményt mutatnak.

**A két csoport teljesítményének átlagai**



4. ábra. Lokalizáció és teljesítmények alakulása

Nyitott kérdés, hiszen jelen esetben igen csekély elemszámról beszélhetünk (5 fehérállományi és 10 kérgi károsodás), mégis a teljesítménykülönből kiindulva azt feltételezzük, hogy a fehérállományi károsodás esetében, melynek során elsősorban az összekötő pályák sérülnek, van okunk azt gondolni, hogy újabb teljesítménycsökkentő okot azonosítottunk, mint a kérgi károsodás következtében előálló idegsejtpusztulás esetében fennálló funkciózavar oki magyarázatában.

A fentiek tükrében tehát úgy tűnik, hogy a két csoport teljesítménye között a feltételezetteknek megfelelően valóban szignifikáns különbség látszik kirajzolódni, s a vizsgálati csoport teljesítménye valóban sokkal kiegyenlítetlenebb, nagyobb szórást mutat. A vizsgálat egyik fő feltételezése – mely a következtetési folyamatok természetére vonatkozik – az eredmények tükrében nem látszik beigazolódni, hiszen úgy tűnik, hogy a következtetési folyamatok egy átfogóbb károsodásról lehet szó a vizsgált betegeknél, azaz a természetes oksági viszonyokhoz és a mentalizációhoz szükséges következtetési folyamatok méréséből származó eredmények nem váltak szét. A hozzátartozóktól beérkezett kérdőívek sokszor alig voltak értékelhetőek, így a nyelvhasználati kapcsolatos változások nem követhetők nyomon megfelelő részletességgel.

Végül a vizsgálati személyeket illetően mind a végrehajtó funkciókat vizsgáló tesztekben, mind az íróniát felmérő feladatokban nyújtott teljesítményük szignifikánsan rosszabb. A nem szó szerinti értelmzésében valóban jelentősen alulmaradt a vizsgálati csoport a kontroll csoport teljesítményéhez képest.

A nyelvi és nyelvhasználati képesség közötti disszociációt illetően a felvett Western Aphasia Teszt eredményei alapján elmondható, hogy a vizsgált személyek esetében

a nyelvi rendsze épek mondható, de a pragmatikai szint erősen érintett, így a disszociáció feltételezhető. A pragmatikai kompetencia és az általános következtetési képesség közti viszony pontosabb leírására azonban ezen adatok alapján nem vállalkozhatunk.

## Irodalom

- DASCAL M. (1999): Some questions about misunderstanding. Introduction. *Journal of Pragmatics*. 31. (Special issue on 'Misunderstanding' – Marcelo Dascal ed.) 753–762.
- DRESSLER, W.U.–Stark, H.K. (2000): *Clinical impairments of text pragmatics: Linguistic or cognitive?* Előadás a 7. IPra konferencián, Budapesten.
- DRESSLER, W.U. et al (2004): Textpragmatic impairments of figure-ground distinction in right-brain damaged stroke patients compared with aphasics and healthy controls. *Journal of Pragmatics* 29.
- GYÓRI M. (2003) A neurokognitív fejlődés moduláris zavarai : az autizmus. In: PLÉH Cs.–KOVÁCS Gy.–GULYÁS B. (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Osiris, Budapest. 738–763.
- GYÓRI M. és mtsai (2007): Nem verbális eljárás a hamisvélekedés-tulajdonítás tesztelésére: eredmények tipikus fejlődő és atipikus fejlődésű gyermekektől. In: RACSMÁNY M. (szerk.): *A FEJLŐDÉS ZAVARAI ÉS VIZSGÁLÓMÓDSZEREI*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- HAHN N. – GYÓRI M. (2008): A kommunikáció modelljei és alapfolyamatai. In: CSÉPE V.–GYÓRI M.–RAGÓ A. (szerk.): *Általános pszichológia 3. – Nyelv, tudat, gondolkodás*. Osiris, Budapest. 196–229.
- HAPPÉ, F.–BRONWELL, H.–WINNER, E. (1999): Acquired 'theory of mind' impairments following stroke. *Cognition* (70) 3. 211–240.
- GYÓRI M. (2009): A tudatelméleti képesség változatossága autizmusban – és implikációi az atipikus megismerésre és tanulásra nézve In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 2009/2–3. 96–111.
- HORVÁTH L. (1998): *Funkcionális anatómia*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- MARTIN, I.–MCDONALD S. (2003): Weak coherence, no theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. *Brain and Language* 85 (2003) 451–466.
- IVASKÓ L. (2002): Az afáziás nyelvhasználat sikertelenségének okairól. In: RACSMÁNY M.–KÉRI Sz. (szerk.): *Architektúra és patológia a megismerésben*. Books in Print. 40–51.
- IVASKÓ L.–NÉMETH T. E. (2002): Types and reasons of communicative failures: a relevance theoretical approach. *Modern Filológiai Közlemények* IV./1. 31–44.
- IVASKÓ L. (2004): *A kommunikáció útjai*. Gondolat Kiadó–MTA-ELTE Kommunikációelméleti Kutatócsoport, Budapest. 181–196.
- KÁLLAI J. és mtsai (2008): *Bevezetés a neuropszichológiába*. Medicina, Budapest.
- LUKÁCS Á.–PLÉH Cs. (2003): A nyelv idegrendszeri reprezentációja In: PLÉH Cs.–GULYÁS B.–KOVÁCS Gy. (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Osiris, Budapest.
- NÉMETH D. (2008): A nyelvi és emlékezeti folyamatok kapcsolata. In: CSÉPE V.–GYÓRI M.–RAGÓ A. (szerk.): *Általános pszichológia 3. – Nyelv, tudat, gondolkodás*. Osiris, Budapest.
- PARADIS, M. (1998): The other side of language: Pragmatic competence. In. *Journal of Neurolinguistics* 11. 1–10.
- PERKINS, M. (2000): *The compensation of an unbalanced mind: A cognitive-interactive account of pragmatic impairment*. Előadás a 7. IPra Konferencián, Budapesten.
- PERKINS, M. (2008): Pragmatic Impairment as an Emergent Phenomenon In: BALL, M.J.–PERKINS, M.R.–MÜLLER, N.–HOWARD, S. (eds): *Handbook of Clinical Linguistics*. Blackwell, Publishing. 79–92.
- PLÉH Cs. (2003): A modularitás és a pragmatika: néhány egyszerű és bonyolult kapcsolat. In: *Természet és lélek*. Osiris, Budapest.
- REBOUL, A.– MOESCHLER, J. (2000): A TÁRSALGÁS CSELEI – BEVEZETÉS A PRAGMATIKÁBA. Osiris, Budapest.
- WILSON et al. (1996): *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome*. Thames Valley Test Company, Bury St. Edmunds, England.

## **Új intelligenciavizsgáló eljárások felhasználása a mozgáskorlátozott tanulók kognitív képességvizsgálataiban**

MLINKÓ RENÁTA  
rmlinko@gmail.com

---

### **Absztrakt**

Speciális szükségletű személyek, sajátos nevelési igényű tanulók esetén a diagnosztikai folyamatban – a fogyatékoság vagy a tanulási zavar tényének megállapításán túl – szükség van a vizsgálati eredmények átlagértékektől való eltéréseinek mélyebb analízisére, az összefüggések feltárására a további fejlesztési irányok kijelölésének érdekében.

Vizsgálatainkban a Woodcock-Johnson Kognitív Képességek Tesztje (WJ NK Kogn.) és a Wechsler-féle Gyermekek Intelligenciateszt 4. kiadása (WISC-IV) klinikai kipróbálására került sor iskoláskorú mozgáskorlátozott gyermekek körében (a teljes minta 28 fő: 14 fő korai agykárosodás miatt mozgáskorlátozott, 14 fő egyéb etiológiájú mozgáskorlátozott tanuló). Célunk annak vizsgálata, hogy az eddig hazánkban használt Wechsler-típusú intelligenciavizsgáló eljárások VQ-PQ dichotómiájával szemben milyen új eredményeket, differenciáldiagnosztikai támpontokat adnak a vizsgált populációra vonatkozóan a kipróbálásra kerülő pszichometriai vizsgáló eljárások. Az új, neurokognitív modellek alapján átdolgozott tesztek használatával célunk, hogy részletes képet kapjunk a mozgáskorlátozott tanulók kognitív képességeiről; különösen fontos ez olyan tanulók esetében, akik kognitív fejlődését – még ép övezeti intellektus esetén is – jelentősen befolyásolja a mozgásos tapasztalatszerzés lehetőségének beszűkülése.

**Kulcsszavak:** mozgáskorlátozottság, mozgásos tapasztalatszerzés, kognitív képességprofil, Woodcock-Johnson Kognitív Képességek Tesztje, WISC-IV

---

Az utóbbi években innovatív változások történtek a hazai gyógypedagógiai pszichodiagnosztikában. Több intelligencia- és képességvizsgáló eljárás standardizációja történt meg, mely lehetővé tette a sajátos nevelési igény korszerű vizsgálóeszközökkel történő alátámasztását, új vizsgálati protokollok kidolgozását, valamint az egyes fogyatékosági csoportok képességstruktúrájának új aspektusú feltérképezését (RUEF ET AL. 2003, BASS ET AL. 2008).

Jelen tanulmány a mozgáskorlátozott személyek, tanulók kognitív képességprofiljának elemzési lehetőségeivel foglalkozik. A több éve, Lányiné Engelmayer Ágnes témavezetésével folyó vizsgálataink kiindulópontjai első sorban azok a NAGYNÉ RÉZ (2001) által végzett vizsgálatok voltak, melyeket a Mozgásjavító Általános Iskola, Diákotthon és Módszertani Intézményben és a Mozgásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottságban történt vizsgálata alapján közöl a szerző. A mozgáskorlátozott személyek körében végzett több évtizedes diagnosztikai munkája eredményeképp többek között Wechsler-típusú intelligenciateszttel végzett hazai vizsgálati eredmények is rendelkezésünkre állnak, melyek a későbbiekben alapot képeznek a jelenlegi legkorszerűbb vizsgálóeljárásokkal történő diagnosztikus eredmények összehasonlításához, elemzéséhez (NAGYNÉ RÉZ 2001).

A mozgáskorlátozott személyek intelligenciavizsgálati protokollja a nemzetközi palettán nem egységes. A német pszichodiagnosztika már a 90-es években a klasszikus tesztpszichológián túlmutatóan a fejlesztési diagnosztika irányába mozdult el, valamint a folyamatdiagnosztika szempontjaira helyeződött a hangsúly (KORNMAN ET AL. 1994). Egyéb megoldások is születtek: elsősorban az érintett személyek motoros és kommunikációs akadályozottságából adódó módszertani nehézségek miatt vagy a más tesztekből az igényekhez illeszkedő részek összeválogatása, vagy a motoros kivitelezést igénylő próbák csökkentésére egyszerű választások preferálása történt (LEYENDECKER 1999). Hazánkban pedig az aktuálisan standardizált eljárások fogyatékoság-specifikus kipróbálására került sor (NAGYNÉ RÉZ 1987; GLAUB–SZUNYOGH 1987; SARKADY–ZSOLDOS 1988; GLÁZ ET AL. 1992; NAGYNÉ RÉZ 2001).

## **Az új vizsgálóeljárások kipróbálásának gyógypedagógiai relevanciája**

Az intelligenciavizsgálatok leggyakoribb felhasználása az általános iskolás tanulók körében a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottságoknál történik. Mozgáskorlátozott tanulók esetében már egy-egy vizsgálóeljárás kivitelezhetősége is meghatározóan informatív az adott tanuló mozgásállapotának függvényében az oktatás-módszertani szükségletekről, speciális eszközigényről, adott esetben már az integrált oktatás megkísérelhetőségéről is (KUNCZ ET AL. 2008; LÁNYINÉ ENGELMAYER 2008).

A mozgáskorlátozott tanulópopuláció etiológiai sokfélesége miatt fontos a teszt-elemzések mélyebb analízise, hiszen a standard átlagnál rosszabb teljesítményt, a balra tolódott képességprofil nem tulajdoníthatjuk kizárólagosan mentális teljesítményspecifikumnak. A mozgásos tapasztalatszerzés hiánya, az esetlegesen meglévő ingerdep- rivációs élethelyzet, vagy a motoros kivitelezés eltérő minősége is okozhat gyengébb teszteredményeket. Ugyanakkor a mozgáskorlátozottság hátterében számos esetben fennálló korai agykárosodás (cerebrális parézis) bizonyítottan hordoz a kognitív profilban jellegzetességeket, még ép övezeti mentális képességek esetén is. (ILYÉS GYULÁNÉ 1968, 1971, 1987; CSÁVÁSNÉ 1975; FRÖHLICH 1977; NAGYNÉ RÉZ 1987; IPPOLITOVA 1988; GLÁZ ÉS MTSI 1992; JÁSZBERÉNYI 1993; GLAUB–SZUNYOGH 1987; NAGYNÉ RÉZ 2001; PIRILA ET AL. 2004; LINDQUIST ET AL. 2005)

Kutatási irányunkat is meghatározza tehát a fenti problémakör, mely alapján céljaink a következők:

- gyógypedagógiai szempontok alapján, módszertanilag kivitelezhető tesztekkel vizsgálni az adott népséget;
- az azonos etiológiájú mozgáskorlátozott tanulók csoportjának más etiológiájú csoport eredményeivel történő összevetése;
- a mozgáskorlátozott népség korábban leírt balra tolódott képességprofilját tovább differenciálni, elkülöníteni a motoros kivitelezésből adódó értékelési hátrányokat;
- a válaszok minőségi elemzése során a mozgáskorlátozott személyiségfejlődés, kognitív képességfejlődés elemeit megragadni.

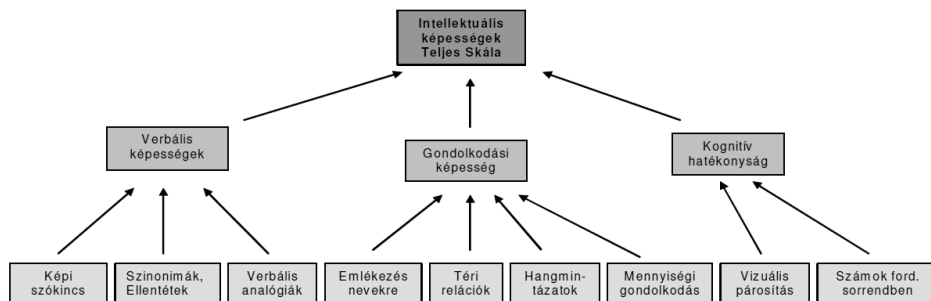
## A vizsgálati módszer

A felhasznált két intelligenciateszt párhuzamos felvétele mellett a két eljárás kidolgozásának azonos elméleti háttere miatt döntöttünk. Az intelligencia Cattell–Horn–Carroll modellje két elmélet összeolvastásából áll: az első a Cattell–Horn szerzőpáros nevéhez fűződő kristályos és fluid intelligenciatípus elkülönítése. A fluid intelligencia a problémamegoldás alapja, és a performációs feladatok többségével mérhető, míg a kristályos intelligencia az ismeretek, megszerzett tudás használatát foglalja magában, és inkább a verbális feladatok kivitelezéséhez köthető. A fentieket egészíti ki Carroll elmélete a kognitív képességek 3 hierarchikus szintjéről, melynek első szintjén az általános intelligencia g-faktora található, ez minden kognitív feladat megoldása során fontos. A második szint 9–12 átfogó képességet, 3. szint speciális rész-képességeket (RÓZSA–KŐ 2008), más elnevezéssel széles- és szűksávú képességeket (RUEF ET AL. 2003) tartalmaz.

A 2003-tól Katona Nóra és munkatársai által hazai standarddal rendelkező **Woodcock–Johnson Kognitív Képességek Tesztje** (továbbiakban WJNK Kogn.) az ábrán látható 4 fő skálájának mutatóin kívül többek között a tanulási prognózisról, az életkori szinten elvárt hasonló feladatok kivitelezési hatékonyságáról is informál (RUEF ET AL. 2003).

Klasztereinek (Verbális képességek, Gondolkodási képesség, Kognitív hatékonyság) sztenderdpont-eredményeiből az Intellektuális Képességek Teljes Skálájának sztenderdpont-eredményét (IKTS SZP) képezi, mely az IQ-skálákkal megegyező átlaga és szórása miatt azokkal összevethető.

## A Woodcock-Johnson Kognitív Képességek Tesztjének szerkezete

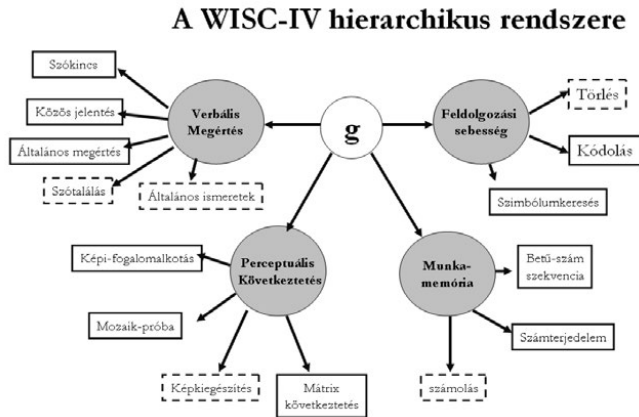


1. ábra A WJNK Kogn. szerkezete (RUEF ET AL. 2003: 1)

A **Wechsler-féle Gyermek Intelligenciateszt IV. kiadása** (továbbiakban WISC-IV) a korábbi magyar standarddal rendelkező MAWGYI-R-hez képest számos új értelmezési lehetőséget nyújt. A korábbi verbális-performációs kvóciensek dichotómiájához képest már 4 főcsoport (Verbális megértés Index /Vml/, Perceptuális következtetés Index /Pkl/, Munkamemória Index /Mml/, Feldolgozási sebesség Index /Fsl/) eredményei alapján számítjuk a Teljes Teszt IQ-t /TtIQ/, és a részletes profilelemzés során szintén képet kaphatunk az átfogó képességek és speciális rész-képességek viszonylatáról,



erősségekről, gyengébb területekről. A teszt előnye, hogy összesen 15, (10 alap, és 5 helyettesítő) szubtesztből áll. A kiértékeléshez 10 felvett szubteszt eredménye is elegendő, és lehetőség van különböző tesztfelvételi nehézségek esetén indexenként egy, a teljes tesztben összesen 2 helyettesítő szubteszt használatára. (WESCHLER 2007a,b)



2. ábra: A WISC-IV felépítése (NAGYNÉ et al. 2008: 13)

## A vizsgálati minta

Vizsgálatunkat 2008-ban a Mozgásjavító Általános Iskola, Diákotthon és Módszertani Intézményben, Budapesten végeztük, 28 fő 1994-1997 között született korai agykárosodás (továbbiakban CP) és nem korai agykárosodás (NCP) miatt mozgáskorlátozott, általános iskolás tanuló eredményét dolgoztuk fel. (A nem CP-s csoportba is hasonló mozgáskompetenciájú, születéstől fogva mozgáskorlátozott gyermekek kerültek.)

Az életkori átlag mindkét csoportnál 146 hó. A CP/NCP arány 14–14 fő, eset-kontrollal.

A nemi eloszlás: 18 fiú, 10 lány (az  $\chi^2$  próba szerint a nemi eloszlás a diagnózisok szempontjából nem okoz különbséget).

A tanulók mozgásállapotára általában jellemző, hogy mindegyikük legalább segédeszközzel képes az aktív helyváltoztatásra, illetve manipulációra. A papír-ceruza, illetve rámutatással kivitelezhető szubteszteknel kompenzáló funkciókat megengedtünk (szájban tartott ceruza használatát, orral történő rámutatást). Minden tanuló szakértői vizsgálati diagnózisa alapján ép értelmű, iskolai tanulmányait a többségi tanterv szerint folytatja.

A tanulók 11–14 éves kora miatt várható volt, hogy a tesztek túl alacsony színvonalú, vagy magas szintű tevékenységek esetében sem fogunk küszöb-, illetve plafonértéket mérni, ami a minőségi válaszlemezések miatt fontos.

**A mintavétel módja:** Minimum 2 ülésben, kétszemélyes helyzetben történtek a vizsgálatok, a felvételi idő 3–3.5 óra (az eredeti tesztfelvételi idő tesztenként kb. fél órával meghosszabbodott).

## Hipotézisek

A korábbi szakirodalmi adatok és saját diagnosztikus tapasztalataink alapján feltételeztük, hogy

1. a két mérőeszközzel mért intelligencia-eredmények szoros együttjárást mutatnak;
2. a mozgáskorlátozott tanulók intelligenciavizsgálatának eredménye az életkori átlag-értékektől való szignifikáns eltérést mutat;
3. az IQ értékben, klaszter/index-átlagokban, szubteszt-eredményekben szignifikáns különbség mutatkozik a CP-s és nem CP-s csoport között;
4. a mozgáskorlátozott tanulók eredményeikben a standard mintához leginkább a verbális klaszterben/indexben közelítenek, a verbális próbák eredményei egy teszten belül mindkét csoportnál (CP/ nem CP) a legjobbak;
5. a mozgáskorlátozott csoport Kognitív Hatékonyság Klaszter-eredményei (WJ NK Kogn.) és Feldolgozási sebesség Index mutatói (WISC-IV) korrelálnak;
6. a WJ NK Kogn. Kognitív Hatékonyság Klaszter-eredmények és a WISC-IV Feldolgozási sebesség Index mutatók eredményei mozgáskorlátozott tanulók esetében a standard középértékeknél szignifikánsan gyengébbek.

## Eredmények, hipotézisek megválaszolása

Az alábbiakban a két teszt főbb mutatóinak eredményeit mutatjuk be a teljes mintán, valamint a CP/NCP bontásban, mely adatok kiindulópontjai voltak a további részletesebb elemzésnek, hipotéziseink megválaszolásának.

Klaszterek	Átlag teljes minta	Szórás teljes minta
	N=28	N=28
Verbális Képesség (SZP)	88	16.25
Gondolkodási képesség (SZP)	87	12.20
Kognitív hatékonyság (SZP)	86	16.01
Intellektuális képességek teljes skála (SZP)	85	12.59

1. táblázat: Klaszterátlagok a Woodcock-Johnson Kognitív Képességek tesztjében a teljes mintán

### A minta sztenderdpont-átlagai klaszterenként CP/NCP bontásban

Klaszterek	Átlag CP	Átlag CP	Átlag CP	Átlag CP
	(N=14)	(N=14)	(N=14)	(N=14)
Verbális Képesség (SZP)	88	88	12.44	19.58
Gondolkodási képesség (SZP)	84	89	13.10	11.10
Kognitív hatékonyság (SZP)	84	87	19.46	12.08
Intellektuális képességek teljes skála (SZP)	83	87	14.29	10.73

2. táblázat: Klaszterátlagok a Woodcock-Johnson Kognitív Képességek tesztjében CP/NCP bontásban

Indexek (összesített csoportpontok)	Átlag (N=28)	Szórás (N=28)
Verbális megértés Index	98	9.52
Perceptuális következtetés Index	84	13.46
Munkamemória Index	91	13.57
Feldolgozási sebesség Index	85	13.86
Teljes teszt IQ	87	10.35

3. táblázat Indexeredmények a teljes mintán (WISC-IV.)

Indexek (összesített csoportpontok)	Átlag CP (N=14)	Átlag NCP (N=14)	Átlag CP (N=14)	Átlag NCP (N=14)
Verbális megértés Index	97	100	9.70	9.52
Perceptuális következtetés Index	78	91	11.37	12.37
Munkamemória Index	92	90	15.48	11.39
Feldolgozási sebesség Index	77	93	11.37	11.31
Teljes teszt IQ	83	92	11.38	7.01

4. táblázat. Indexeredmények (WISC-IV), CP/NCP bontásban

## A hipotézisek megválaszolása, következtetések

1. A Woodcock-Johnson Kognitív Képességek Tesztje Intellektuális Képességek Teljes Skálájának sztenderdpont-eredményei (IQ ekvivalens érték) és a WISC-IV Teljes teszt IQ-ja között szignifikáns összefüggést tapasztaltunk:  $r=0.764$  ( $p<0.01$ ). A két eljárás jó konvergens validitású, így az adataink összehasonlítása megalapozott.

2. A mozgáskorlátozott tanulók átlagértékekhez viszonyított intelligenciaszint-eltérése a teljes minta átlagában megmutatkozik. A két teszttel mért IQ-értékek (WJ NK Kogn.: 85 és WISC-IV: 87) mintegy egy standard deviációnyi eltérést mutatnak a 100-as középértékhez viszonyítottan. Elmondható tehát, hogy a normál eloszláshoz képest az eredmények balra tolódtak. A teljes minta IQ átlaga ép-, de alacsony átlagos mentális működési övezetbe esik.

Ez az eredmény a szakirodalmi adatoknak megfelel (JÁSZBERÉNYI 1993; NAGYNÉ RÉZ 2001).

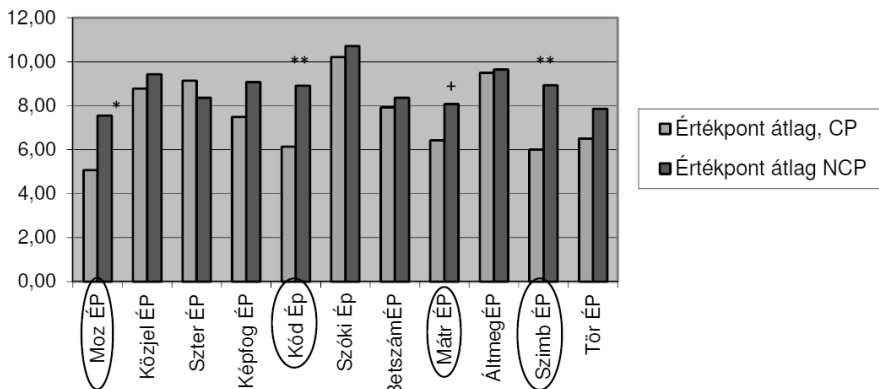
Az eredmények még az egy szórásnyi határon helyezkednek el, de ez az eltérés mindenképp indokolja a tanulási folyamatok támogatásának szükségességét, az iskolai életben tapasztalható esetleges nehézségek hátterében feltehetően a mozgásos akadályozottságból adódó hátrányok mellett a gondolkodás megváltozott minőségének jellegzetességei is állnak.

3. A klaszter/index átlagokat 2 mintás t-próbával hasonlítottuk össze. A WISC-IV indexei mentén 3 szignifikáns különbséget találtunk a Perceptuális következtetés Index (PKI), a Feldolgozási Sebesség Index (FSI), és a Teljes teszt IQ (TTIQ) értékeknél a CP/nem CP csoport között. Ezt az 5. táblázatban jelöltük: \*:  $p<0.05$ , \*\*:  $p<0.01$ .

Klaszterek (WJ NK Kogn), indexek(WISC-IV)	NCP N=14		IQ/ SZP Átlag	Szórás
	CP N=14			
Verbális Képességek klaszter (WJNK Kogn.)	NCP	88	88	19.58
	CP	88	88	12.44
Gondolkodási Képességek klaszter (WJNK Kogn.)	NCP	89	89	11.10
	CP	84	84	13.10
Kognitív Hatékonyság klaszter (WJNK Kogn.)	NCP	87	87	12.08
	CP	84	84	19.46
<b>Intellektuális Képességek Teljes Skálája (WJNK Kogn.)</b>	NCP	87	87	10.73
	CP	83	83	14.29
Verbális megértés Index (WISC-IV)	NCP	100	100	9.52
	CP	97	97	9.70
Perceptuális következtetés Index (WISC-IV)	<b>NCP</b>	<b>91**</b>	<b>91**</b>	<b>12.73</b>
	<b>CP</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>11.37</b>
Munkamemória Index (WISC-IV)	NCP	90	90	11.93
	CP	92	92	15.48
Feldolgozási sebesség Index (WISC-IV)	<b>NCP</b>	<b>93**</b>	<b>93**</b>	<b>11.31</b>
	<b>CP</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>11.37</b>
<b>Teljes teszt IQ (WISC-IV)</b>	<b>NCP</b>	<b>92*</b>	<b>92*</b>	<b>7.01</b>
	<b>CP</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>11.38</b>

5.táblázat. Klaszter és indexátlagok CP/NCP, (WJ NK Kogn. – WISC-IV)

Az átlagok összevetésekor látható, hogy a klaszter és szubteszteredményekben a nem CP-s csoport néhány pontos fölénye minden esetben megmutatkozik (kivéve a WISC-IV munkamemória-index átlagát), de szignifikánsnak csak a Perceptuális következtetés Index (Pkl), a Feldolgozási Sebesség Index (FsI), és a Teljes teszt IQ (TtlQ) közötti különbségek nevezhetők a CP nem CP bontásban. A Feldolgozási sebesség index gyengébb eredményei a cerebrálpáretikus csoportnál feltehetően az általánosan rosszabb manipulációból, lassabb pszichomotoros tempóból adódnak.



Az ábrán a különbségeket jelöltük: \* : $p < 0.05$ , \*\*: $p < 0.01$ , +: tendencia,  $p < 0.1$ .

3. ábra: Szubteszt-értékpont átlagok WISC-IV, CP/NCP

A Perceptuális következtetés Index szubtesztjeinek a CP-s csoportban tapasztalható elmaradása egybecseng a korábbi Wechsler-tesztekkel mért eredményekkel, mely a jelentős performációs alulteljesítést e csoportnál leírja (NAGYNÉ RÉZ 2001). A CP-sek alacsonyabb IQ-jának hátterét az organicitás-faktorként leírt performációs próbákban mutatózó deficit is magyarázza.

A WISC-IV szubtesztjei esetében az értékpontok átlagát vetettük össze. A CP-s és nem CP-s csoport átlaga között szignifikáns különbség adódott a *Mozaiik* próbában, a *Kódolás és Szimbólumkeresés* próbában, valamint tendencia mutatkozik a *Mátrix következtetés* próbában. (3. ábra)

4. Hipotézisünket a verbális próbák viszonyítottan jobb eredményeire vonatkozóan arra alapoztuk, hogy a mozgáskorlátozottság motoros komponense mint befolyásoló tényező a verbális próbákban iktatódik ki leginkább.

Ez a hipotézis egészében nem igazolódtott. A két teszt eredményei közül a WISC-IV-nél tapasztalható statisztikailag értelmezhető verbális fölény.

	Verb. Kép.	Gond. Kép.	Kogn. Hat.	Intell. Kép. Teljes skála	Verb. mem. Index	Perc. Köv. Index	Munka- memóris Index	Feldolg. Seb. Index	Teljes Teszt IQ
Teljes mozg. korl. Minta N=28	88	87	86	85	98	84	91	85	87
CP N=14	88	84	84	83	97	78	92	77	83
NCP N=14	87	88	87	87	100	91	90	93	92

6.táblázat. A verbális klaszter/index-eredmények összevetése a saját teszten belüli klaszter / indexeredményekkel, teljes minta, CP/NCP, (WJ NK Kogn. – WISC-IV)

A Verbális próbák eredményeinek jobb színvonalára a CP-s és nem CP-s eseteknél is találunk leírásokat a szakirodalomban (LEYENDECKER 1992; NAGYNÉ RÉZ 2001, LINDQUIST 2005).

Ezen mutatók saját képességprofilhoz viszonyítottan legjobb eredményeit a CP-s csoportnál kaptuk. (Verbális képesség: 88, Gondolkodási képesség:84 Kognitív hatékonyság: 84, Intellektuális képességek teljes skála: 83 SZP). A Woodcock–Johnson Kognitív Képességek Tesztje Verbális Képességek klaszter átlaga CP/NCP esetén egyaránt 88 pont. A nem CP-s csoportnál a klaszter-eredmények között jelentős különbség nincs (Átlagok: Verbális képesség: 87, Gondolkodási képesség: 88, Kognitív hatékonyság: 87, Intellektuális képességek teljes skála: 87 SZP).

A WISC-IV Verbális megértés Indexben kapott mutatók mindkét csoportnál a legmagasabb átlagúak. (átlagok: CP-seknél Verbális megértés Index: 97, Perceptuális következtetés Index: 78, Munkamemória Index: 92, Feldolgozási Sebesség Index: 77, Teljes teszt IQ: 83; átlagok: nem CP-seknél Verbális megértés Index: 100, Perceptuális

következtetés Index: 91, Munkamemória Index: 90, Feldolgozási Sebesség Index: 93, Teljes teszt IQ: 92.)

Látható a két teszt verbális próbájában a több pontos eltérés, a WISC-IV verbális feladataiban mindkét csoport jobban szerepelt.

Emiatt megvizsgáltuk a WJ NK Kogn. és WISC-IV Verbális mutatói közötti korrelációt. A két teszt közötti korreláció közepesen erős ( $r=0.53$   $p<0.05$ ).

A WISC-IV közel 10 ponttal magasabb átlageredményei a két teszt eltérő szerkezetéből adódhatnak. Míg a WJNK Kogn. verbális próbáiban csak többnyire egy szavas, jó válaszokat várunk el, a Verbális analógiák tesztben pedig erőteljesen előtérbe kerül a logikai gondolkodás, addig a WISC-IV verbális próbái inkább az általános ismeretek, mindennapos élethelyzetek ismeretköreiből előhívott válaszokat várják el. Itt sokkal inkább a tapasztalatok rendszerezése és előhívása a cél, mint a logikai gondolkodás verbális megnyilvánulása. A különbséget okozhatja még, hogy a pontozási kritérium a WJNK Kogn. Esetében egy igen / nem választás mentén dől el, míg a WISC-IV válaszonként 0–2 nyerspontos intervallumában azok a gyermekek is szerezhettek pontot, akik nem tudtak tökéletes válaszokat adni.

5. A manipulációhoz, és motoros tempóhoz is kötött feladatcsoportok korrelációanalízisének eredménye bizonyította a Feldolgozási sebesség Index és a Kognitív hatékonyság Klaszter étékeinek szignifikáns összefüggését. ( $r=0.551$ ,  $p < 0.01$ ). A korreláció közepesen erős. A hipotézis beigazolódott, de a korreláció közepes és erős határán lévő értéke indokolja, hogy az index és klaszter szubtesztjeinek tartalmát összevessük.

Míg a WISC-IV Feldolgozási sebesség indexe viszonylag egyszerű, automatizálható időnyomós papír-ceruza feladatokat tartalmaz, addig a WJ NK Kogn.-ban e klaszterben munkamemória szubtesztet (*Számok fordított sorrendben*) találunk a feldolgozási sebességet mérő szubteszt mellett, így a tanulás, információfelvétel szempontjából hangsúlyos munkamemória-feladat eredménye egybeolvad a motoros kivitelezéstől is függő szubteszt-eredménnyel, ami jelenlegi mintánkban a klaszter-eredményt feltehetően befolyásolta. Érdekes, hogy a két tesztben megjelenő teljesen azonos feladat (számismétlés fordított sorrendben) a WISC-IV-ben a Munkamemória-indexhez tartozik, míg külön indexben vannak a feladattípusban a WJ NK Kogn. Vizuális párosítás Tesztjéhez nagyon hasonló időnyomós papír-ceruza szubteszt. Így míg a WJ NK Kogn. a Kognitív Hatékonyság klaszter eredményeiben egy komplexen összefüggő működési mechanizmust egészében jellemez, addig a WISC-IV a Munkamemória-index és Feldolgozási-sebesség index elkülönítésével analitikusabb elemzésre ad lehetőséget.

6. A WJ NK Kogn Kognitív Hatékonyság Klaszter-eredmények és a WISC-IV Feldolgozási sebesség Index-mutatók 100-as átlagtól való eltérése az egy mintás t-próba eredménye alapján a mozgáskorlátozott mintán mindkét esetben szignifikáns,  $p<0.05$ . Mindkét érték a 100-as átlagtól mintegy 1 standard deviációnyit statisztikailag eltér.

	Átlag	N=28 Szórás
N=28 Kognitív Hatékonyság Klaszter (WJ NK Kogn).	86	12.59
Feldolgozási sebesség Index (WISC-IV)	85	13.86

7. táblázat. Kognitív Hatékonyság és Feldolgozási sebesség Index eredmények, teljes minta (WJ NK Kogn. – WISC-IV)

A WJ NK Kogn. a kognitív hatékonyságot az automatizált, nagyon egyszerű kognitív feladatok végrehajtásának gyorsaságával, hatékonyságával jellemzi (RUEF et al. 2003). A WISC-IV a feldolgozási sebesség definiálásakor a munkamemória, feldolgozási sebesség és gondolkodás dinamikus kölcsönhatására mutat rá olyan vonatkozásban, hogy a gyorsabb információfeldolgozás csökkentheti a munkamemória terhelését, és így serkenetheti a gondolkodást (WECHSLER 2007b). A Kognitív Hatékonyság Klaszter és Feldolgozási sebesség Index eredményében véleményünk szerint jelentősen tükröződik a lassú motoros tempóból adódó hátrány. A definíciók értelmezése kapcsán felmerül a motoros meglassúbbodottság (mint fizikai jellemző) gondolkodásra gyakorolt hatása.

## Összegzés

A két hazai standarddal rendelkező intelligenciateszt kipróbálása mozgáskorlátozott tanulókkal is kivitelezhető volt. Eredményeink a szakirodalmi adatoknak az intelligencia-mutatók eredményében megfelelnek: az átlagok alacsonyabbak, a profil szintén balra tolódott.

A szórt képességprofil megmutatkozik, de eredményeink az új tesztstruktúráknak köszönhetően differenciáltabbak. A Perceptuális következtetés indexátlagok mindkét mozgáskorlátozottsági csoportnál igen gyengék.

A WISC-IV Feldolgozási sebesség- és Munkamemória-index eredményei, valamint a WJ NK Kogn. Kognitív hatékonyság eredménye tovább árnyalják a CP/NCP különbségeket, és a motoros akadályozottságból adódó hátrány jobban elkülöníthetővé vált. A Wechsler-típusú teszteknel korábban jelzett VQ/PQ organicitást jelző különbség ma is megtalálható mint VmI/ PkI differencia a WISC-IV-ben. Az organicitást azonban ezen kívül a többi indexösszetevő segítségével még pontosabban lehet megragadni.

A CP/NCP csoport összehasonlítása során látható, hogy a mozgáskorlátozottsággal összefüggő, hasonló funkcionális állapot a vizsgálati szituációkban a korai agykárosodott tanulók rosszabb eredményeit hozta olyan összetett helyzetekben, ahol logikai, figyelemkoncentrációs terhelés mellett finommotoros koordinációra, manipulációra is szükség van. Ilyen esetekben a meglassúbbodott pszichomotoros tempó egyértelmű tünetként jelenik meg.

## Gyógypedagógiai pszichológiai módszertani vonatkozások

Tapasztalatunk szerint mindkét teszt végrehajtható súlyos mozgásállapotú, de beszédre, manipulációra, vagy azt helyettesítő funkcióra minimálisan képes mozgáskorlátozott tanulókkal is.

Ezekben az esetekben viszont a tesztfelvétel ideje többszörösére nőhet, egy-egy teszt nem vehető fel egy ülésben, mely körülmények a jelenlegi hazai diagnosztikai gyakorlat keretei között komoly nehézséget okoznak. Ezeknek a szempontoknak a figyelembevétele azonban mindenképpen szükséges és biztosítandó.

A WJ NK Kogn. A Wechsler-típusú tesztekhez képest kevesebb motoros funkcióhoz kötött feladatot tartalmaz, míg a WISC-IV helyettesítő próbáival lehetőség van a manipulációs nehézségek kompenzálására.

Finommotoros érintettségnél igen indokolt lenne a tesztek egyes munkalapjainak kinagyítása, rögzítése, valamint ceruza helyett filctoll használatának megengedése, és bármilyen egyértelmű jelölés elfogadása a munkalapokon/válaszfüzetekben.

Súlyos dysarthria/anarthria esetén előnyös lenne a verbális próbáknál írásbeli, illetve alternatív kommunikációs módszerek kipróbálása, a motoros és kommunikációs adaptáció megtervezése, kipróbálása a súlyos mozgásállapotú, beszédképtelen mozgáskorlátozott gyermekek tanulók vizsgálata érdekében.

## Kitekintés

Mindkét teszt verbális válaszaiban találtunk olyan, a mozgásos tapasztalatszerzés hiányára irányuló típusválaszokat, melyek projektív tendenciáknak tekinthetők, a válaszok további gyűjtése, elemzése kutatásunknak új irányt adott.

A NAGYNÉ RÉZ (2001) által közölt eredmények és a WISC-IV-gyel kapott eredmények szubtesztenkénti összehasonlítása során főként verbális területen találtunk olyan feltűnő eltéréseket, melyek a két vizsgálat eredményeinek részletes minőségi elemzését, további összehasonlítását indokolják.

A továbbiakban célunk a vizsgálati elemszám kiterjesztése, a vizsgálati minta köreret szerinti finomabb differenciálása.

Szomatopedagógiai és gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai szempontból egyaránt fontosnak tartjuk a Mozgásjavító Általános Iskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézet és Diákotthonnal való további szoros együttműködést, a vizsgálatok folytatását, információcserét az intézményben folyó kompetencia-alapú oktatás viszonylatában is.

Átfogóbb célunk a Wechsler-tesztcsalád teljes életívet felölelő battériáival (WISC-IV, WAIS-IV, WPPSI-IV) az életkori határok bővítésével folytatni vizsgálatainkat.

## Irodalom

- BASS L.–KŐ N.–KUNCZ E.–LÁNYINÉ ENGELMAYER Á.–MÉSZÁROS A.–MLINKÓ R.–NAGYNÉ RÉZ I.–RÓZSA S. (2008): *Tapasztalatok a WISC-IV Gyermeke-intelligenciateszt magyarországi standardizálásáról*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság, Budapest. (Közlés alatt.)
- CARROLL J.B. (1993): *Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies*. Cambridge University Press, New York.
- CSÁVÁS D.-NÉ (1975): Adalékok a korai csecsemőkorai agyi károsodott gyermekek intelligenciafejlődésének problematikájához. In: *Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola VIII. Évkönyve*, Budapest. 559–577.
- FRÖHLICH A. (1977): Gondolatok az észlelés és a mozgásképesség összefüggéseiről testi fogyatékosoknál. In: TORDA Á. (1991) (szerk.): *Szemelvények a tanulási zavarok köréből*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- GLAUB T.–SZUNYOGH T. (1987) Intelligencia-vizsgálatok lassú progressziójú izomdystrophiákban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 4, 283–290.
- GLÁZ Á.–SIMON GY.–HORVÁTH M. (1992): Mozgássérült 0–18 éves gyermekek számítógépes követéses vizsgálata Győr-Sopron megyében, összevetve az országos felméréssel. *Rehabilitáció*, 2, 17–21.
- VON GONTARD, A.–ZERRES, K.–BACKES, M.–LAUFERSWEILER-PLOSS, C.–WENDLAND, C.–MELCHERS, P.–LEHMKUHL, G.–RUDNIK-SCHÖNEBORN, S. (2002): Intelligence and cognitive function in children and adolescents with spinal muscular atrophy. *Neuromuscular Disorders*. 2002/12, 2, 130–136.
- ILLYÉS GYULÁNÉ (1968, 1971, 1978, 1987) (szerk.): *Gyógypedagógiai pszichológia*. Akadémiai Kiadó, Budapest.



- IPPOLITOVA, M.V. (1988): A cerebral paresises gyermekek pszichikai fejlődésének sajátosságai és oktatásuk a Szovjetunióban. *Gyógypedagógia*, 32, 97–108.
- JÁSZBERÉNYI M. (1993): Operált hydrocephalusos gyermekek pszichológiai vizsgálatai. *Pediáter* 1,2, 45–53.
- KORNMANN, R.–MEISTER, H.–SCHLEE, J. (1994) (Hrsg.): *Förderungsdiagnostik*. Schindele, Heidelberg.
- KUNCZ E.–MÉSZÁROS A.–MLINKÓ R.–NAGYNÉ RÉZ I. (2008): A szakértői vizsgálati munka protokollja. In: MÉSTERHÁZI Zs. (főszerk.): *Kézikönyv a szakértői bizottságok működéséhez*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság, Budapest.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (2008): A Wechsler tesztsaládhhoz tartozó mérőeszközök hazai bevezetésének és alkalmazásának előzményei. In: NAGYNÉ ET AL.: *A WISC-IV gyermek intelligenciateszt magyar kézikönyve. Hazai tapasztalatok, vizsgálati eredmények és normák*. 7–8. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest.
- LINDQUIST, B.–CARLSSON, G.–PERSSON, E.K.–UVEBRANT, P. (2005): Learning disabilities in population based group of children with hydrocephalus. *Acta Paediatrica* 2005, 94,7. 873–883.
- LEYENDECKER, C. (1982): *Lernverhalten behinderter Kinder-eine vergleichende experimentelle Untersuchung zum Lernverhalten bei Kinder mit zerebralen Bewegungsstörungen* (2. Aufl.). Schindele, Heidelberg.
- LEYENDECKER, C. (1999): Körperbehinderte Menschen. In: FENGLER, J.–JANSEN, G. (Hrsg.): *Heilpädagogische Psychologie* (3. Aufl.). Kohlhammer, Stuttgart. 153–189.
- NAGYNÉ RÉZ I. (1987): *A cerebralpareticus gyermekek intelligenciavizsgálatának lehetőségei – A színes progreszív mátrix alkalmazása mozgássérült gyermekek vizsgálatában*. ELTE Bölcsészdoktori disszertáció, Budapest.
- NAGYNÉ RÉZ I. (2001): A MAWGYI-R teszt standardizálása utáni tapasztalatok mozgáskorlátozott gyermekekkel végzett vizsgálatok tükrében. *Gyógypedagógiai Szemle, Különszám* 48–56.
- NAGYNÉ RÉZ I.–LÁNYINÉ ENGELMAYER Á.–KUNCZ E.–MÉSZÁROS A.–MLINKÓ R.–BASS, L.–RÓZSA S.–KŐ N. (2008): A WISC-IV gyermek intelligenciateszt magyar kézikönyve. Hazai tapasztalatok, vizsgálati eredmények és normák. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest.
- PIRILA S.–VAN DER MEERE J.–KORHOREN, P.–RUUSU NIEMI, P.–KYNTAJA, M.–NIEMINEN, P., KORPELA, R. (2004): A retrospective neurocognitive study in children with spastic diplegia. *Developmental Neuropsychology*, 26,3. 679–690.
- RÓZSA S.–KŐ N. (2008): *A Wechsler intelligenciateszttel szerzett nemzetközi eredmények áttekintése*. In: NAGYNÉ RÉZ I.–LÁNYINÉ ENGELMAYER Á.–KUNCZ E.–MÉSZÁROS A.–MLINKÓ R.–BASS, L.–RÓZSA S.–KŐ N. (szerk.): *A WISC-IV gyermek intelligenciateszt magyar kézikönyve*. Hazai tapasztalatok, vizsgálati eredmények és normák 9-16. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft, Budapest
- RUEF, M.–FURMAN, A.–MUÑOZ-SANDOVAL, A. (2003) (szerk.): *Woodcock-Johnson nemzetközi kiadás. Vizsgálatvezetői kézikönyv magyar kiadás*. The Woodcock Muñoz Foundation, Nashville.
- SARKADY K.–ZSOLDOS M. (1988): Mozgáskorlátozott (cerebral paretikus) kisiskolások olvasás-írás készségének differenciál-diagnosztikus megközelítése. *Gyógypedagógiai Szemle*, 16, 169–175.
- WECHSLER, D. (2007a): *WISC-IV – Technikai és értelmező kézikönyv*. (Magyar adaptáció: NAGYNÉ RÉZ I.–LÁNYINÉ ENGELMAYER Á.–KUNCZ E.–MÉSZÁROS A. –MLINKÓ R.) OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest.
- WECHSLER, D. (2007b): *WISC-IV – Tesztfelvételi és pontozási kézikönyv*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest

# Az értelmi fogyatékoság prevalenciája 40 és 60 év közötti korcsoportban Magyarországon

DR. ILLYÉS SÁNDOR emlékére

ILLYÉS SÁNDOR †, RADVÁNYI KATALIN<sup>1</sup>, CSORBA JÁNOS<sup>2</sup>  
radvanyi@barczi.elte.hu; csorba.janos@barczi.elte.hu

---

## Absztrakt

A szerzők előbb külföldi epidemiológiai felmérések alapján bemutatják, hogyan képezhetők elméleti és tapasztalati prevalenciamutatók, illetve hogyan becsülhető meg az értelmileg akadályozott népesség tényleges aránya és nagysága az összlakosságon belül. Ezután a módszert Czeizel és munkatársai hazai fogyatékos iskoláskorúaknál történt felmérésén, valamint egy megyei felmérés példáján exemplifikálják. Saját vizsgálatukban országosan 20, értelmi fogyatékosokat gondozó intézményben végeztek részletes felmérést azzal a céllal, hogy a 40–60 éves életkori korosztályban meghatározzák a értelmi fogyatékoság életkori és nemi eloszlását. Megállapítják, hogy az intézetben gondozott értelmi fogyatékos személyek száma a teljes létszámban és nemi bontásban is felülreprezentált a 20–60 éves életkori sávban az összlakosságban mutatott gyakoriságokhoz képest, míg a szélső életkorokban (20 év alatt és 60 év felett) az arány fordított (alulreprezentáció). Az intézményekben az összlakossági arányokhoz képest több a férfi gondozott. Az intézetekben végzett felmérés alapján, továbbá az extrapolált országos gondozotti létszámok alapján a 40–60 éves értelmi fogyatékosok magyarországi népességre kivetített prevalenciáját 0.13%-nak találták. A szerzők utalnak egy Tolna megyei vizsgálat tapasztalataira is.

A szerzők a vázolt eltérések háttérókait igyekeznek tisztázni de tudatában vannak a becslési módszer korlátainak is, amennyiben a) a nagy megyei eltérések miatt csak korlátozottan érdemes megyei prevalenciát vizsgálni, illetve a kapott eredmények nem általánosíthatók országos szintre; b) nehéz megbecsülni az idősek otthonában és elmeszociális otthonokban gondozott-kezelt, mentálisan fogyatékkal élők számát; továbbá c) csak korlátozottak az információink a munkaképes szubnormális vagy enyhe értelmi fogyatékos populáció arányára, akik az ellátórendszerek látóterén kívül esnek.

**Kulcsszavak:** epidemiológia, értelmi fogyatékoság

---

*Előszó a közleményhez:* A közlemény alapját dr. Illyés Sándor és dr. Radványi Katalin 20, értelmi fogyatékosokat gondozó intézményt átfogó országos felmérése alkotta (1994), melyről Illyés Sándor hagyatékában ezt a kéziratot találtuk. A kézirat közzétételével először is a tíz éve elhunyt Illyés Sándor, a kiváló gyógypedagógus és a gyógypedagógiai pszichológia neves művelője előtt akartunk tisztelni. A szöveg, amely tudomásunk szerint közzétételre még nem került, részben töredékes formában maradt ránk, több ábra, továbbá az alapul szolgáló statisztikai feldolgozás egy része elveszett, ezért a szöveget messzemenően rekonstruálni, részben újra kellett írni. Ugyanakkor éppen

---

1 ELTE BGGYK Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszéki Csoport  
2 ELTE BGGYK Gyógypedagógiai Kórtani Tanszék

a kézirat gondozása kapcsán derült ki Illyés Sándor innovatív, kreatív gondolkodása. A munka jó példa a statisztikai gondolkodás építő alkalmazására a fogyatékoságtudomány területén, jelen esetben az értelmi fogyatékos népesség számának újszerű becslésére Magyarországon. Jóllehet az alapul szolgáló kézirat és felmérés adatai 15 évesek, a módszert ilyen sok év távlatából is alkalmasnak találtuk bemutatásra.

## **Bevezetés**

A XX. század első évtizedétől napjainkig különböző életkori csoportok kerültek az értelmi fogyatékos személyek felé irányuló figyelem középpontjába. A második világháborúig az enyhe értelmi fogyatékos gyermekek iskoláinak megszervezése és széleskörű elterjesztése az iskoláskorra irányította a szakemberek, a szülők és a társadalom figyelmét. A második világháború után megkezdődött a közép súlyos értelmi fogyatékos gyermekek iskoláinak kialakítása és a hagyományos iskolai oktatás kereteinek fellazítása. A 70-es, 80-as évektől kezdve a felnőtt értelmi fogyatékos személyek társadalmi helyzetének és életminőségének kérdései kerültek előtérbe, míg végül a 80-as, 90-es évek fordulóján és napjainkban az idős és öreg értelmi fogyatékos személyek életének, élethelyzetének és életminőségének mindezidáig elhanyagolt kérdései kerülnek a szakmai és társadalmi figyelem előterébe. Ezen utolsó fejlődési fázis jellemzőjeként széles körben kezd kibontakozni a felnőtt értelmi fogyatékos személyekkel kapcsolatos kérdések sokoldalú vizsgálata. A külföldi szakfolyóiratokban egyre több vizsgálati eredmény lát napvilágot, az értelmi fogyatékos tudományos kutatásával foglalkozó nemzetközi szervezetben (I.A.S.S.M.D.) külön munkabizottság foglalkozik az időskorúak kérdéseivel és német nyelvterületen 1990-ben megalakult a „Gesellschaft zur Förderung der Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung” (Értelmi fogyatékos felnőttek képzését támogató társaság), melynek munkájába a hazai szakemberek is bekapcsolódtak (GEIßLER 1982; HATOS 1991, 1993; FURRER 1990; IRÁNYELVEK 1993).

A középkorú és időskorú értelmi fogyatékos személyekkel foglalkozó kutatások egyik fontos ága az, amelyik ennek az életkori csoportnak az össznépeességben való előfordulását igyekszik meghatározni. Demográfiai, egészségügyi, társadalomstatistikai és sok más szempontból is fontos kérdéskör ez, amelyre vonatkozóan ma még nemzetközi viszonylatban is csak néhány egyedi vizsgálat eredményével rendelkezünk.

## **A külföldi prevalencia vizsgálatok eredményei**

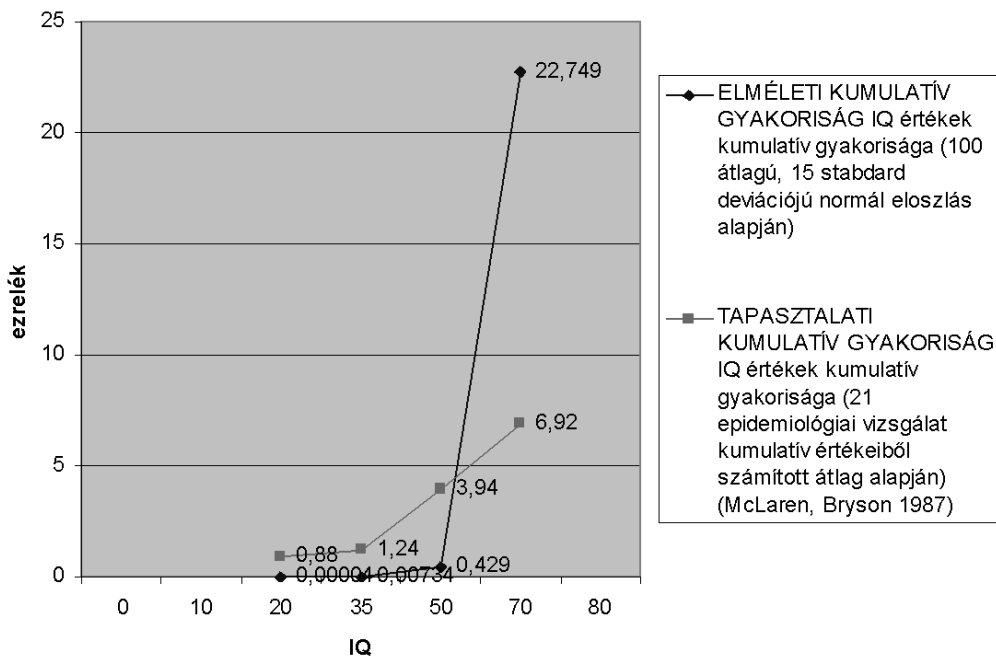
A külföldi prevalencia vizsgálatokról mind ez ideig a legátfogóbb összefoglalást McLAREN ÉS BRYSON készítette 1987-ben. Az összefoglalás 21 összefoglaló epidemiológiai vizsgálat eredményéről számol be, amelyek közül a legkisebb vizsgálat három és fél ezer személyre, a legnagyobb vizsgálat mintegy 8 millió személyre terjedt ki. Az adatgyűjtés nyolc ország területén különböző életkori kohorszokban zajlott. A két szerző a prevalencia adatokat az értelmi fogyatékos súlyossági foka, az életkor és a nem szerint összesítette.

A súlyossági fok szerinti feldolgozás a BNO-10 elnevezéseit és IQ övezeteit vette figyelembe (MOGYORÓSY 1994). A 21 felmérés különböző súlyossági fokú értelmi

fogyatékos csoportokra irányult. Volt olyan vizsgálat, amely csak egy súlyossági fokozat prevalenciáját határozta meg, volt olyan, amelyik kettőt vagy háromét, és volt olyan is amely mind a négy súlyossági fokozatra kiterjedt. McLAREN ÉS BRYSON (1987) összefoglaló táblázatából kiindulva ezért először mind a 21 vizsgálatnál a táblázatban szereplő adatokat kumulatív gyakorisággá kellett átalakítanunk és az így kapott (kumulatív/gyakorisági) értékekből tudunk súlyossági fokokonként külön-külön átlagokat számolni. A kapott gyakorisági átlagértékeket az 1. ábra tünteti fel. Mivel ezek az értékek felmérésből származnak, ezeket tapasztalati gyakoriságnak felelnek meg.

Az intelligencia kvóciensek gyakorisági megoszlása – az intelligenciatesztek kidolgozási elveiből kifolyólag – normál eloszlás. Az intelligencia tesztek átlaga 100 és standard deviációja általában 15. E két érték felhasználásával a normál eloszlás függvénye segítségével meghatároztuk a négy súlyossági fokozatnak megfelelő kumulatív gyakoriságot. Mivel ezek a gyakorisági értékek számítási eljárás eredményei, ezeket az értékeket elméleti vagy várható gyakorisági értékeknek neveztük.

Az 1. ábrán bemutatott elméleti és tapasztalati kumulatív gyakoriságok között jellegzetes eltérés figyelhető meg; a 70-es IQ értéknél az elméleti várható kumulatív gyakoriság nagyobb, mint a tapasztalati gyakoriság. Az 50-es IQ értéknél viszont fordított a helyzet és a tapasztalati gyakoriság igen nagymértékben meghaladja az elméleti gyakoriságot. Ennek a jellegzetes eltérésnek az okát a 70-es IQ értéknél McLaren és Bryson más szerzők nyomában abban látják, hogy az intelligenciatesztek idővel előregednek, a népesség intelligencia teljesítményei a korábbi normákhoz képest javulnak, az össznépszerűség intelligencia átlaga 100 fölé kerül és ezért a népesség kisebb hányada marad meg 70 alatti IQ övezetben, mint ahogy az az intelligencia eloszlás alapján várható lenne. Ugyanígy magyarázza saját eredményeit Sonander is, aki 416 6–12 éves gyermeknél a 70-ig terjedő IQ övezetben a várt elméleti értéknél szintén alacsonyabb 1.3%-os prevalencia értéket talált (SONANDER 1988).



1. ábra

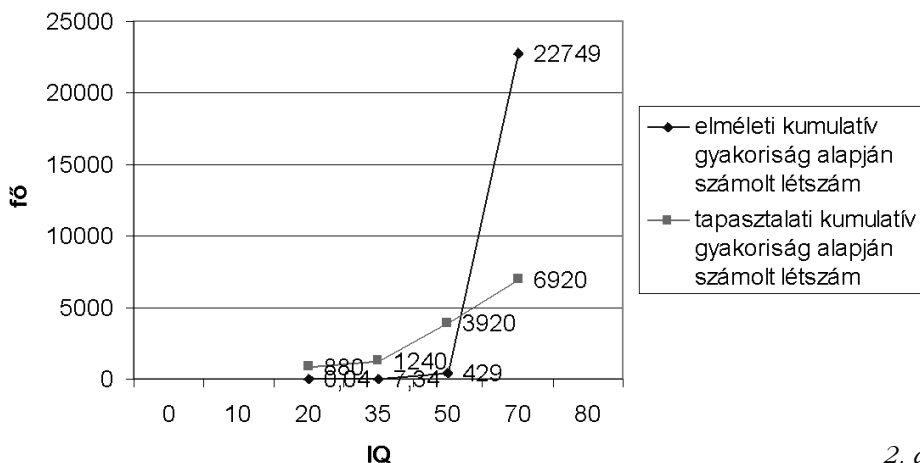
Az 1. ábrán az 50 alatti IQ övezetben a tapasztalati gyakoriság fölénye az elméleti gyakorisággal szemben származhat mérési hibából, de származhat abból is, hogy nő a súlyosabban sérültek életben tartási esélye és ezért ezekben az igen alacsony IQ övezetekben az össznépességen belül még mindig jelentéktelenül alacsonyan maradván, de az elméletileg számított becslő értékekhez viszonyítva jelentékeven megnő a súlyos értelmi fogyatékosok aránya (CZEIZEL ÉS MTSAI 1978). Ezt látszik igazolni Elwood és Darragh vizsgálata is, amelyben 4071 fős észak-ír népességben, az 50-es IQ érték alatti övezetben az értelmi fogyatékos személyek 3,67 ezrelékes gyakoriságát mutatták ki (ELWOOD–DARRAGH 1981). Más vizsgálatok alapján viszont a jövőben a súlyos értelmi fogyatékosok létszámának csökkenésével lehet számolni. Egy 11 országra kiterjedő átfogó felmérésben ugyanis azt találták, hogy a Down-szindróma<sup>3</sup> prenatalis diagnózisa a 35 év alatti anyáknál egyes felméréseknél 27%-os, a 35 év feletti anyáknál viszont már 48%-os indukált abortuszhoz vezetett (DREW ÉS MTSAI 1988).

Az 1. ábrán feltüntetett prevalencia értékek alapján az összlakosságon belül 1 millió lakosra vonatkoztatva meghatározhatjuk az értelmi fogyatékos személyek várható számát a négy súlyossági övezetben. Ezeket a prevalencia értékeket a 2. ábra mutatja be.

Az eddigi gondolatmenetet továbbfolytatva a kapott elméleti és tapasztalati gyakoriságok alapján a négy súlyossági övezetben a magyarországi 1994. évi összlakosságban is meghatározhatjuk az értelmi fogyatékos személyek létszámát (lásd a 2. ábrát).

McLaren és Bryson összefoglalója nemcsak súlyossági fokokként közli a 21 vizsgálat gyakorisági adatait, hanem életkoronként is. Az életkori övezetek gyakorisága nem kumulatív gyakoriság – bár természetesen az életkor előrehaladásával kumulatív gyakoriság is számítható lenne – ezért a továbbszámításhoz a közölt értékeket előzőleg nem kellett kumulatív gyakoriságokká átalakítanunk. A 21 vizsgálatban életkoronként kapott gyakorisági értékeket életkoronként kiátlagolva a 3. ábrát nyertük.

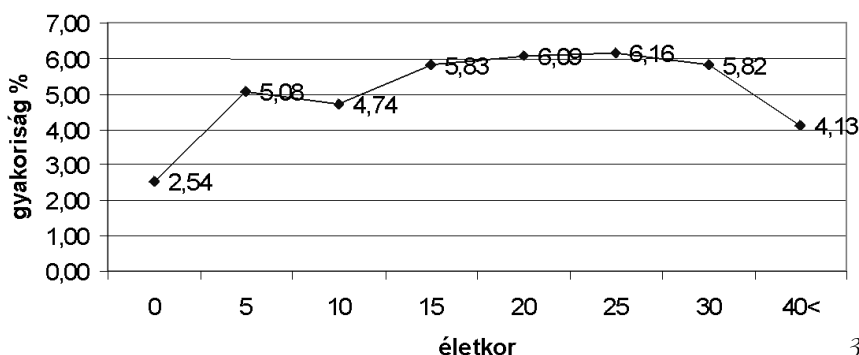
## Egymillió lakosra számított kumulatív létszám



2. ábra

3 A Down-szindróma nem jár együtt minden esetben súlyos értelmi fogyatékossgal.

### Az értelmi fogyatékos személyek gyakorisága életkoronként



3. ábra

A grafikon jól mutatja azt a korábbról már ismert összefüggést, hogy az értelmi fogyatékos személyek gyakorisága legmagasabb 10 és 25 között. Az ez előtti, illetve az ez utáni életkorokban a prevalencia alacsonyabb. Például Halladin 2283 fős, felnőtt és időskorú (18–65 éves) svéd mintában az értelmi fogyatékos személyek meglepően alacsony 0,4%-os prevalenciáját mutatta ki (HALLADIN 1984).

McLaren és Bryson táblázata összefoglalta a 21 felmérés nemek szerinti prevalencia értékeit is, melyekből szintén átlagokat számoltunk. A férfiak 5,27 ezrelékes prevalenciája nagyobb, mint a nők 3,22 ezrelékes prevalenciája, ami Czeizel és munkatársai szerint feltűnően a férfiak agyának nagyobb fokú sérülékenységét jelzi (CZEIZEL ÉS MTSAI 1978).

Az Egyesült Államokban elvégzett más prevalencia vizsgálatok az össznépelességen belül az értelmi fogyatékosok prevalenciáját általában 3% körüli értékben határozzák meg, bár ennél alacsonyabb, 1%-os értéket is találtak (DREW ID.M.).

GROSSMAN (1983 in: DREW ID.M.) szerint a népelességen belül az enyhe értelmi fogyatékosok aránya 2,5%. A közepes szintű értelmi fogyatékosok a teljes népelesség kb. 0,3%-át teszi ki, míg a súlyos és igen súlyos szintű értelmi fogyatékosok együtt megközelítőleg 0,1%-ot alkotnak. A 70-es IQ érték alatt az értelmi fogyatékos személyek 86%-a enyhe szintű értelmi fogyatékos, 10%-a közepsúlyos fokban értelmi fogyatékos, és a súlyos, illetve igen súlyos értelmi fogyatékosok aránya 3–4%.

Ezek az adatok is igazolják, hogy az értelmi fogyatékosok gyakorisága a legnagyobb 6 és 19 év között. Az összes értelmi fogyatékos 68%-a a 6 és 19 éves életkori sáv közé esik. Ebben az életkori sávban ez az arány az enyhe értelmi fogyatékosok csoportjában még nagyobb, 80% (DREW ID.M.). Tarján és munkatársai az életkor és a súlyossági fok figyelembevételével az értelmi fogyatékosok övezetébe tartozó személyeket 1000 főnek tekintve olyan gyakorisági táblát állított össze, melyben a 6–19 éves korosztályban az értelmi fogyatékos személyek aránya az enyhe fokú értelmi fogyatékosok csoportjában nagyobb, mint a súlyosabb fokú csoportokban.

Világszerte ismert tény, hogy az iskoláskorban a fogyatékosok súlyossága mellett az értelmi fogyatékos gyermeket nevelő család szocio-ökonómiai helyzete is erősen meghatározza az értelmi fogyatékos gyermekek prevalenciáját. Irodalmi adatom szerint a képezhető (vagyis az 50-es intelligencia kvóciensnél alacsonyabb intelligencia kvóciensű) értelmi fogyatékos gyermekek létszámának alakításában a család szocio-

ökonómiai helyzete még nem játszik szerepet. Az 50 és 75 illetve 85 közötti IQ övezetben viszont az alacsony szocio-ökonómiai státusz megötszörözi a prevalenciát, és a 75 és 90 közötti IQ övezetben a gyenge szocio-ökonómiai státusz már hatszoros aránytoldódást okoz.

## A hazai prevalencia vizsgálatok eredményei

A külföldi adatok mellett az értelmi fogyatékos személyek magyarországi prevalenciájáról részletes adatok találhatóak Czeizel és munkatársai munkáiban (CZEIZEL ÉS MTSAI, 1980). Az értelmi fogyatékos személyek magyarországi prevalenciájáról a tapasztalati adatok az iskoláskorú népességre vonatkoznak.

A Művelődési és Közoktatási Minisztérium statisztikái alapján megállapítható, hogy 1955-ben az általános iskolai tanulónépesség 0,66%-a, 1975-ben 2,97%-a, 1993-ban 3,57%-a volt az értelmi fogyatékos gyermekek iskoláiban. A kisegítő iskolai népesség alapján számítható prevalencia értékek csaknem 40 év alatt történő növekedése elsősorban az értelmi fogyatékos tanulók kisegítő iskoláinak országos kiépülésével és az általános iskolai követelmények növekedésével egyre kevesebb tanuló tudott lépést tartani és az általános iskolából kiszoruló tanulók számára bővíteni kellett a kisegítő iskolák hálózatát. Nem szabad figyelmen kívül hagyni továbbá a diagnosztikai módszerek fejlődését sem a hatvanas években (például a HAWIK magyar standardizálása), amely az értelmi fogyatékosok jobb és kiterjedtebb észlelését lehetővé tette.

Czeizel elsősorban az 1975. évi adatokra támaszkodva az iskoláskorban nyilvántartott értelmi fogyatékosok prevalenciáját 32–33 ezrelékre becsülte. Ebből megítélése szerint 29 ezreléket tesz ki az enyhébb értelmi fogyatékosok és 3–4 ezreléket a súlyosabb értelmi fogyatékosok prevalenciája. Czeizel szerint évente 5–6 ezer értelmi fogyatékos világrajövetelével kell számolni s közülük 5-600 gyermek szorul intézeti ellátásra súlyos fogyatékosága miatt. Az ország összlakosságából mintegy 340 ezer fő lehet értelmi fogyatékos és ezen belül 35 ezer a súlyos értelmi fogyatékosok száma.

A Czeizel és munkatársai által 1972/73-ban elvégzett „Budapest” vizsgálat 1060 II-V. Osztályos kisegítő iskolai tanulóra és 304 egészségügyi gyermekotthonban elhelyezett, illetve foglalkoztató iskolában lévő tanulóra terjedt ki. Czeizel mintáját használtuk fel arra, hogy az előbb részletezett gondolatmenet és módszer alapján az iskolás népességben belül az értelmi fogyatékosok arányát pontosabban meghatározzuk.

Miután a budapesti népességből vett két minta létszamaránya (1060 és 304) erősen eltér a budapesti létszamaránytól (4226 és 1365) és az országosan beiskolázottak körében levő létszamaránytól (28726 és 3900), ezért ahhoz, hogy az 1060 fős és 304 fős mintát összevonhassuk, a 304 fős mintában az intelligencia övezetenként talált létszámot a Budapesten talált arányokat követve egyharmadára, az országosan talált arányokat követve 10/74 részre kellett csökkenteni. A budapesti arányoknak megfelelő csökkentéssel a 304 fős minta 101 főre, az országos arányoknak megfelelő csökkentéssel 41 főre zsugorodott. Az országos arányokat tükröző csoportlétszám így végül (1060+41) 1101 fős, a budapesti arányokat tükröző csoport létszáma (1060+101) 1161 fős lett. A Budapest-vizsgálat adataiból a két korrigált minta intelligencia övezetek szerinti létszámát, a létszámok százalékos gyakoriságát nyertük, melyek megfelelnek az értelmi fogyatékos gyermekek budapesti intézményein belüli intézményi gyakoriságoknak. Ezekből a létszámadatokból kiindulva úgy lehet a teljes tanulói népességben belüli prevalencia adatokhoz eljutni, ha a létszámadatokat a budapesti általános iskolás

népességhez viszonyítjuk. Miután a Budapest-vizsgálat kiegészítő iskolai mintája (1060 fő) egynegyede volt csak a budapesti kiegészítő iskolák teljes létszámának (4226) és körülbelül ugyanilyen arányú volt a csökkentés a 304 fős foglalkoztató iskolai, illetve egészségügyi gyermekotthoni minta esetében is, az 1101, illetve 1161 fős mintákban szereplő létszámok csak egynegyedét teszik ki a budapesti teljes értelmi fogyatékos népességnek. (Feltételezve természetesen azt, hogy értelmi fogyatékos gyermek az általános iskolában nem fordulhat elő.) Ezért ahhoz, hogy az értelmi fogyatékos tanulók arányát a budapesti tanulói össznépeességben (134234 fő\*) megállapíthassuk, ezt a létszámot is egynegyedére kellett csökkentenünk és erre a 33500 fős csoportra vetítve kellett prevalencia értéket meghatározni. A kapott prevalencia értéket a két eltérő korrekcióval kialakított mintán külön-külön is meghatároztuk és a sávok gyakoriságokon kívül a kumulált gyakoriságokat is kiszámítottuk. Számításaink alapján megállapítható, hogy a Budapest-vizsgálat az országos arányokhoz való viszonyítás esetén 2,09%-os, a budapesti arányokhoz való viszonyítás esetén 2,26%-os kumulatív prevalenciát talált a 70 IQ értéknél alacsonyabb IQ övezetben. Az 50-es IQ értékig terjedő sávban a prevalencia általában nagyobb, mint az elméletileg várható érték, bár 50 IQ értéknél és ez alatt a kimutatott prevalencia nem éri el az 1. ábrán bemutatott, más vizsgálatok adataiból számolt prevalencia értékeit.

## Jelen vizsgálatunk módszere\*

Ha az értelmi fogyatékosok tulajdonságait vizsgáljuk, akkor ezt kétféle módon tehetjük. Vagy úgy, hogy már értelmi fogyatékosnak minősített személyeket kezdünk el vizsgálni, vagy pedig úgy, hogy a még nem minősített kohorszon belül széleskörű szűrővizsgálatot végzünk, és meghatározott szempontok alapján a kohorszból kiválasztjuk az értelmi fogyatékosnak minősítettek, és a kiválasztott személyek tulajdonságait elemezzük. A második eljárás tudományosan megbízhatóbb, mivel ismert az a csoport, amelyből az értelmi fogyatékosok kiválasztása történik, és így ismert lesz a prevalencia is (és a kiválasztás egységes módszere), mindez a kiválasztott csoport nagyobb mértékű homogenitását biztosíthatja. Az ilyen vizsgálat azonban igen költséges. Világszerte eddig 20-30 ilyen vizsgálatnál nem végezhetek többet.

A vizsgálódás másik formája az, amikor a vizsgálatot azokra a személyekre terjesztjük ki, akiket valamilyen szolgáltatás körében már értelmi fogyatékosnak minősítettek. A „klinikai” nézőpont előnye, hogy már az egészségügyben, vagy a szociális ellátásban regisztrált, diagnosztizált populációt vizsgálunk, tehát biztosan beteg vagy fogyatékos egyénekről van szó, sőt az intézményi észlelés egyben súlyossági fokozatot is jelent. Az értelmi fogyatékoság mint biológiai állapot, szolgáltatás semleges, szolgáltatás-független emberi tulajdonság, azonban a szolgáltatási rendszerek mégis önálló, definíciós, kategorizáló gyakorlatot folytatnak az értelmi fogyatékosá minősítés folyamatában. A három fő minősítési elem a biológiai állapot, a követelményeknek való megfelelés és a szolgáltatások körébe való bekerüléshez szükséges átminősítés logikailag egymással összefügg. A szolgáltatások igénybevételéhez szükséges átminősítés csak azoknál indokolt, akik a követelményeknek nem tudnak megfelelni, és akiknél e megfelelésképesség a biológiai állapotváltozásra vezethető vissza. Valószínű, hogy a gyakorlatban e három kritériumnak három különböző terjedelmű kör felel meg.

---

\* 1994



Legszűkebb a biológiai elváltozásokkal jellemzett kör, ennél általában tágabb a követelményeknek megfelelni nem tudók kategóriája és a legtágabb valószínűleg a szolgáltatásokban átminősítettek köre. Az értelmi fogyatékosnak minősített személyek biológiai állapotukat tekintve ezért nem feltétlenül ugyanazok a közoktatás területén, mint a szociális gondoskodás területén, vagy a rokkantság és munkaképesség-csökkenés területén. A szociális ágazat oldaláról ugyanakkor az ellátottak száma nem fedi az eü. regisztráltakét, mert nem azonos az a népesség, aki szociális ellátást kap az eü. ellátásban részesüléssel. Egy még publikálatlan friss vizsgálatunkban egy megye értelmi fogyatékosokat gondozó intézeteiben csak a gondozottak 65%-nál találtunk regisztrált diagnózist.

*Saját vizsgálatunkban* a vizsgálatba bevont személyek kiválasztásánál nem volt módunk egymástól függetlenül kezelni e három eltérő szempontot. Vagyis nem volt módunk információt szerezni arról, hogy akikről a későbbiekben úgy fogunk beszélni, hogy értelmi fogyatékosok, azoknak valójában milyen is a biológiai és az értelmi állapota. Azt se tudjuk róluk, hogy a különböző követelményeknek való megfelelésben milyen hiányosságai vannak. Az értelmi fogyatékosá minősítésüknek számunkra ismert kritériuma az, hogy szociális szolgáltató rendszerben őket értelmi fogyatékosnak minősítették, számukra intézeti ellátást biztosítottak. Nem tudjuk tehát azt, hogy biológiailag homogén csoportot alkotnak-e, és hogy teljesítőkéességük hiányosságai nagyjából ugyanazok-e.

*Mintavétel.* 1994 folyamán az országból 20 értelmi fogyatékosokat gondozó intézményt választottunk ki véletlenszerűen, Magyarország lehetőleg minden tájegységét képviselték az intézetek, de mindegyik megye reprezentálására nem volt módunk. Ugyanakkor többféle intézménytípus szerepelt az együttműködő intézetek között.

*Célunk* az volt, hogy az értelmi fogyatékosokat ápoló populációból az összlétszám, nemi és életkori megoszlás alapján közvetlenül következtethessünk országos szinten az arányokra ugyanezekben a paraméterekben, s az értelmi fogyatékoság arányára és megoszlására a teljes lakosság körére is extrapolálhassunk. A gondozottakkal részletes kérdőívet vettek fel az együttműködő intézetek, a kérdéscsoportok részletezésére itt nincsen mód, (*1. Függelék*), mindenesetre részletes tételek vonatkoztak az ápoltak egészségügyi állapotára, funkcióképességére, életminőségére, az intézetbe kerülés okairól, az erről szóló leletekről máshol számolunk be. Jelen feldolgozásban a következő releváns adatokat dolgoztuk fel:

- a) Az összlakosság létszáma és az összlakosság nemek és életkorok szerinti megoszlása (KSH adatok).
- b) A fogyatékosok otthonaiban és rehabilitációs intézményekben élők összlétszáma.
- c) A fogyatékosok otthonaiból és rehabilitációs intézményeiből véletlen jelleggel kiválasztott 20 intézetben élő személyek létszáma, nemi és életkori megoszlása.
- d) A kiválasztott 20 intézetben élő személyek közül a 40 éves és ennél idősebb személyekről kitöltött kérdőívek adatai.

A fogyatékosok valamennyi otthonában és rehabilitációs intézményében élő személyeknek csak az összlétszámát ismertük, nemi és életkori megoszlását nem. Ezért ebben a csoportban a nemi és az életkori megoszlás létszámadatait azoknak az arányoknak az alapján határoztuk meg, amelyet a felmért 20 intézményben találtunk. Feltételezzük, hogy az értelmi fogyatékosok otthonában és rehabilitációs intézményeiben,

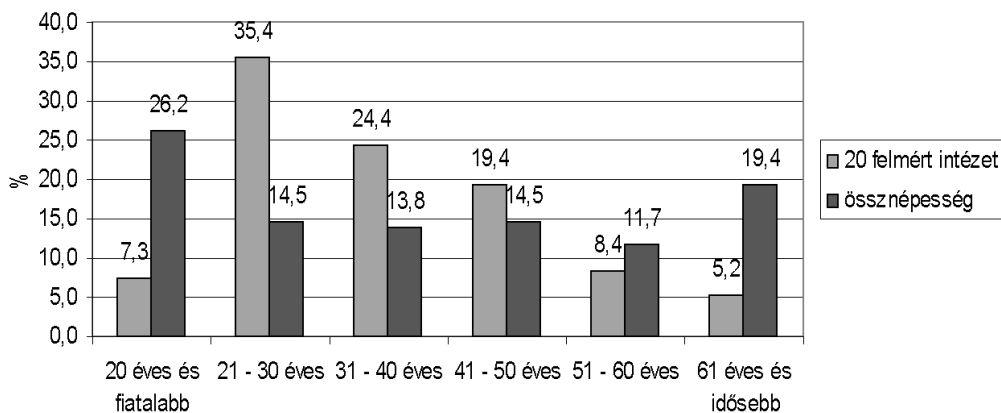
hacsak kis létszámban is, de nem mindegyik személy értelmi fogyatékos. Ezért a felmért 20 intézményben élők közül a 40 éves illetve a 40 évnél idősebb személyek kiválasztásakor azt kértük, hogy ebbe a csoportba csak olyan személyeket válasszanak ki, akiket az intézet értelmi fogyatékosoknak tart. A kiválasztáshoz a következő kritériumot határoztuk meg: „Akiknél születésüktől fogva nagyfokú értelmi rendellenesség áll fenn (értelmi fogyatékos), illetve akik kiegészítő iskolát vagy foglalkoztató iskolát végeztek, esetleg csak az általános iskola első két osztályát végezték el, vagy egyáltalán nem jártak iskolába”.

A 20 intézetből kapott adatok azt mutatták, hogy a részletesebben is felmért 40 éves illetve idősebb korcsoportban az intézetek a személyek több mint 99%-át értelmi fogyatékosnak minősítették. Ezért a továbbiakban a fogyatékosok otthonaiban és rehabilitációs intézményeiben élő személyeket intézeti besorolásuk és az általunk megadott kritériumok szerinti minősítés alapján egységesen értelmi fogyatékosnak tekintettük. A jelen dolgozatban nem foglalkozunk sem ennek a minősítésnek az ellenőrzésével, illetve korrekciójával, sem pedig az értelmi fogyatékosok csoportján belül a súlyossági fok szerinti megoszlással. Erre az ellenőrzésre illetve korrekcióra valamint a súlyossági fok szerinti megoszlás vizsgálatára a későbbiekben a kérdőívekből nyert adatok adnak majd lehetőséget.

## Eredmények és megbeszélés

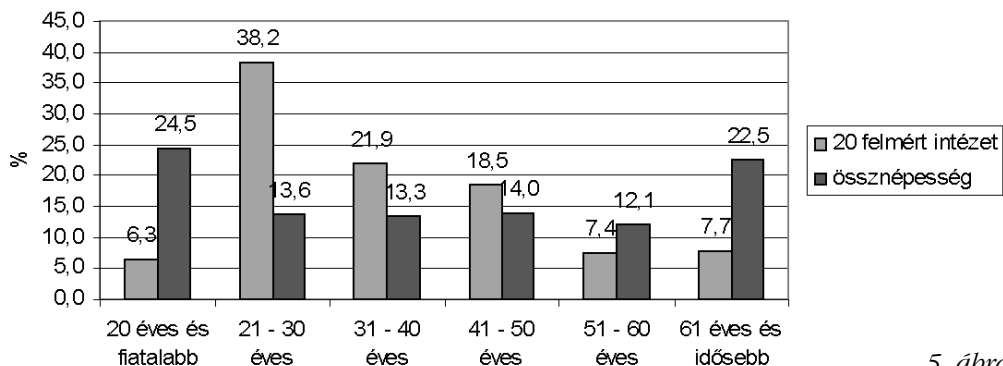
Először vizsgáljuk meg az összlakosság és a felmért 20 intézményben élő értelmi fogyatékos személyek életkori megoszlását. A teljes létszámra vonatkozó megoszlásokat a 4. ábra mutatja be. Ezen a grafikonon jól látható, hogy a 20 felmért intézményben a 21–50 éves korosztály nagyobb arányban fordult elő, mint az össznépeségben. A 20 évesek és fiatalabbak, illetve a 61 évesek illetve idősebbek viszont jelentősen nagyobb számban szerepelnek az össznépeségben. Ugyanez a helyzet 51 és 60 év között, bár itt az össznépeség nagyobb létszámaránya nem annyira kifejezett, mint a legfiatalabb, illetve legöregebb népeségcsoportokban.

Teljes létszám



4. ábra

## Nők

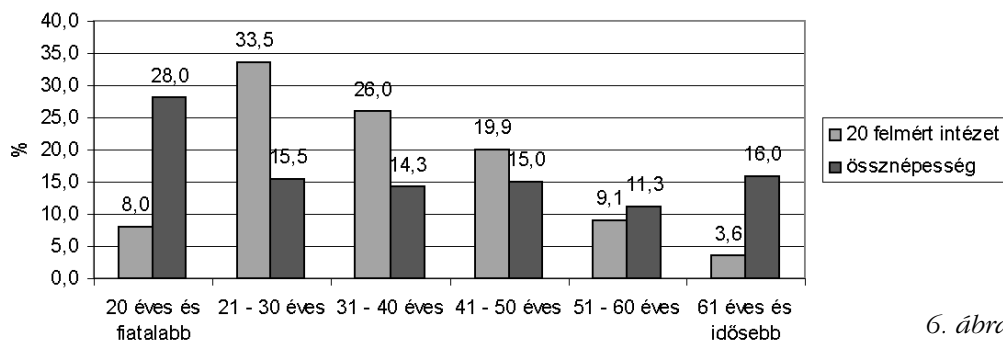


5. ábra

Az 5. ábrán a nők csoportjában lényegében ugyanezeket az összefüggéseket figyelhetjük meg. A legfiatalabb, illetve legidősebb korcsoportokban az össznépesség aránya jóval magasabb, a 21-50 éves korcsoportban viszont az intézeti korcsoport a nagyobb. A férfiak esetében (6. ábra) lényegében ugyanezek az összefüggések figyelhetők meg.

A legfiatalabb és legidősebb korcsoportban az össznépességbeli és az intézeti népesség létszámarányának jelentős eltérése több okra vezethető vissza. A fiatal korosztályban valószínűleg egyszerűen arról van szó, hogy a vizsgált intézetek csak 20 évtől vesznek fel értelmi fogyatékos személyeket\*. A legidősebb korosztály esetében lehet, hogy az intézeti populáció jelentős csökkenését teljesen vagy részben az értelmi fogyatékos személyek nagyobb arányú mortalitása okozza. Erre utal az, hogy Dupont és Mortensen Dániában 9891 súlyos értelmi fogyatékosnál a halálozási arányt a férfiaknál kétszer, a nőknél két és félszer nagyobbra találta, mint az átlagpopulációban

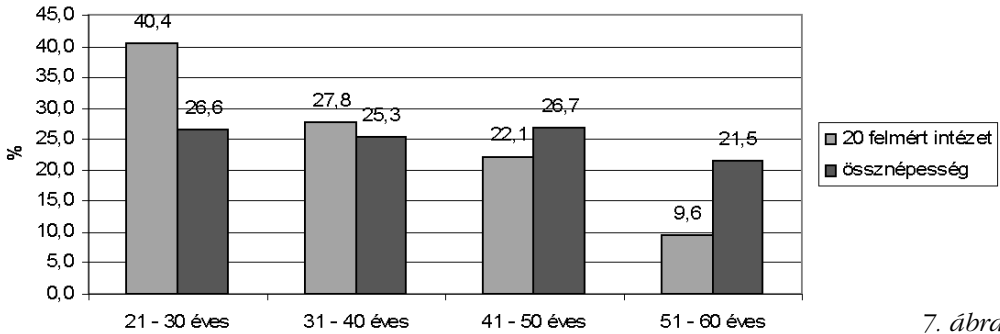
## Férfiak



6. ábra

\* A friss, Tolna megyei felmérésünk alátámasztja ezt a 15 évvel ezelőtti gyanút, a diagnosztizált gondozotaknál öt főt találtunk normál intellektussal.

## Teljes létszám

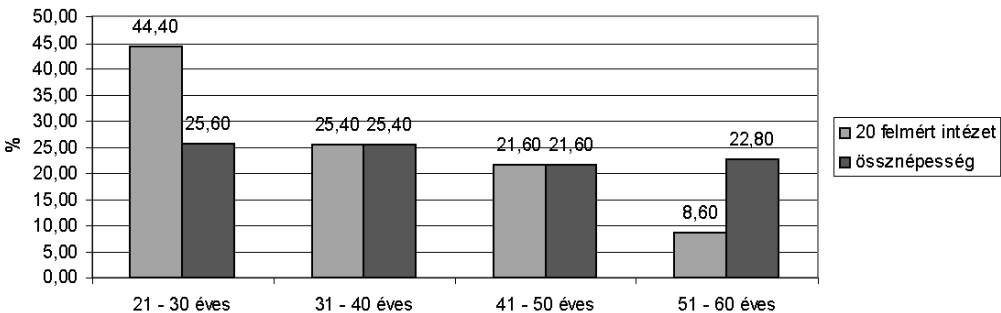


7. ábra

(DUPONT–MORTENSEN 1990). Valószínűleg azonban emellett szerepet játszik az a körülmény is, hogy a 60 év felett az értelmi fogyatékosok egy része nem a felmért intézet-típusokban, hanem idősök normál szociális otthonában vagy elmeszociális otthonban él. A legfiatalabb és a legidősebb korosztályban talált nagyfokú eltérés miatt az eredmények további elemzését a 21-60 éves korcsoportra korlátoztuk. Ebben a 40 évet átfogó korcsoportban az össznépességen belül, illetve a felmért intézetekben a 7. ábrán feltüntetett létszámarányokat találtuk. Az össznépesség aránya a négy korcsoportban nem jelez semmilyen karakterisztikus változást, sem nagyarányú ingadozást (sötét oszlopok). Az egyes korcsoportok előfordulási aránya 21–27% között ingadozik. Az intézetben lévők korcsoportjainak arányában viszont igen határozott tendencia figyelhető meg az öregedéssel párhuzamosan. A 20 éves korcsoport aránya 40%, a 30 éveseké 27%, a 40 éveseké 22%, míg végül az 50 éves korcsoport aránya 9%-ra csökken. Nehéz magyarázatot találni arra, hogy 20 és 50 év között miért van ennyire különböző esélye az egyes korosztályoknak az intézetbe kerülésre. A 20 éves korban megfigyelhető esély 50 éves korra egynegyedére csökken.

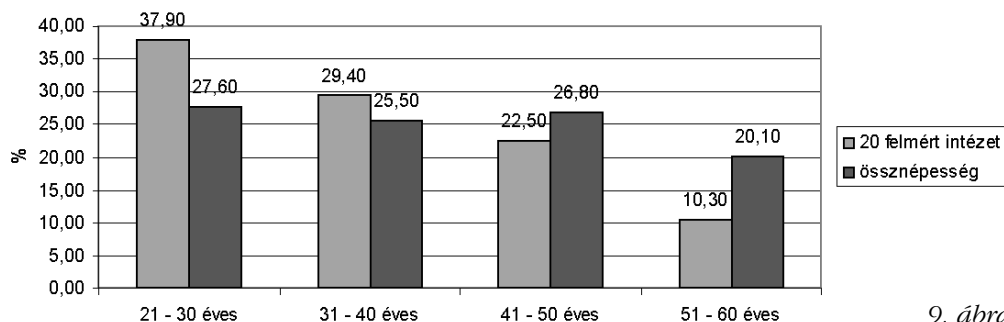
A nőknél az össznépességben a korcsoportok arányainak ingadozása még kisebb mértékű, mint a teljes népességben (8. ábra). Az intézetben élők korcsoportjaiban viszont ugyanazt a csökkenési trendet látjuk a nőknél, mint a teljes intézeti népesség esetében.

## Nők



8. ábra

## Férfiak



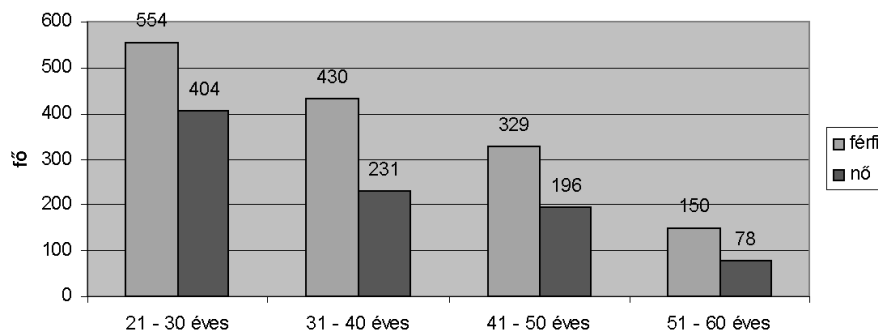
9. ábra

A férfiaknál az össznépésen belül a korcsoportok mozgása ugyanúgy kismértékű, mint a nőknél, viszont az intézeti korcsoportokban is a hasonló csökkenési trendet tapasztalhatjuk. (9. ábra)

A 20 és 50 év között élő felnőtt értelmi fogyatékosok egyre csökkenő prevalenciájára megvizsgáltunk néhány lehetséges magyarázatot.

Az egyik lehetséges magyarázat az lenne, hogy az intézetek sikeres rehabilitációt végeznek és ennek eredményeként a 20 éves korban intézetbe kerülő személyek képességeiktől függően hosszabb-rövidebb intézeti tartózkodás után visszakerülhetnek az életbe. Ebben az esetben a korcsoportok létszámának fokozatos csökkenése az intézeti gondozásra való rászorultság fokozatos csökkenését jelezné. Ha ez a feltevés igaz, akkor az egymás után következő korcsoportokban az intézetben töltött évek átlaga egyre magasabb lenne. Számításaink ezt a feltevést nem igazolták. A 40 évesek átlagosan 13,1 évet, az 50 évesek 15,5 évet, a 60 évesek 15,8 évet töltöttek intézetben. Ez egyébként teljes összhangban van a mindennapi – társadalmi, illetve rehabilitációs tapasztalattal is, nevezetesen hogy az intézetből út kifelé nem vezet, csak befelé, sem a szociális ellátás, sem a rehabilitáció módszerei nem motiválják a gondozottat arra, hogy biztonságos jövedelméről lemondjon azzal, hogy visszakerüljön a bizonytalan munkaerőpiacra.

## 20 intézetben

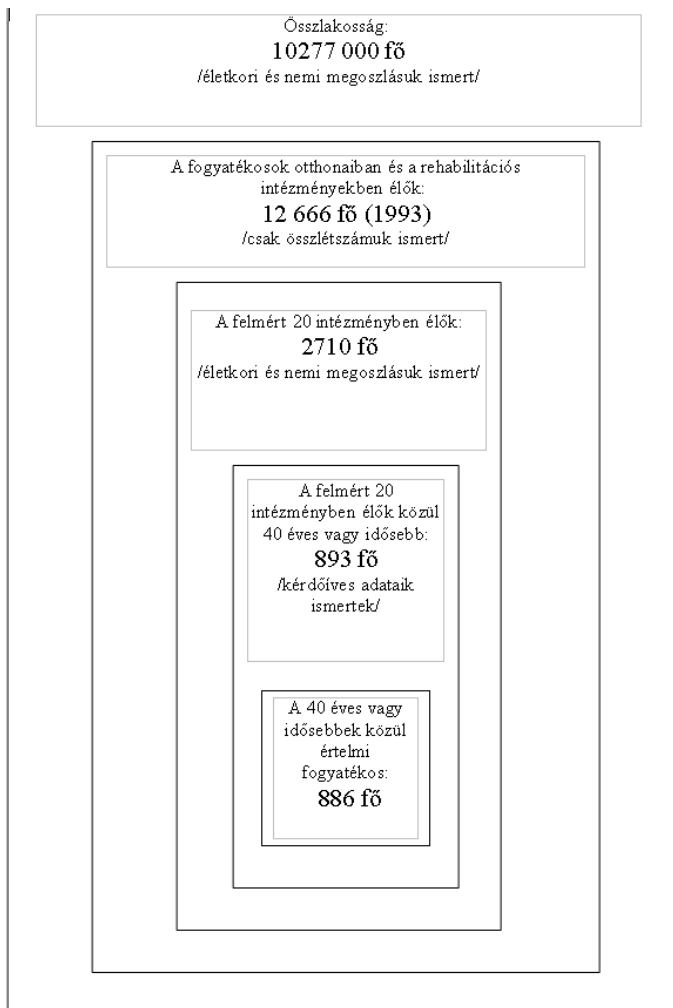


10. ábra

A másik lehetséges magyarázat az lenne, hogy a felmért 20 intézmény közül a kifejezetten rehabilitációs célú intézmények önálló életvezetési képességet helyreállító hatékonysága nagyobb, mint a többi intézeté. A 20 felmért intézet közül 7 volt fővárosi intézet gondozó profillal és 13 volt vidéki intézet, kifejezetten rehabilitációs profillal. A két intézménytípusban az életkori csoportok megoszlásában sem mutatkozott lényeges különbség (nem ábrázoltuk), ezért ezt a feltevést is el kellett vetnünk.

Az intézetben élőknl korcsoportonként a férfi-nő arányt is megvizsgáltuk (10. ábra) és összehasonlítottuk az össznépeségben észlelhető (KSH) arányokkal. Míg az össznépeség korcsoportjaiban igen kismértékű, gyakorlatilag elhanyagolható a nemek különbsége, az intézetekben minden korcsoportban igen jelentős 30–90%-os a férfi túlsúly.

Az intézeti prevalencia alapján becslés az össznépeségben való prevalenciára. A felmért 20 intézményben élő 2710 értelmi fogyatékos személy életkori megoszlásának ismeretében lehetőséget látunk arra, hogy a mintakiválasztás menetén visszafelé, az összlakosság irányába haladva kísérletet tegyünk a 40-60 év közötti értelmi fogyatékos személyek összlakosságon belüli valóságos prevalenciájának a meghatározására. (11. ábra)



11. ábra

A 20 intézetben a 2710 személy közül 893 volt a 40 évesnél idősebb, ebből 7 főt nem találtunk fogyatékosnak, 753-an tartoztak a 40 és 60 év közötti korosztályba. E 753 személy a 2710 fős intézeti létszámnak 28%-át alkotta. Ha ezt a százalékos arányt rávetítjük a fogyatékosok otthonaiban és a rehabilitációs intézményekben élő 12666 személyre, akkor becslésünk szerint a fogyatékosok összes otthonában és rehabilitációs intézményében megközelítőleg 3501 40 és 60 év közötti értelmi fogyatékos személlyel lehet számolni.

Az összlakosság szintjén kiszámítandó becsléshez leelőször meg kellett határoznunk, hogy az ország 10.277.000 lakosából hány személy esik 40 és 60 év közé. Az össznépeségben a 40-60 éves korosztály létszáma a felmérés évében 2.685.000 személy volt. Ha ebből a 2.685.000 fős kohorszból 3501 fő él a fogyatékosok szociális intézményeiben, akkor ennek alapján megállapítható, hogy *ebben a korcsoportban az értelmi fogyatékos személyek prevalenciája az össznépeségben 0,13%.*

## Függelék

Mikor alkalmas prevalencia becslésére szűkebb körű, például regionális vagy megyei vizsgálat? Ha nagyok a megyék közötti eltérések az ellátás, az intézetek száma vonatkozásában, akkor egy vagy több megyei prevalenciából regionális vagy országos szintre nem lehet következtetni, hasonlóképpen akkor sem, ha az intézmények nem helyi, hanem országos ellátási igényeknek felelnek meg és emiatt sok területen kívüli gondozottak van. Ha több a régióban a hasznosítható kastély vagy más ingatlan, akkor a relatíve nagyobb férőhelyszám alapján a rentabilitás miatt be kell tölteni területen kívüliekkel a férőhelyeket, ami rontja a reprezentativitást.

Tolna megyei vizsgálatunkban mind az öt intézmény megyei igazgatás alatt áll és megyei igényeket szolgál ki, ami a reprezentativitást támogatja. 2009 őszén 4 intézményben 269 főt mértünk fel, a vizsgálatból kimaradt intézmény gondozottainak száma 70 fő (= összesen 339 fő). Tolna megye lakossága ugyanebben az életkori sávban 69.129 fő (2007-es KSH adat). A 20 éven felettiekre számolva *így a Tolna megyei értelmi fogyatékos prevalencia 0.0049, azaz 0.49% (4.9 ezrelék).* Ha a 40-60 életévek közé eső gondozottakat számoljuk csak, *hogy statisztikánk összevethető legyen az 1994-es vizsgálattal, akkor 175 gondozottal kalkulálva 0.25%-ot kapunk.* Tehát a java középkorúak viszik el a gyakorisági érték felét. A majdnem fél, illetve a negyed százalék soknak tűnik, de vegyük figyelembe, hogy ha több, nagyférőhelyű intézmény jut egy relatíve kis megye kevesebb számú lakosára, akkor nagyobb prevalenciaértékeket kapunk, mint rosszabbul ellátott, nagyobb megyék esetében (ezért csak megszorításokkal lehet a megyéről országos szintre következtetni). A számított megyei prevalenciaérték tovább csökkenne, ha az összes életkori kategóriában rendelkezünk megbízható adatokkal a megyében, de a gyermekkorúakkal ebben a felmérésben nem foglalkoztunk, s nincs rálátásunk fogyatékos gyermekintézményekre. (A lakosság számának évenkénti 1000 főn belüli ingadozásai csak kisfokú eltérést eredményeznek a számított prevalenciában).

*Limitációk.* Becslési gondolatmenetünket azért mutattuk be részletesen, hogy feltárjuk a becslési eljárás korlátait. Mivel a becslést végül is a fogyatékosok ellátását szolgáló intézményekben élő értelmi fogyatékos személyek száma alapján határoztuk meg, ez az eljárás csak az össznépeségben lévő értelmi fogyatékos személyek minimális számának

meghatározására alkalmas. A becslés hibája annál nagyobb, *minél több értelmi fogyatékos személy él az általunk vizsgált intézménytípuson kívül pszichiátriai típusú intézményekben*, illetve a családban. A felmérés évében a pszichiátriai betegek otthonaiban, illetve rehabilitációs intézeteiben 6737, illetve 1305 fő, összesen 8042 személy élt, akiknek egynegyede, egyötöde valószínűleg értelmi fogyatékos vagy értelmi fogyatékos is volt. Ha a felmért intézményeken kívül élő értelmi fogyatékos személyek aránya a felmért intézményekben élő személyek számához viszonyítva ismert lesz, a bemutatott gondolatmenet alapján könnyen elvégezhetőek azok a korrekciós számítások, amelyek a 0,13%-os prevalenciából kiindulva már jobban fognak közelíteni az össznépszerűségeen belüli valóságos prevalenciához.

Szem előtt kell továbbá tartani azt az elméleti megfontolást is, hogy ha az ellátottak számából extrapolálunk az epidemiológiai előfordulásra, akkor hallgatólagosan abból indulunk ki, hogy a rezidenciális gondozottak száma adekvát az ellátottak körére, azaz az állam (megye, régió) optimális férőhelyszámot biztosít és minden ápolásra rászoruló az intézetekben van. Közismert ugyanakkor, hogy történelmi-gazdasági és aktuális egészségpolitikai okai is vannak, hogy egy ország milyen szintű ellátást tud biztosítani fogyatékos lakosai számára. Tehát mindig mondhatjuk, hogy több férőhely, illetve más lakhatási forma kell az igénylőknek.

A korrekció ugyanakkor a másik oldalon is elvégzendő, ugyanis az intézményekben érhetően alulreprezentált az enyhe fogyatékosok száma, akik a társadalomban a szubnormális övezetbe tartozókkal együtt szép számmal élnek több-kevesebb segítséggel a munkaerőpiacon, nem védett körülmények között, s látnak el egyszerűbb munkát, illetve egy alacsonyabb szinten ellátják magukat. Őket a társadalom nem úgy minősíti, hogy intézeti gondoskodásra szorulnának.

*Befejezés.* Az értelmi fogyatékoság mindenekelőtt fogyatékoság, vagyis eltérés a nem-fogyatékos állapottól. Az eltérések közvetlenül a viselkedés és magatartás területén és az értelmi teljesítmények területén követelmény- és teljesítményszintekhez viszonyítva állapíthatók meg. A követelmény- és teljesítményszintek viszont életkor- és szituációfüggőek. Ezért ugyanaz a biológiai elváltozás különböző életkorban és különböző szituációban különböző tartalmú és különböző mértékű viselkedés és teljesítmény eltérést hoz létre és különböző szociális hátrányhoz is vezet. Az értelmi fogyatékos kategóriába való bekerülés ezért életkoronként és élethelyzetenként eltérő létszámú értelmi fogyatékos populációt eredményez.

Dolgozatunkban be kívántuk mutatni, hogy a jövőbeni kutatások számára talán még hasznosabbak lesznek azok az óvatosságra intő módszertani tapasztalatok, amelyeket a prevalencia értékek kimunkálása során szerezünk.

## Irodalom

- 23/1997. (VI. 4.): *MKM rendelet a Fogyatékos gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Fogyatékos tanulók iskolai oktatásának tantervi irányelve kiadásáról.*
- CZEIZEL E.–LÁNYINÉ ENGELMAYER Á.–RÁTAY Cs. (1978): Az értelmi fogyatékoságok kóreredete a „Budapest-vizsgálat” tükrében. Medicina, Budapest.
- DREW C.J. – LOGAN D.R. – HARDMAN M.L. (1988): *Mental retardation: A life cycle approach.* 4.Ed. Merrill Publ. Co. Toronto-London.
- DUPONT A.–MORTENSEN P.B. (1990): Avoidable death in a cohort of severely mentally retarded. In: FRASER W.I. (ed.): *Key issues in mental retardation research.* Routledge, London. 45–63.



- ELWOOD J.H.–DARRAGH P.M. (1981): Severe mental handicap in Northern Ireland. *Journal Of Mental Deficiency Research* 25, 147–155.
- FURRER, H. (1990): Behinderte Bildung oder Bildung für Behinderte. Ein Essay über Sonder-Andragogik aus der Sicht der kritischen Theorie. In: *Erwachsenenbildung und Behinderung*, H. 1, 8–13.
- GEISLER, K. A. (1982): Teil B: Erwachsenenbildung als Erfahrungssituation (Subjektivitätsentwicklung durch Erfahrung). In: GEISLER, K. A.–KADE, J. (Hrsg.): *Die Bildung Erwachsener. Perspektiven einer subjektivitäts- und erfahrungsorientierten Erwachsenenbildung*. Urban & Schwarzenberg, München. 73–129.
- GROSSMAN, H. J. (1983) (ed.): *Classification in mental retardation*. American Association on Mental Deficiency, Washington.
- HALLADIN J. (1985): Prevalence of mental disorders in an urban population in Central Sweden. *Acta Psychiatr. Scand.* 71: 117–127.
- HATOS GY. (1991) (szerk.): *Az imbecillitás, a társadalom és a gyógypedagógia*. BGGYTF, Budapest.
- HATOS GY. (1993): *Társaink az akadályozott (fogyatékos) emberek*. ÉFOÉSZ Vas m. Csoportja, Szombathely.
- MCLAREN, J.–BRYSON, S.E. (1987): Review of recent epidemiological studies in mental retardation: Prevalence, associated disorders and etiology. *American Journal of Mental Retardation*, 92, 243–254.
- SONANDER, K.–CLAESSON, M. (1999): Predictors of developmental delay at 18 months and later school achievement problems. *DEV. MED. CHILD NEUROL.* 1999; 41: 195–202.



## Ismét lovasterapeuta képzést indít a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány

A korábbi évekhez hasonlóan idén is akkreditált lovasterapeuta képzést indít a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány. Az országban egyedülálló programra olyan gyógypedagógusok, gyógytornászok jelentkezését várjuk, akik hippoterápia vagy gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna szakágakon szeretnének továbbtanulni.

A jelentkezési kérelemhez rövid szakmai önéletrajtot, valamint az alapképzettséget igazoló dokumentum fénymásolatát kell csatolni.

A kétéves, összességében mintegy 180 órás tanfolyam várhatóan 2012 szeptemberében indul, a lovas felvételi vizsgákra a júniustól augusztusig terjedő időszakban kerül sor. További információk a [www.lovasterapia.hu](http://www.lovasterapia.hu) weboldalon található, valamint a [gbozori@lovasterapia.hu](mailto:gbozori@lovasterapia.hu) e-mail címen kérhetők.

# KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

CSOCSÁN EMMY:

## **A látássérült gyermekek matematika-tanulása, -tanításának módszertana**

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR,  
BUDAPEST, 2010.

Kiemelkedően értékes művel gyarapodott a látássérültek pedagógiája. Csocsán Emmy tankönyve modell lehet a gyógypedagógia valamennyi ágának (speciális pedagógiáinak) tankönyvírói számára, több okból is. A *Bevezetésből* megtudjuk, hogy a szerző körültekintően végigpásztázta a választott témakört, és biztos döntéssel válogatta össze a tárgyalandó témákat. A tankönyv felhasználóinak körét nem korlátozza a gyógypedagógia területére, hanem álláspontja szerint a látássérültek pedagógiája elsődleges feladatának tekinti a különböző oktatási szükségletű gyermekeket befogadó iskolák tanítóival és szaktanáraival, valamint a szülőkkel az együttműködést. Velük is megosztja a látássérült gyerekekről és a környezetéről gyűjtött ismereteket, és együtt kíván velük dolgozni a rugalmas tanulási formák létrehozásában. A befogadó iskola gondolatának jegyében ez a tankönyv tehát nem egyetlenegy iskolatípus számára készült, hanem mindazoknak a pedagógusoknak, akik bármely intézményben – például integráló iskolákban – részt vesznek a látássérült gyermekek matematikatanításában. Ezzel a szemlélettel segíti elő, hogy a tankönyv elsődleges célcsoportját képező gyógypedagógus-hallgatók már tanulmányaik során elkötelezettjei legyenek a szakszerűen megvalósítható együttnevelésnek. (7–9)

A szerző egyik erőssége az arányérzék, ami a főbb témakörök és a kisebb fejezetek tagolásában, ezek terjedelmének, illetve témagazdagságának meghatározásában is megnyilvánul. *A látássérülés mint a matematika tanulását befolyásoló feltételrendszer* című fejezetben összefoglalóan hivatkozik azokra a konstruktivista ismeretelméleti, neveléstudományi, valamint neurofiziológiai és neuropszichológiai eredményekre, amelyek megalapozzák a látássérült gyermekek eltérő tanulási folyamatainak értelmezését



és megértését. Megkérdőjelezhetetlenné teszi a deficitszemlélettel való szakítást a látássérültek pedagógiája terén is, és részletekbe menő finom elemzéssel mutatja be a látókhoz viszonyítottan a világ megismerésének más észleleti feltételeit. Egyszerűen és éppen ezért nagyon kifejezően állapítja meg: a látássérült személyek képzetei nem jobbak és nem hibásabbak, mint a látóké, hanem mások. A vak gyermek haptikus és akusztikus észlelésen alapuló ismeretszerzésének különbözőségét a gyakorlatból merített tapasztalatokkal, illetve az e téren végzett korábbi kutatási eredményeivel is gazdagon alátámasztja. A látássérüléssel együtt járó munkamemória fejlettségét, illetve a szekenciális információk feldolgozásának minőségét taglaló megállapítások is bizonyítják a szerző széles körű és naprakész tudását. (11–17)

A tanulási folyamatokra összpontosító módszertan kérdéseinek összefoglalása és szemléletes bemutatása segítséget jelent a napi tanulás-szervezési folyamatok megtervezéséhez és diagnosztikus értékeléséhez mind a tanulási folyamatokkal ismerkedő hallgatóknak, mind az ezekben már nagy gyakorlattal rendelkező pedagógusoknak is. A szerző ki is mondja, hogy a fejlődépszichológiai alapokra épülő tanuláspiramis-modell segítségével „az összefüggésekre koncentrálnó gondolkodási mód kialakulásához szeretne segítséget nyújtani.” (20) Azért tulajdonít kiemelt jelentőséget ennek a modellnek, mert lehetővé teszi a tanulók speciális, az átlagtól eltérő tanulási folyamatainak tudatos formálását. Rávilágít arra, hogy ez a modell is csak akkor alkalmazható eredménnyel, ha kiegészül a matematikatanulást segítő környezet kialakításával. A tanulási környezet sokrétű értelmezése folytán az olvasó beletekinthet abba a valóságos világba, amelyben a vak, illetve gyengén- és aliglátó, különböző életkorú tanulók megkapják a szükséges segítséget (téri tájékozódás eszköztára, akadálymentesítés, speciális munka- és taneszközök, szemléltető és ábrázolás-formák, elektronikus adathordozók és kommunikációs eszközök, optikai segédeszközök stb.) személyes tanulási technikáik kialakításához. (11–29)

A tankönyv terjedelmesebb része foglalkozik *A matematika tanulása-tanítása* című fejezetben azoknak az elméleti módszertani kérdéseknek és gyakorlati eljárásoknak a bemutatásával, amelyek részben fejlődéstörténeti szempontból világítják meg – sok adattal és korabeli dokumentumokkal alátámasztva – a látássérült gyermekek/tanulók évszázados nevelési tapasztalataiból felhalmozódott hagyományt, részben pedig a közelmúlt évtizedeinek legmodernebb pedagógiai, pszichológiai, informatikai ismereteire támaszkodva felelnek meg a mai kor elvárásainak. A módszertani megoldások napjainkban érzékelhető megújulási tendenciáit így foglalja össze a szerző: „A matematikatanulás számára ma a legnagyobb kihívást azoknak a módszereknek és eljárásoknak a kidolgozása jelenti, amelyek a különböző tanulási színtereken és intézményi-szervezeti formákban a heterogén csoportokban az egyéni tanulási folyamatokat segítik, ugyanakkor képessé teszik a tanulókat arra, hogy kis- és nagycsoportokban egyaránt dolgozni tudjanak.” (44) Az integrált nevelésnek lényegében ez a pedagógiai alapkérdése. Ez a megállapítás is bizonyítja, hogy ez a tankönyv túlmutat a látássérültek pedagógiája témakörén.

Az érdekes és részleteiben is gondos körültekintéssel tárgyalt módszertani kérdések között is kiemelt érdemelnek *A matematikai kompetenciák fejlődése*, valamint *A tanulás-tanítás dialógust segítő módszerek* című fejezetek. Ezekben a fejezetekben az eredményes tanítási-tanulási gyakorlat minden mozzanatához útmutatást kapnak az olvasók. A matematikatanítás gyakorlatán túl azt is meg lehet tanulni ezekből a fejezetekből, hogy hogyan lehet alkalmazni a látássérülés következtében másképpen fejlődő érzékelési/észlelési folyamatokra vonatkozó pszichológiai tudást a tanulási

folyamatok gyakorlati helyzeteiben. A figyelmes olvasó felismeri, hogy a látássérült gyermekek tanulásának eredményességéhez nem elégséges csupán a módszertani eljárások ismerete, hanem ismernie kell a módszertani eljárásokat megalapozó pszichológiai ismereteket, valamint a módszertani eljárásokat fejlesztő kutatások kérdésfeltevéseit is. Ezek a fejezetek, egészen egyedi és eredeti módon engednek betekintést a vak és gyengénlátó gyermekek érzékelési/észlelési folyamatainak sajátos világába (pl. a tapintási módok különbözőségei), illetve a feladatmegoldáshoz szükséges gondolkodási stratégiák szövevényeibe. (45–99)

Az eddig leírtak alapján is látható, hogy egy kifejezetten tartalmas, friss szemléletű, a gyakorlatban jól használható tankönyvet vehet a kezébe az olvasó. A tankönyv-jeleget erősítik az egyes fejezetek végén található *Összefoglaló kérdések*. A kérdések segítik a rendszerezett tudás kialakulását, hozzájárulnak a definiált fogalmak használatához, az elmélyült szaktudáson alapuló pedagógiai kultúra befogadásához, az egyéni és csoportos tanulási helyzetekre irányuló tervezéshez, a tanulói képességek különbözőségeinek megértéséhez, a teljesítmények diagnosztikus értékeléséhez, az együtttanulás iránti elkötelezettség kialakulásához. A kérdéseken túl további segítséget is nyújt a tankönyv a tanulni szándékozóknak az *Elmélyítő ismeretek, források* című fejezetben. Felkereshetők a megadott honlapok, illetve a szakirodalmi források. *A matematikai fogalmak gyűjteménye* ráébresztheti az olvasót, ha eddig ez még nem történt volna meg, hogy csakis pontos matematikai fogalmak ismeretében válik képessé az eredményes matematikatanításra. Az *abakusszal való számolás* bemutatása és a *Braille-írásjeleket* tartalmazó táblázat nélkülözhetetlen a látássérült gyermekek tanítása során. (99–122)

Végül essék néhány szó a tankönyv stílusának méltatásáról. Stílusának fő vonása az elegancia. Ez érvényes a következetesen felépített szerkezetre, a fegyelmezett gondolatvezetésre, a pontos, sallangmentes és jól érthető fogalmazásra, az aktuális magyar szakterminológia használatára, a korrekt forrásmegjelölésre, a választékos illusztrációkra, az esetenként felvállalt személyes állásfoglalásokra, a nyomdatechnikai megjelenésre.

Mesterházi Zsuzsa

PAJOR EMESE:

## **Pajor Emese: „Látássérülés – bevezető ismeretek” és „A Braille-írás és -olvasás”**

ÖÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR,  
BUDAPEST, 2010.

Pajor Emese két könyvével egy sorozat első két kötetét olvashatják az ELTE Gyógy-  
pedagógiai Karán tanuló hallgatók, a látássérültek gyógypedagógusai, akik ismereteiket  
már megkopottnak és frissítésre szorulónak érzik, és mindazok, akiknek valamilyen  
okból a hazai és nemzetközi legfrissebb irodalmakon alapuló, magas színvonalú és  
modern szemléletű ismeretekre van szükségük látássérülésekről, látássérült kis-  
gyermek neveléséről, oktatásának lehetőségeiről és a rehabilitáció rendszeréről.

A Látássérültek Pedagógiája Tanszék munkatársai két évvel ezelőtt azt a célt tűzték  
ki, hogy megújítják szűkebb szakmájuk jegyzetszerű szakirodalmát, mivel a ren-  
delkezésre álló szakkönyvek egy-két kivételtől eltekintve mind legalább egy évtizede,  
leginkább a 80-as években íródtak.

A jegyzetsorozat egy-egy kötetet szentel a korai fejlesztés, a funkcionális látás vizs-  
gálata és fejlesztése, az agyi eredetű látáskárosodás, és a halmozottan sérültek, köztük  
az értelmileg sérült vak-, a siketvak, és a vak és autista személyek fejlesztése témájának.  
A szerzők nagyrészt a tanszék oktatói, de felkérést kapott a Tanszék korábbi oktatója,  
dr. Csocsán Emmy és a halmozottan sérültek területének egy-egy szakértője, Katona  
Krisztina és Tóth Mónika is.

Az első két kötet szerzője Pajor Emese, aki a látássérült gyermekek nevelésében és  
oktatásában tapasztalatait a Gyengénlátók Iskolájában szerezte, az elmúlt években  
pedig a gyógypedagógus hallgatóknak oktat többek között Szakmódszertant, továbbá  
szervezi a gyakorló tanításokat. Doktori értekezését a vak gyermekek olvasászavarának  
témájában írja, feltéve a kérdést: mi húzódik a Braille-karakter tévesztésének hátte-  
rében, illetve a Braille-olvasászavar tekinthető-e diszlexiának?

Az *A Braille-írás és -olvasás* című könyv bemutatja és rendszerezi az olvasás- és írás-  
rendszereket, majd ismerteti a vak emberek számára kialakított tapintható írásrend-  
szereket. A Braille-írás rendszerszerű és történeti elhelyezése után ismerteti magát  
a Braille-pontrendszert, majd a Braille-írás tanulási és tanítási vonatkozásait taglalja. Itt  
ad betekintést doktori tanulmányai során szerzett ismereteibe, így ismerkedhetünk meg  
a Braille-olvasás neurofiziológiai hátterével, majd erre alapozva a Braille-pont-  
rendszerben történő olvasás és írás zavarainak kérdéskörével.

A *Látássérülés – bevezető ismeretek* című könyv reflektál a látássérült gyermekek  
fejlesztésében és oktatásában tapasztalható új jelenségekre, az átélt változásokra.

Mitől mások ma a gyerekek a látássérültek iskoláiban – ennek háttereként ismerteti  
és elemzi a látássérülést okozó körök és ezek arányainak változását. Hogyan változott  
meg a gondolkozásunk a látássérült gyermekről – ennek kifejtéséhez bemutatja a lá-  
tássérült személyek meghatározásának és csoportosításának kritériumait, és állást foglal

a kategóriáktól mentes, ún. funkcionális definíció mellett, amely a modern gyógypedagógiai gondolkozás alapkövének tekinthető.

Milyen egy ma megszülető látássérült gyermek várható életútja – válaszként leírja a korai fejlesztés, az iskolarendszer, benne az integrált oktatási formák, majd a rehabilitáció intézményeit és ismerteti szolgáltatásait.

Hogyan változtatja meg a modernizáció a látássérült személyek életét – a látássérülteket segítő informatikai eszközök bemutatásán kívül kitér a látássérültek szempontjából akadálymentes környezet kialakításának szempontjaira, amelyről a társadalomban sokszor elfeledkeznek.

A változások és a modern szemlélet mindig a régiekhez való viszonyítást is jelenti, jelenbeli értékeink megfogalmazásához szükségünk van a szakma történelmének, elődeink nagyságának ismeretére és tiszteletére. Ennek megfelelően a könyv igen alapos áttekintést ad a látássérült gyermekekről való gondoskodás, az iskolák kialakulásának történetéről, világosan megrajzolva azt az utat, ahonnan indultunk, és amelyet minden látássérült gyermekekkel foglalkozó gyógypedagógusnak legjobb tudása szerint járnia kell.

Mindkét könyvet – a sorozat koncepciója szerint – magas tudományos színvonal jellemmez, a felhasznált irodalom felöleli a közelmúlt és a jelen hazai és nemzetközi szakirodalmát. Pontos hivatkozásokkal utal a forrásokra, ezzel sarkallva az olvasót ismereteinek további bővítésére. Ugyanakkor mindkét jegyzet a látássérült gyermekekkel végzett fejlesztő és oktató munka gyakorlatának ismeretét és szeretetét tükrözi. A sok kép és ábra nagyban segíti a tartalom feldolgozását, a fejezetek végén pedig összefoglaló kérdések találhatók, amelyek az önellenőrzés lehetőségét kínálják a jegyzetből tanulók számára.

Meggyőződésem, hogy a látássérült gyermekekkel való foglalkozásra való felkészülésben nagy segítség Pajor Emese két új jegyzete, és nagyon remélem, hogy a sorozat további kötetei is hasonlóan színvonalas, kiváló munkákként fogják követni e két kötetet.

*Gadó Márta*

RONIT BIRD:

## Hogyan győzzük le a számolási nehézségeket? Segítség a diszkalkuliával, matematikai nehézségekkel küzdő diákoknak (Fordította: Siposs András)

AKADÉMIA KIADÓ, BUDAPEST, 2011.

Örömmel írok ismét a diszkalkulia területén megjelent kiadványok egyikéről, hisz 2011-es magyarországi kiadásával még szinte ropogósan friss szakanyag. A szerző ugyan 2009-ben készítette, de a terület kevés számú szakirodalmát tekintve még így is friss műnek számít.

A Ronit Bird által írt *Hogyan győzzük le a számolási nehézségeket?* című kiadvány forradalmi segítséget nyújt a pedagógusok, a szülők számára. Alaposan kidolgozott módszertani rendszerével a Lorenz Radatz által felállított fejlődési sorrendet követve hangsúlyt fektet a konkrét tárgyakkal történő manipulálásra, mely által erősödik a képi elképzelés, szimbolikus ábrázolás, automatizálás, végül a szöveges feladatokhoz szükséges elvont gondolkodás.

A kiadvány rövid szakmaelmélet után részletesen foglalkozik az egyesével való számolás leküzdésével, a tízes átlépés technikájával, a szorzás és osztás területi modelljével, végül a következtetés módszerével. A témákhoz rengeteg játékot vonultat fel, mely által személyre szabott, differenciált foglalkozások szervezhetőek.

Magyarországon a számolási zavart a diszkalkulia fogalma alá rendelik, míg a jelen kiadvány eltérő értelmezése alapján Brian Butterworth felmérésére hivatkozva 4–6%-ra teszi a diszkalkuliasok számát a tanulói populációban, melyhez más szakértőkre hivatkozva 50–60%-ban megjelenő számolási nehézséget említ. Az előző fogalmi tisztázás alapján nem egy szűk értelemben vett diszkalkulia terápiás módszertani eszközt tart kezében az olvasó, hanem egy átfogó matematikai nehézségeket áthidaló segédletet.

A kiadvány újdonsága, hogy az Akadémia Kiadó honlapján virtuális melléklet található, mely a szemléltető eszközökről készült leírást, kinyomtatható játékokat és feladatokat tartalmazza.

Végül a könyv borítóján található összefoglaló listával ajánlom minden szakember figyelmébe:

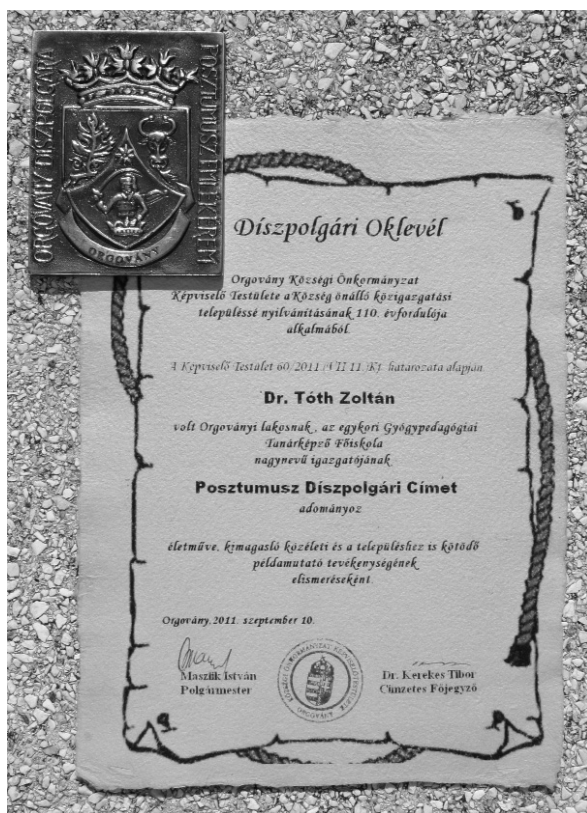
- 9–16 éveseknek,
- 40 játék,
- tanítási módszerek



<http://www.animula.hu/index.php?page=adatlap&csoporid=ujdonsag&konyv=1190>

Farkasné Gönczi Rita

# FIGYELŐ



Olvasóinkat már korábban is tájékoztattuk (GYOSZE 2005/2.; GYOSZE 2010/2.), hogy Orgovány község néhai polgára, Dr. Tóth Zoltán (1883–1940) gyógypedagógus, az egykori Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Európa-hírű igazgatója emlékét – az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógia-történeti Gyűjtemény közreműködésével – milyen példamutatóan ápolja.

A 2011-ben önálló közigazgatássá válásának 110. évfordulóját ünneplő Orgovány szeptember 10-én jubileumi falunapot tartott.

Ebből az alkalomból az Orgoványi Képviselő-testület Dr. Tóth Zoltán részére *posztumusz díszpolgári plakettet és oklevelet* adományozott, és *Dr. Tóth Zoltán emlékkiállítás* rendezett.

Maszlik István polgármester és Gellért Imréné, a kiállítás rendezője a díszpolgári plakett és oklevél ünnepélyes keretek közötti átvételére, és Dr. Tóth Zoltánról előadás tartására Gordosné dr. Szabó Anna gyógypedagógust, ny. főiskolai tanárt, az Emlékkiállítás megnyitására Pákozdiné Kenderessy Katalin gyógypedagógust, ny. gyógypedagógiai intézetigazgatót kérte fel.

A nagyszámú orgoványi polgár és meghívott vendég részvételével lezajlott ünnepi programok a magyar gyógypedagógia történetében is feljegyzésre méltó, példaértékű események voltak.

*Gordosné Szabó Anna*



# Önkéntesként Portugáliában

Az Európai Önkéntes Szolgálatnak (EVS) köszönhetően hat hónapos (2011. június–december) programban vehettem részt Európa egyik legrégebbi egyetemi városában, Coimbrában. Itt van ugyanis az Associação Paralísia Cerebral de Coimbra (APCC), vagyis a Coimbrai Cerebrál Parézis Egyesület székhelye. A nagy és összetett intézmény tevékenysége modellértékű, és a magyar kapcsolat immár több évre tekint vissza. De mi is ez az önkéntesség?

*„Az Európai Önkéntes Szolgálat révén fiatalok önkéntes munkát végezhetnek egy másik országban, általában kettőtől tizenkét hónapig tartó időtartamban. Az önkéntes munkák széles körét kínálják a különböző résztvevő szervezetek, mindenki megtalálhatja az érdeklődésének leginkább megfelelő tevékenységet kulturális, környezetvédelmi, sport, média és különböző szociális területeken.*

*Az önkéntes szolgálat ideje alatt a fiatalok intenzív tanulási folyamatnak lesznek részesei, lehetőségek nyílnak egy másik ország és kultúra megismerésére, és ezáltal önmaguk, személyiségük fejlesztésére. (Hátrányos helyzetű fiatalok rövidebb időtartamú önkéntes szolgálatot is vállalhatnak.) Az önkéntes szolgálat ideje alatt az Európai Bizottság támogatása fedezi az önkéntes megélhetési költségeit (étkezés, lakhatás) és szerény mértékű, országonként eltérő mértékű zsebpénzt biztosít.<sup>1</sup>*

Ezt a bemutatkozó szöveget olvashatjuk a Mobilitás honlapján és valóban, a  *Holding Hands With Other Abilities* csupán egy program a sok közül, amiben értékes nemzetközi tapasztalatok nyerhetők. Jelen pillanatban közel ötven országba lehet utazni (nem csak az EU -n belül), és közel ötszáz(!) fogadó intézmény hirdet programot „disability” témakörben. Persze ahhoz, hogy jó helyre kerüljön a 30 év alatti, vállalkozó szellemű fiatal, érdemes tájékozódni.

Az én esetemben az egyik ilyen tájékozódási pont Virányi Anita (tanársegéd, ELTE BGGYK Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék) volt, aki korábban egy más típusú (LLP Leonardo da Vinci) program keretén belül már megismerkedhetett az APCC-vel. Volt azonban még két bátor magyar gyógypedagógus hallgató (Bujdosó-Farkas Bernadett, Kispál Adrienn), akik fél évet rászántak az életükből, hogy felejthetetlen élményekhez és egy latin nyelvhez jussanak. Közülük közvetlen elődöm Ada volt, aki részletesebben beszámolt arról, hogy mire számíthatok, és ez sokat segített a készülésben.

Bár ezen programok munkanyelve az angol, biztos voltam abban, hogy ahhoz, hogy mélyebb tapasztalatokat szerezzek, el kell sajátítanom majd az adott ország nyelvét (ami nyelvfüggő logopédus hallgatóként épp motiválóan hatott). Ennek érdekében egy tíz leckés audio tanfolyamot vettem végig, ami később jó alaphoz bizonyult, és az a napi fél óra gyakorlás, ami általában az egyetemre menet a metrótúzásra esett, nem volt megterhelő. Ezt követően nagyon gyorsan történtek az események, és egyszer csak azon kaptam magam, hogy az utolsó nyelvleckét már nem az Ecsery út irányába robogó metró kocijában, hanem az Air Portugal lisszaboni járatán hallgatom.

---

1 <http://www.mobilitas.hu/flp/evs> (Letöltve: 2011. december 30.)

Coimbra Lisszabontól 200 kilométerre északra, az Atlanti-óceántól pedig 50 kilométerre keletre helyezkedik el. Ide vonattal jutottunk andalúz önkéntes társammal, aki „PÁL” feliratú táblával várt a repülőtéren, mint a filmekben. Itt éreztem először, hogy nincs visszaút (ami nem igaz, ugyanis a programot bármikor meg lehet szakítani, ahogyan azt tette is az egyik önkéntes társunk egy hónap után, családi okokra hivatkozva).

Az itthonihoz viszonyítva szokatlanul nagy sebességgel robogott a vonat északi irányba, de nem ez volt azt egyetlen jele annak, hogy az „Európa egyik legszegényebb országa” cím számunkra mást jelent, mint Európa gazdagabbik felének.

*„Persze az elsődleges analógiák számunkra országnagyság, kultúra és történelmileg nem is túlzottan távoli társadalmi fejlettségi szint szerint is elsősorban Európában vannak, gazdasági fejlettség szerint azonban leginkább mégis Spanyolország és Portugália adja őket.”<sup>2</sup>*

Így ír Köncezi, azonban összehasonlításaink során nehézségekbe ütközünk, ami véleményem szerint nem elsősorban a gazdasági, hanem a történeti és szemléletmódbeli különbség miatt van.

## Az APCC rövid története<sup>3</sup>

Az APCC tevékenységét még 1975-ben, egy évvel a demokrácia kikiáltását követően kezdte egy nonprofit célú, jótékonyági magánszervezetként NRC/APPC névvel (Portugál Cerebrál Parézis Egyesület – Központi Régiós Mag). Ezt követően aztán sorra nyíltak a testvérintézmények és ma már 15 ilyen van országszerte, bár a coimbrai a legfejlettebb. A CRPCC (A Cerebrál Paralízises Személyek Coimbrai Rehabilitációs Központja) elsősorban a gyermekek segítségét szolgálta, alapvetően prevenciószemlélettel, 1977 szeptemberétől önálló vezetéssel. Rehabilitációs feladatait megtartva, a fiatalok munkavállalásra való felkészülését segítő hozták létre a Quinta da Conraria-t (Konrária Farmot) 1983-ban. Portugália belépése az Európai Gazdasági Közösségbe (1986) új fejlődési perspektívákat nyitott meg, és alapvető ismereteik elmélyítése érdekében megtartották első szakmai kongresszusukat 1989-ben. Az idő múlásával egyre több tréning került megrendezésre, melyeknek száma napjainkban eléri az évi tizennyolcat. A képzések a régióbeli szakembereknek, a fogyatékos személyeknek, valamint a szociális kirekesztés veszélyének kitett fiataloknak és felnőtteknek is szólnak. Látva a portugál társadalom fejlődését, a fogyatékos személyekkel szemben mutatott attitűd változását, nem hagyhatták figyelmen kívül a teljes integráció egyéb akadályainak elhárítását sem, legfőképpen nem a halmozottan fogyatékos személyek esetében. Ennek érdekében hozták létre CAO-t (Foglalkoztatási Rehabilitációs Központ) 1992-ben. Nemzetközi kapcsolataik a 90-es évek közepén kezdtek kiépülni egy projekt kapcsán, amely az új megközelítésekről szólt a fogyatékos személyek képzésében. Azóta több mint 30 közösségi projektben való részvétellel a szervezet kiterjesztette tevékenységi körét, valamint a minőségbe fektetve erőforrásait, fejlesztette munkatársait és tökéletesítette szolgáltatásait. 2005-ben az intézmény újabb

---

2 Köncezi György: Európán innen és túl, avagy: Mit tanulhatunk más országoktól? In: Kálmán–Köncezi: A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, Budapest, 2002. 196.

3 [http://www.apc-coimbra.org.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=76&Itemid=192](http://www.apc-coimbra.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=192) (Letöltve: 2012. január 2.)

változásokon ment keresztül és APCC (Coimbrai Cerebrál Parézis Egyesület) néven vált egyre ismertebbé. Ahogy láthattuk, gyors és dinamikus fejlődésen ment keresztül a szervezet és mindent megtett annak érdekében, hogy az ország uniós csatlakozása céljainak elérésének szolgálatába álljon.

Érkezésünkkor négyfős delegáció várt bennünket, plusz egy sofőr az intézmény logójával ellátott furgonnal. 39 ilyen jármű áll rendelkezésükre, amiből napi használatban húsz van, ezek közül 14 autó kerekesszékek szállítására is alkalmas, ahogy a szervezet honlapján is olvashatjuk.<sup>4</sup> Ezzel gyakorlatilag a régióban élő fiatalok és gyerekek szállítását oldják meg naponta összesen majd 3500 kilométert megtéve. Szállásunk egy négyszobás, nappalis, konyhás apartmanban volt, ami szintén a szervezethez tartozik. Ebédet általában az intézmény központjában kaptunk, a többi étkezést pedig az általunk rendelt alapanyagokból kellett megoldanunk. A zöldségek nagy részét a már említett farmon termelik meg, de sok száraz élelmiszer csomagolása arról árulkodott, hogy uniós segítségből származik, kereskedelmi forgalomba nem hozható.

A munka három fő helyszínen zajlott:

## **Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra**

(Coimbrai Cerebrál Parézis Rehabilitációs Központ – A „Központ”)

A kék-fehére festett modern épület a kilencvenes években épült, kifejezetten erre a célra. Itt történik a logopédiai, pszichológiai, szociális és „foglalkoztatási terápiás” ellátás (a *terapeuta ocupacional* jelenti nálunk az általános értelemben vett gyógy-pedagógust, a szakemberképzésben nincs specializáció, kivéve a logopédiát), valamint a gyógytorna. Helyet kap még egy medence a hidroterápiának, tornaterem, művészeti terem, egy Snoezelen<sup>5</sup> szoba, két orvosi rendelő, óvoda és általános iskola. Integráltan történik a nevelés-oktatás és az étkeztetés is, ahol a legtöbbet segítettünk. Szokatlan a magyar fülnek az a ricsaj, amiben ezek a gyerekek esznek, de mindenki együtt ebédel (az intézmény dolgozói, az ép gyerekek és azok is, akiket etetni, vagy szondán át táplálni kell). Kétségtelen előnyökkel jár, hogy az egész Központ vezetése, hivatalai, valamint rendelői egy helyen vannak.

A bejáratnál fedett, (az egyesület logóját kirajzoló) apró macskakövekkel lerakott beálló, ahol a klienseket szállító furgon kényelmesen áll meg, a sofőr mosolyogva üdvözli Paulo Mariat, aki pacsira emeli talpát (jelezve, hogy a számítógép programozói tanfolyam jó volt), majd járművét lábujjaival az autó mögé – a súlyos elektromos kerekesszéket is könnyedén felemelő lifthez – kormányozza. Társaival a felnőtt lakóotthonba mennek.

## **Residencia Eça de Queiros** (Eça de Queiros Lakóotthon – Az „Eszá”)

Amíg a nyári szünet tartott, a „nyári napköziben” maradt gyerekekkel mentünk a parkba, a plázába, vagy épp a *Kung-Fu Pandát* néztük meg a moziban, de időnk nagy részét az Eszában töltöttük. Ez a gyönyörűen felszerelt, egy kissé szűkös, ám annál

---

4 [http://www.apc-coimbra.org.pt/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=276&Itemid=210](http://www.apc-coimbra.org.pt/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=276&Itemid=210) (Letöltve: 2012. január 2.)

5 A Snoezelen terápiáról magyarul itt olvashat: <http://www.educentrum.hu/pedagogia/cikk/352>  
A cég hivatalos honlapja: <http://www.snoezeleninfo.com/>

családiasabb lakóotthon vegyes, körülbelül húszfős társaságnak ad helyet: a jogtan-hallgató, kerekesszékes fiataltól a súlyosan és halmozottan fogyatékos középkorú úrig.

Amikor azonban ezeket a sorokat írom, csak úgy tódulnak fel az emlékek. Például eszembe jut, amikor fogorvoshoz kellett mennem, és a „fogorvosos szorongásomat” csak tetézte az idegen nyelvi közeg. Beültem a fogorvosi székbe, és amíg a röntgenre vártunk, a doktor úr beszédbe elegyedett velem. Megkérdezte honnan való vagyok, mit csinálok itt. Én válaszoltam minden kérdésére, mondtam, hogy magyar, önkéntes, APCC. Kiderült, hogy ismeri. Mondtam, hogy most nyáron az Eszában vagyok, kiderült, hogy azt is ismeri, majd rákérdezett, hogy mely napokon szoktam ott lenni és ismerem-e Paulo-t. Mondtam, hogy mikor és hogy igen, ismerem (az előbb említett középkorú úr). Elmosolyodott és furcsállotta, hogy még nem találkoztunk, mivel a szóban forgó személy az ő ikertestvére, majd elkezdte fújni a fogamat...

A portugál egészségügyi élmények után szívesen térek vissza a lakóotthonba, ahol három-négy önkéntes tevékenykedik majd minden délután, ugyanis a normalizációs elvnek megfelelő ritmust és környezetet megteremtik ezeknek az embereknek, de még így is marad sok idő, amit hasznosan is el lehet tölteni. Az pedig hogy hogyan, teljesen a mi kreativitásunkon múlik. Így aztán be is vetettük a bevethető művészetterápiás eszközöket, és így értettem meg, hogy a legkisebb eredmény is eredmény, és hogy némelyikük bizony jobban tudott örülni egy szájjal megfestett képnek, mint ahogy némelyikünk örül a diplomája megszerzésének.

De nem csak a kliensek szempontjából éreztem fontosnak és hasznosnak az önkéntesek munkáját. A gondozókat is segítettük, és az itt betöltött feladatunk nem elsősorban a fizikai, hanem a lelki tehermentesítés volt. Mert a lift, az állal irányítható elektromos kerekesszék, az emelőgép, a gyönyörűen felszerelt konyha, a furgonok és az elfogadható fizetések mellett is nagy a teher és e teher mellett embernek kell maradni. És ennek érdekében mindent megtesznek, mert ez a legfontosabb. Az, hogy a személyzet mindig szép, tiszta egyenruhában dolgozik és nem vállal többet annál, mint amit bír. Hogy a munkatársaknak van idejük egymást meghallgatni és egymással is törődni. (Hányszor találkoztunk olyan kollégával, aki mindig rohan, mert túlvállalja magát és valahol mintha ezt érénynek tartaná, holott ennek csak a munkája minősége és az egészsége látja kárát.) Hogy a felelősség tekintetében van alá és fölrendelt viszony, viszont a személyközi kapcsolatokban ez nem érezhető. És sok-sok apró gesztus, amiben benne van, hogy közösen visszük a terhet és számíthatunk egymásra. És ez a szemlélet igen vonzóvá teszi a fiataloknak az önkéntességet, azt, hogy egy ilyen közösségnek – ha csak átmenetileg is – tagjai legyenek. És tagjai is lesznek, eljöttömkor közel harminc portugál önkéntes fiatalot kellett a koordinációs csapatnak (Glória Carvalheiro, Carina Leal, Kim Almeida, Rita Elias) beosztania, és ez a legvegyesebb társaság, de általában egyetemisták mindenféle szakról, mivel a munkavállalók már értéknek tartják, ha valaki önkéntes munkával tett egy kicsit a társadalomért. És valóban így működik a társadalom. Ha adok, előbb-utóbb kapok, hiszen minden pozitív impulzus lefut a társadalmi hálón és visszajut hozzám. Ez persze nem új találmány, gondoljunk csak a kalákára.

## **Quinta da Conraria** (Conraria Farm – A „Kinta”)

A tekintélyes kukoricafölddel, gazdag gyümölcsfákkal (kivivel, mandarinnal, narancssal, öklömnyi méretű citromokkal), zöldséges sátrakkal, tanműhelyekkel (asztalos, kárpitos,

autószerelő, autómosó), tankonyhával (ahol naponta 300 főre főznek), foglalkoztatóval, itt is egy Snoezelen szobával, egy műfüves focipályával és szintén komplex szociális ellátó egységekkel ellátott hatalmas farm számomra legizgalmasabb része a fedett lovarda volt. Itt hús-huszonöt lovat látnak el, és heti két alkalommal zajlik a lovasterápia egész nap. Abban a szerencsés helyzetben voltam, hogy a két terapeuta (Aline Pereira és José Guilherme) szívesen fogadta az asszisztenciát mind a loápolás, mind a ló vezetése, alkalmanként pedig a terápiás utasítások adása tekintetében. A legtöbbet itt és a hidroterápián tanultam, szintén ezen két terapeuta segítségével. Hálás munka az övék, hiszen (bizonyos esetekben) azonnal érzékelhető hatása van a tevékenységüknek. A ló hátán lekövethető a pillanat, amikor a gyerek egyensúlyba és szinkronba kerül a ló mozgásával (és viselkedésével), a meleg vízü medencében pedig szemmel látható, ahogyan a gyakorlatok hatására a spasztikus végtagok tónusa csökken. Itt, a terápiás eljárásoknál szót kell ejteni José Guilherme adaptációjáról, a Zarabatana-ról. Igazából ez nem más, mint köpöcsövezés, kontrollált körülmények között. A gyerekek ülő testhelyzetben céloznak a rögzített csővel (rendes, fegyverboltban beszerezhető eszköz) és a szigorú szabályokat betartják (egyszerre kezdjük a lövöldözést, nem lövünk, amíg valaki az eszköz vonalán túl helyezkedik el, a könyökünket letámasztjuk, mindkét talp a padlón, egyenes testtartás, szabályos hasi légzés stb.). A gyakorlott kollégák egyből kitalálták, hogy mi mindenre jó ez a „játék”. A pontokat az asszisztens (ennek köszönhetően tanultam meg nagyon gyorsan portugálul a számokat) feljegyzi és összesítve a naplóba vezeti. Itt még az ingadozó eredményű, figyelemzavaros gyerekeknél is javuló tendencia figyelhető meg fél éves (heti rendszerességű) periódusban.

## A munkatársakról

Szót kell ejtenem egy szomorú tényről. Dr. José Mendes de Barros, aki az egész eszme atyja, az intézmény legfelsőbb vezetője és motorja, épp érkezésem előtt néhány nappal hunyt el. Az egész intézmény mély gyásza tanúskodott az Ő személyiségének fontosságáról. Személyesen nem ismerhettem, viszont az a tisztelet, amivel ennek az embernek a munkássága előtt fejet hajtottak, akaratlanul is eszembe juttatta a mi Dr. Bárczi Gusztávunkat, így kötelességemnek éreztem együttérzésemet kifejezni a temetésén való részvétellel. Néhány nappal később Buday Tanár Úr végső búcsújáról értesültem, amin viszont nem lehettem jelen.

A tisztelet jellemzi általában a munkatársak egymás iránti viszonyát, és ahogy idegennyelvi fejlődésem engedte, ezt próbáltam én is követni a magázó alakok használatával. A portugál nyelvben való haladásom nagyon gyors volt önkéntes társaimnak köszönhetően. A velem egykorú spanyol és a frissen érettségizett német kollégák (Laura Gomes del Rio, Annika Reinhardt) lelkesek és motiváltak voltak, és mivel a spanyol nyelv közel van a portugálhoz és a németekre jellemző szorgalom (amit Annika hozzáállása bizonyított) azt eredményezte, hogy nagyjából két hónap alatt már egymás között is csak portugálul beszéltünk. Igaz, hogy voltak olyan helyzetek, amikor rajtunk kívül senki nem értette, hogy mit mondunk, de a program félidejére nem volt probléma megértetni magunkat. Ehhez azonban nagyban hozzájárul az a heti két-három portugál nyelvóra, amit szintén biztosít a program, és számomra az egyik legértékesebb volt. Ugyanis Vera Rosario, szeretett nyelvtanárunk nem kímélt bennünket és a szabadidőnk, ami a TPC-k (*Trabalho Para Casa*, vagyis Házi Feladat) feladását illette.

Az Ő vezetésével nemcsak a portugál nyelv finomságait (a végén már közmondásokat és „igazi” portugálos fordulatokat is tanultunk és használtunk) ismerhettük meg, hanem a gazdag portugál kultúrából is magunkba szívhattunk igazán sokat. Ez az idézet most Verának szól, aki azt mondta, hogy hamarosan el kell kezdenie magyarul tanulni, hiszen ez év tavaszán a „negyedik generációs” magyar önkéntes is az Ő szárnyai (vagy nyelve) alá kerül Morauszki Kata személyében. *Então, vamos Vera!*

*„Így telt el a nyárom. Most pedig itthon vagyok, és eldicsekszem, hogy tudok portugálul, ami a mai viszonyok között, mikor oly lázasan keresik a portugálul tudókat, és oly fényes lehetőségek nyílnak előttünk, nem megvetendő dolog. Mindenesetre csodálatos nyelv. Omlósabb, mint az olasz, gyengédebb, mint a spanyol. Egészen porbanyó latin.”<sup>6</sup>*

Nagyon sokat köszönhetek azonban minden munkatársnak. A gondozóktól, asszisztensektől kezdve Dr<sup>a</sup> Teresa Paiva-ig, a Központ igazgatójáig, ugyanis nem sajnálják az időt arra, hogy megállítsák az embert a folyosón, és megkérdezzék tőle, hogy hogy telt a hete, hogy megy a beilleszkedés. Ez a fajta érdeklődés őszinte és néhány mondatnál hosszabb az itthon megszokottnál. Figyelnek egymásra az emberek, de nemcsak a munkatársak, hanem az utca emberei is. Számomra ennek az egyik legérdekesebb bizonyítéka, hogy a buszmegállóban integetni kell a buszsofőrnek, hogy megálljon. Fontosnak tartják a személyes kontaktust és a szabályokat. Ha szabad általánosítanom, azt mondom, hogy a portugál nép kedélyes, nyitott és szelíd, a mélyebb kapcsolatokhoz azonban nehezebben jut az ember. Ez a természet azonban szerintem jó alapot szolgáltat a társadalmi befogadásnak, mivel ezen elv alapján nyugodtan közel engedhetünk magunkhoz majdnem mindenkit, az énünk sérülékenyebb rétege azonban érintetlen marad, így azt azzal oszthatjuk meg, akit valóban érdemesnek találunk rá. Magyarul, mély barátságok nehezen kötődnek és azokért is bizony keményen meg kell küzdeni. Azonban a küzdelemnek van eredménye, ahogy azt a példám is mutatja, ugyanis beválogattak a CMUC-ba (*Coro Misto da Universidade de Coimbra*, Coimbrai Egyetemi Vegyes Kórus), ahol egy alkalommal színpadra is léphettem velük a hivatalos egyetemi (kölcson)viseletben, ami nagyon nagy megtiszteltetés volt.

## Mivel lettem még gazdagabb?

Végezetül szót kell ejtenem a rengeteg élmény, a portugál nyelv és szimpatikus szemléletmód mellett a szűkebb szakmai és mélyebb személyes élményeimről. Ahogy Németországban kötelező az érettségi elvégzése után legalább három hónapos önkéntes munka egy ahhoz közel álló területen, ahol az illető később továbbtanulni szeretne, itthon is támogatni tudom az ilyen irányú törekvéseket. Az első hidroterápiás alkalommal, amikor egy súlyos, halmozott fogyatékos kislányt bíztak rám, azonnal eldőlt, hogy fogom-e ezt még csinálni, vagy sem. Carmina Eliasnak, a szervezetnél immáron harminc éve dolgozó logopédusnak és munkatársának, Ana Dinisnek köszönhetően pedig betekintést nyerhettem az ott zajló logopédiai tevékenységbe is, ami értékes tapasztalatokat adott és nagyon motivált arra, hogy hazajöjjek és a tanszék beleegyezésével tömbösítve elvégezzem a féléves gyakorlatomat.

---

<sup>6</sup> Kosztolányi Dezső: Portugálul olvasok. In: uő: Nyelv és lélek (Réz Pál szerk.). Osiris Kiadó, Budapest, 2002.

De nem kizárólag a szakmai elhivatottságomat erősítette meg ez az út, hanem a különbségeket látva és tapasztalva értettem meg, hogy mennyire fontos a kultúránk ápolása, a nyelvünk művelése, ízletes magyar ételeink elkészítése, a munkába vetett hit és a legalapvetőbb emberi értékek, mint a tisztesség és az egymás felé mutatott (gyanakvástól mentes!) bizalom gyakorlása. Hiszen *a legnagyobb csapás, ami egy népet érhet, ha az ítélőképességét teszi tönkre.* Az ítélőképességet azonban megerősíti az, ha elmegy az ember, és olyan tapasztalatokat szerez, melyeket itthon nem tud. Ma még adott számos lehetőség, ami nem pénz, csak energia és idő kérdése (Az idő márpedig nem pénz!), és az Európai Unió vagy a „nagyvilág” kínál. Ha a feltételek adottak, nem szabad habozni, menni kell!

*Ezúton szeretném megköszönni az ELTE BGGYK Fonetikai és Logopédiai Tanszék, ezen belül Dr. Lajos Péter Tanszékvezető Úr és Fehérné Kovács Zsuzsanna témavezetőm támogató hozzáállását, a küldő szervezetem részéről Kovács Róbert segítségét, valamint a családom, a barátaim és a barátnőm jelenlétét, akik báromezer kilométer távolságból is a hat hónap alatt mindvégig mellettem álltak.*

*A további portugál élményeim mellett még az is kiderül a blogomból, hogy hogyan tanultam meg kenyeret sütni portugál lisztből, amit a kedves olvasó figyelmébe ajánlok: [www.onkenyes.blog.hu](http://www.onkenyes.blog.hu)*

Szabó Pál



*Hogyba elindul a vonat...*

---

Önkéntesek



# A Gyógypedagógiai Szemle munkatársai 2011-ben

## Eredeti közlemények

<i>Balázs Boglárka:</i>	Az allergia	<b>4.</b>	288. o.
<i>Benczúr Miklósné:</i>	A szomatopedagógia kapcsolata a gyógypedagógia speciális pedagógiáival	<b>2.</b>	109. o.
<i>Berényi Marianne – Katona Ferenc:</i>	A fejlődésneurológia szerepe a szomatopedagógiában	<b>2.</b>	121. o.
<i>Bóna Judit:</i>	A beszédpercepció és a beszédprodukciónak összefüggései fiatal, idősödő és idős korban	<b>3-4.</b>	221. o.
<i>Dr. Hirschberg Jenő:</i>	Orrhangzós beszéd	<b>1.</b>	22. o.
<i>Jordanidisz Ágnes:</i>	A kétnyelvű gyermekek olvasástanulásának és fonológiai tudatosságának kapcsolata	<b>3-4.</b>	205. o.
<i>Kullmann Lajos:</i>	A biológiai tárgyak szerepe a szomatopedagógus képzésben	<b>3-4.</b>	213. o.
<i>Lajos Péter:</i>	Beszéd és lélek. Adalékok a dadogás pszichoanalitikus értelmezéséhez	<b>2.</b>	114. o.
<i>Lénárt Zoltán:</i>	A mozgásnevelés hatására bekövetkező minőségi változások mérhetősége hemipareticus gyermekek felső végtagi mozgásaiban	<b>2.</b>	131. o.
<i>Oláh Tünde – Mészáros Andrea:</i>	WISC-IV teszttel végzett vizsgálat a magyar nyelvfejlődési zavarral küzdő gyermekek intelligenciaprofiljának jellegzetességeinek feltárására	<b>1.</b>	39. o.
<i>Dr. Radványi Katalin:</i>	A kompetencia alapú fejlesztés értelmezése a kognitív képességek jelentős elmaradása esetén	<b>1.</b>	1. o.
<i>Sebestyén Tar Éva:</i>	Atipikus fonológiai fejlődés és fonológiai folyamatok	<b>3-4.</b>	196. o.
<i>Szamosi Tímea – Mészáros Krisztina – nagy Éva – Banai János:</i>	Gastro-oesophagealis reflux (GOR) és rekedtség előfordulása beteganyagunkban	<b>3-4.</b>	233. o.
<i>Szanati Dóra:</i>	A logopédus-egészségpszichológus szerepe a koraszülött gyermekek utánvizsgálatában	<b>3-4.</b>	188. o.
<i>Szentkatolnay Miklós – Gombkő Andrea – Páter Tünde – Szauer Csilla:</i>	Hogyan biztosítsunk a különféle közszolgáltatásokhoz egyenlő esélyű hozzáférést mindenkinek?	<b>1.</b>	57. o.
<i>Vargáné Molnár Márta – Paulik Edit – Tróznai Tibor – Kullmann Lajos:</i>	A DIS-QOL életminőség vizsgálati eljárás adaptálásának hazai eredményei értelmi fogyatékos személyek körében	<b>2.</b>	142. o.

## A gyakorlat műhelyéből

<i>Bernolák Béláné:</i>	Vízben végzett rehabilitációs foglalkozások értelmezése, jelentősége a gyógypedagógiában, tükröződése a gyógypedagógus képzésben	<b>2.</b>	153. o.
<i>Binder Anikó:</i>	Magamtól tanultam... - Óvodáskorú gyermekek írása, olvasása	<b>3-4.</b>	237. o.
<i>Deák Gabriella:</i>	Beszéd fogyatékos tanulók integrált ellátása a zuglói Móra Ferenc Általános Iskola gyakorlatában	<b>3-4.</b>	267. o.



<i>Molnár Katalin:</i>	Cybergerek, cyberiskola, cybertársadalom	<b>1.</b>	68. o.
<i>Sabó Fanni:</i>	Vidéki és fővárosi nagycsoportos gyermekek spontán írásának és olvasásának összehasonlító vizsgálata	<b>3-4.</b>	251. o.

## Könyvismertetés, újdonságok

<i>Lőrík József:</i>	Fehérné Kovács Zsuzsa – Sósne Pintye Mária: Játsszunk beszédet!	<b>3-4.</b>	276. o.
<i>Papp Gabriella:</i>	Zusammen aufwachsen. Schritte zur frühen inklusiven Bildung und Erziehung	<b>2.</b>	161. o.
<i>Sárközi Judit:</i>	Utazótanári tapasztalatok az inklúziós környezet megteremtésére. Útmutató a korai agykárosodás okozta mozgáskorlátozott (CP) gyermekek együttneveléséhez	<b>2.</b>	160. o.
<i>Sósne Pintye Mária:</i>	Smythe, Ian (szuerk): Diszlexia útmutató felnőtteknek az élethosszig tartó tanulás jegyében	<b>3-4.</b>	272. o.
<i>Szarka Emese:</i>	Böszörményi Gyula: Fiókszavak – a honi mozgássérültek kalauza	<b>1.</b>	85. o.

## A gyógypedagógia története

<i>Gáll Edina:</i>	Négy hét a beszédért, avagy az első vidéki hibás beszédet javító tanfolyam. Mozaikok a magyar logopédia és a Fővárosi Beszédjavító Intézet régmúltjából (1)	<b>3-4.</b>	278. o.
--------------------	---	-------------	---------

## Figyelő

	A Mozcásjavító az együttnevelésért	<b>3-4.</b>	174. o.
<i>Benczúr Miklósné:</i>	„Házavató” – Történeti áttekintés a mozgáskorlátozott gyermekek gyógypedagógiai neveléséről egy házavató kapcsán	<b>2.</b>	166. o.
<i>Órley Zita:</i>	Ismertető az Európai Unió Logopédusainak Állandó Bizottságáról (CPIOL) és a szervezet honlapjáról	<b>3-4.</b>	290. o.
<i>Radványi Katalin:</i>	Dr. Maria Bruckmüller születésnapjára	<b>2.</b>	177. o.
<i>Rosta Katalin – Baranyai Kamilla:</i>	Megemlékezés az alapítóról, Illxés Gyuláné Kozmutza Flóráról	<b>1.</b>	97. o.
<i>Szatmáriné Mályi Nóra:</i>	Túl az SNI ellenőrzésen	<b>3-4.</b>	287. o.

## In memoriam

<i>Krasznárné Erdős Felícia:</i>	Korompai Istvánné Temesvári Mária (1943-2010)	<b>1.</b>	100. o.
<i>Mezei Lajosné:</i>	Vass László (1931-2010)	<b>1.</b>	102. o.
<i>Rosta Katalin – Czeitel Barbara:</i>	Bicsákné Némethy Terézia (1955-2011)	<b>2.</b>	181. o.
<i>Szabó Ákosné:</i>	Buday József tanár úr tiszteletére (1941-2011)	<b>3-4.</b>	293. o.

## Hírek, információk

	Felhívás	<b>1.</b>	104. o.
	Kitüntetések a Magyar Kultúra naján	<b>1.</b>	99. o.
	Kitüntetések, díjak	<b>3-4.</b>	295. o.

# Tartalom

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

---

<i>Fazekasné Fenyvesi Margit – Józsa Krisztián: A beszédhanghallás és a beszédhiba összefüggése tanulásban akadályozott gyermekek esetében</i>	1
<i>Eigner Bernadett: Érzelmi- és viselkedészavarok gyökerei: a korai szülői hatások szerepe</i>	14
<i>Tóth Alinka – Ivaskó Livia: Szerzett pragmatikai zavarok</i>	25
<i>Mlinkó Renáta: Új intelligenciavizsgáló eljárások felhasználása a mozgáskorlátozott tanulók kognitív képességvizsgálataiban</i>	36
<i>Illyés Sándor † – Radványi Katalin – Csorba János: Az értelmi fogyatékoság prevalenciája 40 és 60 év közötti korcsoportban Magyarországon</i>	48

## KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

---

<i>Csocsán Emmy: A látássérült gyermekek matematika-tanulása, -tanításának módszertana (Mesterházi Zsuzsa)</i>	64
<i>Pajor Emese: „Látássérülés – bevezető ismeretek” és „A Braille-írás és – olvasás” (Gadó Márta)</i>	67
<i>Ronit Bird: Hogyan győzzük le a számolási nehézségeket? (Farkasné Gönczi Rita)</i>	69

## FIGYELŐ

---

<i>Figyelő (Gordosné Szabó Anna)</i>	70
<i>Önkéntesként Portugáliában (Szabó Pál)</i>	71

<i>A Gyógypedagógiai Szemle munkatársai 2011-ben</i>	78
--	----

# Table of Contents

## ORIGINAL PUBLICATIONS

---

<i>Mrs. Fazekas Fenyvesi, Margit – Józsa, Krisztián:</i> Relationships between Speech Sound Hearing and Speech Defect in Children with Mild Intellectual Disability (MID)	1
<i>Eigner, Bernadett:</i> The Roots of Emotional and Behavioral Disturbances: The Role of Early Parental Effectation	14
<i>Tóth, Alinka – Ivaskó, Livia:</i> Acquired Pragmatic Disorders	25
<i>Mlinkó, Renáta:</i> New Results in the Psychodiagnostic Assessment of Physically Disabled Children	36
<i>Illyés, Sándor f. – Radványi, Katalin – Csorba, János:</i> Prevalency of Intellectual Difficulty in the Age –Group of 40–60 Years Old People in Hungary	48

## BOOKS AND NOVELTY

---

Csocsán, Emmy: The Methodology of Teaching and Learning Mathematics for Children with Eye Trauma ( <i>Mesterházi, Zsuzsa</i> )	64
Pajor, Emese: "Eye Trauma – An Introduction" & "The Braille Writing and Reading" ( <i>Gadó, Márta</i> )	67
Ronit Bird: Overcoming Difficulties with Number ( <i>Mrs. Farkas Gönczi, Rita</i> )	69

## OBSERVER

---

Observer ( <i>Mrs. Gordos Szabó, Anna</i> )	70
Volunteer in Portugal ( <i>Szabó, Pál</i> )	71

Editorial and Contributors in 2011	78
------------------------------------	----