

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

JUBILEUMI SZÁM

2012 – XL. évfolyam

2

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

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

A szerkesztőség elérhetősége: gyogypedszemle@gmail.com

Megvásárolható: Krasznár és Társa Könyvkereskedelmi Bt.
1098 Budapest, Dési Huber u. 7.

HU ISSN 0133-1108

2012. április–június

Felelős kiadó:

GEREBEN FERENCNÉ DR. elnök – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. (gereben@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: 700,-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

40 ÉVES A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK EGYESÜLETE

ELŐSZÓ

A *Gyógypedagógiai Szemle* 2012. évi második száma jubileumi szám – a MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK EGYESÜLETE megalakulásának 40. évfordulójára. S mivel a „középkorúvá” érett MAGYE tagsága folyamatosan megújul az újabb, pályára lépő generációk nyomán, így hát nem haszontalan a kezdetekre visszatekinteni.

Jó 40 évvel ezelőtt, Göllesz Viktor (1930–1999) aktív kezdeményezése nyomán, 1970-ben indultak meg azok az előkészítő munkálatok, amelyek az Egyesület létrejöttéhez, majd nem sokkal azután, az Egyesület szakfolyóiratának megalapításához vezettek.

A kései utódok napjainkra már haszonélvezői, s remélhetőleg további éltetői is annak az elkötelezett szakmai tevékenységnek, amelyet elődeink, volt tanáraink, munkatársaink egy másfajta történelmi kor másfajta feltételrendszerében példaértékűen valósítottak meg, s hagytak örökül mindannyiunkra, akik számára fontos a fogyatékosok ügyének képviselete.

Göllesznek a 70-es évek társadalmi folyamatait figyelemmel kísérő nyitottsága segítette annak a lehetőségnek a kihasználását, hogy a Népköztársaság Elnöki Tanácsának 1970. évi 35. számú törvényerejű rendeletében szakmai társulás létrehozására vonatkozó lehetőséget a gyógypedagógus szakma számára hasznosítsa.

Ma már a szakmatörténet jegyzi, hogy e mozgalmas mindennapokon, a gyógypedagógus társadalom törekvéseivel összhangban, „harcostársaival”, a különböző gyógypedagógiai intézmények igazgatóival – többek között Homokon, Miskolcon, Abaujkéren, Girincsen és Vácon – többszörösen átforgatott beszélgetések eredményeként született meg a gondolat, hogy a fogyatékos csoportok ügyét képviselő hazai elődegyesületek tapasztalatait felhasználva jöjjön létre egy, a fogyatékosügy kérdéseivel átfogó módon foglalkozó önálló szakmai szervezet.

Munkatársaival, Illyésné dr. Kozmutza Flóriával, Gordosné dr. Szabó Annával, dr. Méhes Józseffel és Sziklay Bélával egyetértésben korának művelődésügyi miniszteréhez, Ilku Pálhoz fordulva kérte a főhatóság hozzájárulását az Egyesület megalakításához.

Mai szemmel nézve, amikor egyesületek tömegei vannak jelen az országban, ez az út nem volt annyira könnyen járható, bár a hiány egyre égetőbben sürgetett.

Az indoklásban felsoroltak szerint azért, mert

- a rendkívül komoly felelősséget vállaló, mindenképp az érintettek és hozzátartozók által megbecsült gyógypedagógus-testület nem rendelkezett önálló, a fogyatékosügy kérdéseivel átfogó módon foglalkozó civil szervezettel;
- a decentralizáltan működő intézmények kapcsolattartása szervezeten még az azonos típusúak esetében sem volt megoldott;
- a társtudományok és segédtudományok, a rokonszakmák képviselői akkoriban már mind rendelkeztek egyesületekkel, társaságokkal, de a gyógypedagógia, a fogyatékosügy azonban a maga egészében sehol sem kapott képviseletet, meghatározott,

sajátos problémaköreivel minden más egyesület, társaság programjából „kilógott”, s az erők szétforgácsolódtak;

- a gyógypedagógusok testülete – önálló szervezet híján – nemzetközi kapcsolatokat nem létesíthetett.

A miniszter, az engedély közvetlen megadása előtt Göllesz Viktort egy országos felmérés lefolytatásával bízta meg. Az előkészületek során 118 gyógypedagógia intézmény kapott tájékoztatást a MAGYE megalakulásának lehetőségéről, s várta a belépők szándéknyilatkozatát, hogy tagjai kívánják lenni a majdani Egyesületnek.

Az összegyűlt 1594 aláírás nyomán 1971 decemberében miniszteri engedélyre így kapott zöld utat a MAGYE. Az 1972. február 12-én megtartott alakuló közgyűlést az elmúlt 40 év közgyűlései és az Egyesület aktív szakmai tevékenysége követték.

A megalakulást követő évben, 1973-ban pedig létrejött a gyógypedagógus szakma napjainkig legismertebb – s talán túlzás nélkül állítható – legolvasottabb országos szakfolyóirata, a MAGYE kistestvére, a GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE Gordosné dr. Szabó Anna alapító-főszerkesztő közreműködésével, aki ezt a tevékenységet 1973–2008 között látta el.

A folyóirat negyedévenként megjelenő számai ma már – az online változat közzétetésével – minden magyar nyelven olvasót mind az öt földrészen elérnek, angol nyelvű absztraktjai pedig a nemzetközi hozzáférést biztosítják.

Különszámunk egy válogatást tesz közzé azokból a közlésre beérkezett anyagokból, amelyek jól példázzák a gyógypedagógia alapproblémáinak interdiszciplinaritását a nyelvészet, a pszichológia, a medicina, illetve a gyógypedagógia elméleti és gyakorlati aspektusából. A sokszínű szerzői kör jól példázza, hogy a hang-, beszéd-, és nyelvi zavarok, a mozgásfejlődés kérdései, az autizmussal élők életminőségének javítása, a tanulásban akadályozottak megsegítése, vagy az integráció-inklúzió problémájának megközelítése hogyan valósul meg a gyógypedagógia és a társszakták együttműködésében, hogyan segítheti elő a fokozott társadalmi odafordulást és a segítséget igénylő gyermek/tanuló/felnőtt népesség életminőségének javulását.

A válogatás – elsősorban terjedelmi okokból – korántsem nyújt teljes képet, csak egy kis szelete annak, ami napjainkban a szolgáltató rendszert vagy a képző és kutató intézményeket foglalkoztatja. Remélhetőleg ebből is látható majd, hogy összecseng az alapítók és utódaik szándékaival, a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete alapszabályának célkitűzéseiben megfogalmazottakkal:

*„...a fogyatékoságügy elméleti és gyakorlati művelőinek önkéntes egyesülésén alapuló tömörítése abból a célból, hogy a fogyatékoságügy **fejlődését** kutatás és tudományos tevékenység szervezésén és segítségével előrevigye, támogassa. Segítse a fogyatékosok **társadalmi integrációját**, a fogyatékoságügyet szolgáló komplex társadalmi tevékenység fejlődését, a **fogyatékoság prevencióját**, a fogyatékosok és minden rászoruló védelmét, gondozását, nevelését, oktatását, életre és munkára való felkészítését, **társadalmi rehabilitációját**...”*

(MAGYE 2011. évi Alapszabály – részlet)

Gereben Ferencné dr.
a MAGYE elnöke

Rosta Katalin
a GYOSZE főszerkesztője

Kajáry Ildikó
a MAGYE főtítkára

A nyelvfejlődési zavarok logopédiai diagnosztikai megközelíté- sével kapcsolatos problémák

BERTALAN REGINA

bertalanreginafrida@tvn.hu

Absztrakt

A nyelvfejlődési zavarok felmérésével kapcsolatban számos elvi és gyakorlati probléma merül fel. Fontos a nyelvi képességek egységes klasszifikációs rendszerének kialakítása. A terápiareleváns diagnosztikai munka feltétele a megbízható diagnosztikus eszközpark létrehozása. A korai felismerésnek pedig a tipikus fejlődésmenet alapos ismeretét is magában foglaló, széleskörű tudásbázison kell alapulnia.

A felelősségteljes logopédiai megsegítés kiindulópontja a professzionális szinten művelt diagnosztikai tevékenység.

Kulcsszavak: nyelvfejlődési zavarok, logopédiai diagnosztika

Gyógypedagógiai diagnosztika

A gyógypedagógiai-logopédiai tevékenységnek kritikus komponense a diagnosztika, hiszen ez a kiindulópontja a vizsgált személy megsegítését szolgáló összes további műveletnek: a terápiás terv kidolgozásának, a környezet befolyásolása és az életminőség javítása érdekében tett lépéseknek.

A diagnosztika a gyógypedagógiai folyamat szerves része. Sohasem öncélú, mindig gyógyító nevelést, terápiát, rehabilitációt előz meg, illetve a terápia menetében hozzájárul a fejlődési-fejlesztési folyamatok dinamikájának, irányának módosításához (JUHÁSZ 1999: 7; VASSNÉ-FEHÉRNÉ 2001: 18; FEHÉRNÉ 2004: 543; GEREKENNÉ 2004: 87). A diagnosztikai tevékenység a cél megjelöléséből, a vizsgálóeszközök kiválasztásából, a diagnosztikus eredmények összegzéséből, a nevelhetőség megállapításából, valamint a segítségnyújtási formák megválasztásából áll (vö. MESTERHÁZI 2004: 24).

Az alább következő felvetések elsősorban a nyelv- és a beszédállapot-felmérésekre vonatkozóan fogalmazódtak meg, de hasonló elvi és gyakorlati problémák más képességvizsgálatokkal kapcsolatban is felmerülhetnek. Felismerésükkel és átgondolásukkal a napi diagnosztikus munka olyan kontextusba kerül, amelynek ismerete hozzájárulhat a gyógypedagógusok tudatos eszközválasztásához.

Diagnóziskényszer

Az akadályozottságnak és az akadályozottság hiányának, az atipikus fejlődés veszélyének és a veszélyeztetettség hiányának egyértelmű, éles fogalmi elhatárolása nem lehetséges, mégis szükségesszerű: az intézményesített döntéshozatal kényszere az iskolakötelezettségből fakad (SPECK 1980: 715). A vizsgálati eredményekre alapozott diagnózis felállítása után nyílik lehetőségünk a gyakorlati teendők megfogalmazására és elvégzésére: segítségadásra az iskola vagy a munkahely megválasztásában, a társadalmi beilleszkedés támogatására, terápiás programok összeállítására, a környezet szükséges módosításainak megtervezésére (GEREBENNÉ 2001: 10; PAUL 2001: 11). A jelenségek meghatározásának, besorolásának és egymástól való elkülönítésének igényét egyértelműen mutatják azok a gyógypedagógiai szakmai törekvések, amelyek az ellátásban részesülő népességre vonatkozó fogalomkészletek összeállítására és módosításaira, terminológiaegyeztetésekre, és -egységesítésre irányulnak. A deficitek megragadását célzó szakkifejezések pejoratív, stigmatizáló köznyelvi címkékké válása meg-megújuló szakmai-társadalmi vitákat vált ki (GORDOSNÉ 2004: 63–77). A kategorizáció azonban megkezdhetetlen, fontos eleme a gyógypedagógiai tevékenységnek. Ez teszi lehetővé a problémák megfogalmazását, ezen alapul a megsegítés szükségességének kinyilvánítása, ez az intervenció megkezdésének, végső soron az esélyegyenlőség biztosításának a jogalapja.

Csoportképzés és differenciálás

A klasszifikáció kritikus pont a gyógypedagógiai diagnosztikában. A tipikus és a tipikustól eltérő értelmi, érzékszervi, nyelvi stb. állapotok megkülönböztetésének igénye hívta életre a speciális megsegítésért felelős ellátórendszert. Az intézményes kategorizáció a költségvetést érintő egészségügyi, oktatáspolitikai és szociális döntéseket alapoz meg (vö. LEVELT 2004: ix). A határvonalak meghúzásához és a besorolási döntések meghozatalához szükséges ismereteink azonban nem teljesek. A nyelvi defektusok elhatárolása és definiálása különösen nehéz, jól tükrözik ezt azok a bizonytalanságok, amelyek például az eltérő nyelvi fejlődésmenetekkel kapcsolatos kategóriaképzést övezik.

A nyelvfejlődési problémákat mutató gyermekek csoportja nem egységes sem nyelvi, sem kognitív tulajdonságok tekintetében (MARTON 2009b: 64; PLÉH 2004: 279–280; LEONARD 1998: 19, 25). Jelenlegi ismereteink alapján nem tudjuk általános érvénnyel meghatározni azokat a nyelvi vagy nem nyelvi változókat (ha vannak ilyen általános jellemzők egyáltalán), amelyek ezeket a gyerekeket egy közös, homogén csoport tagjaivá teszik (inkluzív diagnózis). De nem tudjuk pontosan megmondani azt sem, hogy melyek azok a független tulajdonságok, amelyek biztosan nem tehetők felelőssé a nyelv-elsajátítás nehézségeiért (exkluzív diagnózis, vö. LEONARD 1998: 10). Bishop szerint a nyelv-elsajátításban jelentkező problémák klasszifikálása körüli viták legfőbb forrása az, hogy a közös diagnosztikus címkével ellátott populáció meglehetősen heterogén (BISHOP 2004: 309). Ennek a tapasztalatnak a nyomán egyre erősebbé válik az a felismerés, hogy minden egyes klienset egyedi esetként kell(ene) kezelni, hogy a képesség-előnyöknek és a képesség-hiányoknak a teljes és részletes leírása és elemzése jelent terápiareleváns diagnózist, a tág diagnosztikus kategóriákba sorolás ugyanis csak felületes megközelítése a valódi problémáknak, ráadásul magában hordozza a tévedés lehetőségét (vö. PERKINS–HOWARD 1995: 18). Nem szabad elfelejteni azonban, hogy

a mesterséges és leegyszerűsítő címkék mégis lehetővé teszik a gyermekek problémáinak gyors beazonosítását, és ezzel az ellátás kezdeti irányának meghatározását (BISHOP 2004: 317).

A „tüneti” sokszínűség nemcsak az atipikus, hanem a tipikus nyelvvelsajátításban is jelen van. Bates és munkatársai (BATES et al. 2004) genetikai és környezeti hatások együttes következményének tekintik a korai (16–30. hónap) nyelvfejlődés egyéni tempóiban mutatkozó nagymértékű variabilitást. A beszédfeldolgozás és a beszédprodukció fejlődési rátájának egyéni belüli aszinkronitásait szerintük az okozza, hogy ezeket a komponenseket eltérő kognitív mechanizmusok és idegrendszeri struktúrák alapozzák meg. A hagyományosan „analitikus”, illetve „holisztikus” stílusnak nevezett nyelvvelsajátítási stratégiák háttérében az információfeldolgozásnak mint általános (horizontális¹) kognitív képességnek az egyéni különbségei állnak, a nyelvi defektusokat pedig a tipikus fejlődésben is megtalálható, de extrém mértékben eltérő variánsoknak – tehát mennyiségi eltérések következményeinek – tekintik. A szerzők konklúziója szerint a korai nyelvfejlődésben mutatkozó variabilitással nemcsak mint releváns, hanem egyenesen esszenciális tényezővel kell számolnunk, ha a tipikus nyelvi működés feltárására törekszünk. A klasszifikációban a normalitás határainak kijelölése az elsődleges, ezután következhet az abnormalitás fogalmának definiálása.

A kutatói oldalon számos teória született és vizsgálat zajlott a tipikustól eltérő nyelvvelsajátítás gyökereinek megtalálására. Ezek a megközelítések azonban egyelőre csak parciális magyarázatokat tesznek lehetővé. A nemzetközi szakirodalomban, elsősorban a kutatási oldalon használatos SLI (Specific Language Impairment) kifejezés mégis annak a próbálkozásnak a terméke, amelynek keretében a nyelvfejlődési problémákkal küzdő gyerekek közös csoportba sorolását kísérik meg. Az SLI egyfajta ernyődiagnózisként funkcionáló gyűjtőfogalom csupán (LEONARD 1998: 25). A tüneti kép változatosága egyre kifinomultabb és diszkrétebb klasszifikációk kidolgozását teszi szükségessé. Leonard a tipikustól eltérő nyelvfejlődés öt különböző módját tartja lehetségesnek, ezek alkategória-specifikus tünetei a következők: behozható késés, végleges, fel nem zárkozó elmaradás, az egyes nyelvi szintek egyenetlen fejlődésmenete, túlságosan nagy hibaarány, illetve atipikus, deviáns fejlődési jellemzők (LEONARD 1998: 31–36).

A hazai logopédiai praxisban a hagyományos késés-deviancia (delay-deviance) dichotómia a megkésett beszédfejlődés és a fejlődési diszfázia (korábban: akadályozott beszédfejlődés) mint alapkategóriák megkülönböztetésében jelenik meg. A Gerebenné által közölt alkategorizációs rendszerben a megkésett beszédfejlődés elsősorban a nyelvformai (hangtani és grammatikai) aspektusának behozható lemaradását jelenti, a motoros diszfáziában ez a tüneti kép súlyosabb, és a prozódia érintettségével egészül ki. A szenzomotoros diszfáziában és a súlyosabb szenzoros dominanciájú szenzomotoros diszfáziában a nyelv tartalmi oldala (szemantikai komponense) is sérült, ezért ezekben a kórképekben a nyelvtől független értelmi állapot feltárása nehezebb (GEREBENNÉ 1995a, 1995b).

1 Fodor szerint az információfeldolgozás az elme feladat-specifikus, vertikális moduljaiban zajlik, majd az itt kialakuló reprezentációk interfésze egymással, illetve a memóriában tárolt információkkal modalitás-független központi rendszerekben, területáltalános, vagyis horizontális programok futtatásával megy végbe. Az összevetések nyomán itt alakul ki az – a környezet aktuális tulajdonságaira vonatkozó – információs állapot, amely a válaszreakciók alapja lesz (FODOR 1986: 101–119).

A gazdag klasszifikációs rendszerek ellenére jelenlegi ismereteink a nyelv- és beszédfejlődési rendellenességek tüneti diagnózisának felállítását teszik lehetővé. Azoknál a gyerekeknél például, akiknek korai életéveiben gyakran fordult elő középfülgyulladás, az anamnesztikus adatokra támaszkodva kísérrelhetjük meg a halláskárosodás és a „tisza” diszfázia elkülönítését és az oki diagnózis felállítását (MARTON 2009a: 7, 2009b: 64).

Miután a különböző kórképek tüneti definíciókon alapulnak, egyelőre nem tudjuk biztosan, hogy a nyelvfejlődési defektusok körébe sorolt, eltérő életkorokhoz kötött felszíni tulajdonságmintázatok egy közös háttérprobléma különböző manifesztációinak tekinthetők-e, él-e a „tünetváltás” jelensége a nyelvfejlődésben. Tekinthesz-e a diszlexiát és a diszfáziát a nyelvfejlődési zavar életkori változatainak, vagy az írott nyelv elsajátításakor jelentkező nehézségeket a korábban esetleg fel nem ismert nyelvfejlődési defektusok maradványtünetének (GEREBENNÉ et al. 2009: 216)? A kérdésben folytatott számos vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy a két kórkép kapcsolatba hozható egymással, gyakori együttes előfordulásuk nem véletlen (áttekintésükre lásd pl. STARK–TALLAL 1988: 138–139; STACKHOUSE 2007: 75–76). A hatéves kor előtt megjelenő nyelvi zavarok és az iskolában fellépő olvasási zavarok hátterében álló közös tényező a beszédfeldolgozó rendszer elégtelen működése. Az elégtelen percepciósi folyamatok gátolják az anyanyelvi fonológiai és morfológiai paradigma kiépülését, korlátozzák a fonológiai tudatosság² kialakulását és ezzel az írott nyelv elsajátítását (STACKHOUSE 2007).

Az intézményes besorolás kényszere kétségkívül a beiskolázáskor a legerősebb. Azt ezt megelőző időszakban a nyelvelsajátítási problémák miatt kezelt gyermekek nyelvi, értelmi, érzelmi-akaratú jellemzőinek, családi támogatottságának egyre mélyebb megismerésén alapuló napi terápiás munkát sokkal kevésbé zavarják azok a klasszifikációs nehézségek, amelyek a kutatásban alapvető problémának számítanak.

Terminológia

Egyazon jelenség különböző megnevezései eltérő elméleti megközelítéseket közvetítenek. A nyelvfejlődési problémákkal kapcsolatos terminushasználatban a nyelvfejlődés gyökereire és mechanizmusára vonatkozó teóriák, attitűdök és feltételezések tükröződnek. A gyermekkorú vagy kongenitális afázia (childhood/congenital aphasia) kifejezés arra a 19. századi neurológusok által képviselt meggyőződésre utal, hogy a gyermekkorban megjelenő fejlődéses nyelvi deficitok hasonlóak a felnőtt afáziások nyelvesztési problémáihoz. A megkésett beszédfejlődés (language delay) terminus magában hordozza azt a feltevést, hogy a nyelvelsajátítás állomásai a szokásoshoz képest lassabban ugyan, de a megfelelő sorrendben és minőségben követik egymást. Ehhez viszonyítva a nyelvi deviancia (language deviance)³ terminus a fejlődés menet minőségi eltérését, sőt a végeredmény deficités voltának prognózisát is implikálja. A nyelvfejlődési problémákkal kapcsolatos nemzetközi és hazai fogalmi és terminológiai bonyolultság (vö. GEREBENNÉ 1995b: 8–9; LEONARD 1998: 5–8; MARTON 2009b: 62) jelentős mértékben megnehezíti a diagnózisállítást.⁴ A hazai logopédiai szakirodalomban a nyelvelsajátítási deficit

2 A fonológiai tudatosság az a képesség, amely lehetővé teszi, hogy a jelentéstől elvonatkoztatva ítéleteket alkothassunk szavak szerkezetéről, illetve hogy manipulálni tudjuk őket (szótagokra vagy hangokra bontás).

3 A magyar logopédiai szakterminológiában a fejlődési diszfázia kategóriájának feleltethető meg.

4 A 2/2005. (III. 1.) OM rendelet (a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve) meghatározza a beszéd fogyatékosok körét.

megnevezésére a beszédre irányultságot implikáló diszfázia, illetve megkészt beszédfejlődés kifejezések használatosak (GEREBENNÉ 1995b: 7–18), a nyelvtudományi, pszichológiai, kognitív kutatások irodalmában pedig a nyelv moduláris voltára utaló SLI (Specific Language Impairment, pl. CSÉPE 2003: 577–578, 2005: 185–192; MÉSZÁROS–KAS 2008), SNYK (Specifikus Nyelvi Károsodás, pl. fordításban: PINKER1999: 47–49, 321–323, 487), SNZ vagy SNyZ (Specifikus Nyelvi Zavar, előbbire pl. CSÉPE 2002: 224; utóbbira pl. KAS 2009), SNYS (KASSAI 2004: 581), illetve a grammatikai deficitre fókuszáló gSLI (grammatical Specific Language Impairment, pl. VAN DER LELY–STOLLWERCK 1997; BISHOP et al. 2000) terminusokkal találkozhatunk.

A teljesítmények értelmezésének viszonylagossága, elméletvezéreltség vs. elméletmentesség

A kutatási célokkal és a megsegítés keretében végzett nyelvfejlődési vizsgálatokban is az alkalmazott módszerek elméleti hátterei képezik azokat a sajátos vonatkoztatási rendszereket, amelyekben a szakemberek a gyerekek teljesítményét értelmezik. A megfigyelt jelenségek leírása minden vizsgálatban tulajdonképpen tények elméleteknek megfelelő értelmezései. A jelenségmagyarázatok – függetlenül elvi vagy praktikus céljuktól – nem tisztán leíró, hanem elméleti koncepciók által meghatározott, implicit definíciókat tartalmazó, „teoretikus nyelven” megfogalmazott állítások (vö. POPPER 1997: 73, 140). A nyelvfejlődésre irányuló elméleti indítatású munkában ez azért nem jelent problémát, mert a vizsgálódások elsődleges célja elméletek kipróbálása vagy falszifikálása, illetve az elsajátítási elvek és mechanizmusok megismerése.

A klinikai vizsgálatok funkciója azonban konkrét gyakorlati tennivalók megfogalmazása, a segítő folyamat magalapozása. A diagnosztikus megközelítés objektivitása ellen általánosan ható tény, hogy a felhasznált eszközök és módszerek mindig elméleti háttereket képviselnek. A klinikai diagnosztikában szükség van az „elméletvezéreltség” sajátos minimumára, egy olyan klasszifikációs rendszerre, amely az egységesen működő ellátórendszer egyik alappillére. A diagnosztikus kategóriák, tipológiai rendszerek és definíciók minden esetben feltevéseket, nézőpontokat képviselnek, mégis szükség van rájuk, mert a segítő szakma elemi és megkerülhetetlen referenciapontjaiként szolgálnak, az intervenciók tevékenység közös elvi keretét és nyelvezetét kell, hogy adják. Tovább árnyalja a képet, hogy – törvényi szabályozás hiányában – az eszközválasztás egyéni döntéseken alapul: a nyelv- és beszédterápiát végző klinikai szakemberek saját előkép-

Egymástól különböző kórfórmanak tekinti (mások mellett) a diszláliát, a megkészt/akadályozott beszédfejlődést, a diszfáziát, valamint a beszédészlelési és beszédmegértési zavart. Ez a felosztás nem egyezik a szakértői véleményben kötelezően feltüntetendő BNO-szabvány szerint kódolt kategóriákkal: artikulációs zavar, expresszív beszédzavar, receptív beszédzavar, egyéb nyelvi és beszédfejlődési zavar, a beszéd és a nyelvfejlődés k. m. n. zavara (vö. BNO 2004, 138–140). Nem egyezik továbbá a jelenleg érvényes logopédiai gyakorlatban használt kategorizációval sem: ebben inkább szenzoros, illetve inkább motoros pöszeséget, megkészt beszédfejlődést és inkább szenzoros, illetve inkább motoros dominanciájú fejlődési diszfáziát különböztetünk meg.

A helyzet zavaró ellentmondásosságát fokozza, hogy a törvényhozó az Irányelvekben a „súlyos beszédészlelési és beszédmegértési zavart” a beszédbeli akadályok külön csoportjaként szerepelteti (2/2005. (III.1.) OM rendelet 7.1 k), és az összes megnevezett kórfórma közül ez az egyetlen, amelyre irányuló rehabilitációs tevékenységet konkrétan megnevezett diagnosztikai eljárásra alapoztatja (2/205 (III.1.) OM rendelet 7.2.6.1.).

zettségük, ismereteik és fogalomrendszereik – sokszor talán nem elégséges rálátással ezek eredetére – keretében válogatnak az elérhető eljárásokban és végzik diagnosztikus tevékenységüket, emiatt sem tekinthető a munkájuk maradéktalanul elméletmentesnek, objektívnek (vö. SPECK 1995: 88; PERKINS–HOWARD 1995: 11; BISHOP 2004: 316).

Az elméleti orientációjú és rehabilitációs tevékenységet végző szakemberek közös munkálkodását megnehezíti a célok különbözősége. A kutatók érdeklődése elsősorban azokra a klinikai adatokra irányul, amelyek egy adott teória megerősítését szolgálják, vagy átgondolására, esetleg elvetésére készítenek, ezzel szemben a praxisban a különböző háttérű módszerek alkalmazhatósága és hatékonysága a döntő. Az elmélet és a gyakorlat távolságát erősíti, és a praktizáló szakemberek eligazodását hátráltatja, hogy a nyelv mentális reprezentációjával és fejlődésével kapcsolatos koncepciók túlságosan absztraktak, emiatt tudományos korrektségüket nehéz megítélni, csak részlegesen vehető össze egymással, ráadásul állandó változásban vannak (vö. PERKINS–HOWARD 1995: 11–13). A klinikai kutatást végző nyelvész dolga sem könnyű: előképzettsége hiányában korlátozott a speciális ellátásban részesülő populációhoz való közvetlen hozzáférése, ezért az adatgyűjtésben a diagnosztikai vagy a terápiás munkát végző szakemberre van utalva. A kapott információk helyes értelmezése és felhasználása érdekében kénytelen megismerni és értelmezni azt a gyógypedagógusok-logopédusok által használt terminológiát, amely esetenként bizonytalan, következetlen és szubjektív lehet (vö. CRYSTAL et al. 1990: 109). A két oldal közeledését, a szakmaközi együttműködés erősítését és ezzel az elméleti diszkussziók és a praxis eredményességének növelését célozza meg például Crystal és munkatársai a grammatikai zavarok feltárására alkalmas, teóriaszemleges, leíró-analitikus eszköz, a LARSP (Language Assessment, Remediation and Screening Procedure) kidolgozásával (CRYSTAL et al. 1990). Az elméleti hatások csökkentésére irányuló törekvés nyilvánul meg a nyelvfejlődési problémák leíró-fejlődési modelljének kialakításában (PAUL 2001: 17–19). A modell keretében a nyelvi és a kommunikációs készségek formai, tartalmi és használati oldalának lehető legrészletesebb leírása a cél. A felállított kiterjedt nyelvi profil adja az intervenciós program vázát. A diagnosztikai és a terápiás munka viszonyítási alapja a nyelvelsajátítás tipikus menete, míg az etiológiai, az auditív percepció és a szenzomotoros készségek csak másodlagos szerepet játszanak a probléma meghatározásában. A modell gyenge pontja az, hogy a leegyszerűsített intralingvisztikai klasszifikáció csak óvatos terápiás terv kialakítását teszi lehetővé.

Korai felismerés és intervenció

A tipikustól eltérő fejlődésmenetek lehető legkorábbi felismerését és a beavatkozás mielőbbi megkezdését akadályozza az a tény, hogy vannak olyan problémák, amelyekkel kapcsolatban kategorikus diagnózist csecsemő- és kisgyermekkorban nem lehet biztonsággal felállítani, és ekkor még nagyobb az esélye a tévedéseknek (vö. BECKER 1980: 694; GEREBENNÉ 1995a: 97; CSÉPE 2005: 196–197; LÁNYINÉ 2004: 44). A nyelvi és/vagy beszédfejlődési zavarok különböző aspektusainak (pragmatikai, szemantikai, grammatikai, hangtani deficitek) manifesztálódása eltérő életkorokhoz kötött, ezért a diagnózisukat is különböző időpontokban tudjuk elvégezni. A korai diagnosztika helyett inkább csak prognosztikai lehetőségeink vannak (vö. FEHÉRNÉ 1998: 41; GEREBENNÉ et al. 2009: 221). A prognosztikus felállításához a tipikus rendben zajló nyelvelsajátítás állomásainak alapos ismerete szükséges (pl. VINTER 1995: 130–132). A gyermeknyelvi változók (preverbális

hangadások fonetikai jellemzői, szókincs mérete, átlagos mondathossz stb.) között feltárt kapcsolatok alapján pedig megjósolhatjuk egy-egy korán megjelenő tulajdonság fejlettségéből egy későbbi komponens fejlődési elégtelenségét (KASSAI 1997; ZOLLINGER 1987: 140⁵). A Benasich és Tallal által közölt adatok szerint már az első életévben felmérhető a gyermekek elemi akusztikus feldolgozó képessége. Azoknál a csecsemőknél, akik a gyorsan változó akusztikai ingereket nem jól különítik el egymástól, a későbbiekben számítani lehet a nyelvi és beszédfejlődési zavar megjelenésére (BENASICH–TALLAL 1993; TALLAL–GAAB 2006). Vinter szerint a siket és a súlyosan nagyothalló gyermekek korai vokalizációinak, majd kanonikus gagyogásának mind a szegmentális, mind a szuprasegmentális tulajdonságaiban felfedezhető a későbbi nyelvi diszfunkcióra utaló korai jelek (VINTER 1995). Chalumeau a diszfázia egyik lehetséges prekursorának tekinti azt, ha a kisgyermekkorai megnyilvánulásokból hiányzik a hangmagasság és a hangerő szimultán, a kommunikációs funkciónak megfelelő modulálása. (CHALUMEAU 1995).

A korai felismerésre és megsegítésre irányuló munkában egyre nagyobb teret nyer a gyerekek gondozóival való együttműködés (vö. pl. KASSAI 1997, OLLER et al. 1995). A szakemberek értelmezik, és mintegy visszacsatolásként tudatosítják a szülőknél saját (irányított) megfigyeléseik és tapasztalataik jelentését és jelentőségét. A gondozók felkészítése és bevonása a diagnosztikus és a terápiás munkába komoly előrelépést jelent, mert az ő észrevételeik és intuícióik értékes információkként használhatók fel, illetve ők töltik a legtöbb időt is a gyerekekkel, így a fejlődésükre is ők gyakorolhatják a legmélyebb hatást.

A szülői kérdőívekben összegyűjtött adatokra támaszkodó nyelvfejlődési diagnosztikának a kiindulópontja ugyancsak az a feltevés, hogy a korai problémafelismerés lehetővé teszi preventív beavatkozások megkezdését. Az anyai beszámolók szisztematikus kérdéssorok alapján készülnek, a kért adatok a gyermek beszédfeldolgozására és megnyilatkozásaira vonatkoznak. Ezzel az eljárással megállapítható az, hogy a nyelvfejlődési zavar szempontjából veszélyeztetett-e egy gyermek vagy sem. Az amerikai CDI (Communicative Development Inventories) magyar nyelvű adaptációja, a KOFA (Kommunikatív Fejlődés Adattár) már elkészült, érvényességi vizsgálatai jelenleg is folynak (KAS et al. 2010).

A prognosztikai lehetőségek egy másik, szélesebb módját kínálja, ha elfogadjuk azt a feltevést, hogy a nyelvelsajátítás szorosan összefügg a perceptuális és a kognitív fejlődéssel, illetve a szociális-kommunikatív kompetencia kialakulásával, így defektusának prekursorait más, nem nyelvi területeken is kereshetjük. Az affolteri elméleti keretben például az alapvető taktilis-kinesztetikus gyökérmódot közös és elsődleges fejlődési tényező, és a később, legkorábban 3–4 éves korban megjelenő nyelvelsajátítási problémák visszavezethetők ennek anomáliáira. Affolter feltételezése szerint már az első két életévben tetten érhetők a későbbi nyelvet érintő problémák előjelei (AFFOLTER–BISCHOFBERGER 2000: 162–165). Ayres a nyelv neurológiai alapjait vizsgálva felveti azt a lehetőséget, hogy

5 Zollinger szerint a nyelv kommunikációs, szemiotikai, szerkezetépítő és absztrakciós funkcióját időben egymást követő életkori szakaszokban sajátítjuk el. Mindegyik funkcióra érvényes, hogy a területén megszerzett kompetencia megalapozza az őt követő, ráépülő továbbiak zavarmentes kialakulását. A fejlődési zavarok az egyes funkciókra jellemző saját életkori időintervallumokban jelentkezhetnek, különböző típusú nyelvi deficitiek képében manifesztálódnak, és hátráltatják a későbbi funkciók kiépülését. A nyelvi zavarok logopédiai értelmezésére nézve ennek a felfogásnak jelentős a szemléletformáló hatása: a nyelvi és a beszédállapot feltérképezésének az összes funkció vizsgálatát magában kell foglalnia a releváns terápia érdekében, és a fejlődési lépcsők ismeretében pl. kommunikációs problémákat nem helyes beszédtanítással orvosolni (FEHÉRNÉ 2004: 546–547).

a nyelvfejlődési zavarok egy része a vestibulum és a hozzá mind filogenetikusan, mind ontogenetikusan szervesen kapcsolódó auditív percepció rendszer hibájából ered. Az auditoros feldolgozás a kortikális, a talamikus és az agytörzsi szinteken megvalósuló interszenzoros integráció szerves része. A diagnosztikus munkában ezért szerinte a nyelvfejlődési problémák feltárása mellett fel kell mérni a diszpraxiában, illetve a vizuális percepció és a mozgás bilaterális integrációjának zavarában megnyilvánuló interszenzoros integrációs hiányokat és diszfunkciókat is (AYRES 1978: 235–246).

A nem nyelvi előjelek megfigyelésére és fejlesztésére fókuszáló klinikai módszerek bírálói elismerik ugyan az eljárások hasznosságát és akár empirikusan is kimutatható hozzájárulásukat a nyelvfejlődéshez, de hangsúlyozzák, hogy jelenleg nincsenek megbízható ismereteink arra vonatkozóan, hogy pontosan milyen kapcsolat áll fenn a nyelv és az említett (rész)képeségek között. A nyelvelsajátítási problémával küzdő gyerekek gyakran valóban gyengébben teljesítenek a percepciót vagy a neuropszichológiai folyamatokat vizsgáló tesztekben, ez azonban nem bizonyítja ezeknek a vizsgált funkcióknak a direkt kapcsolatát a nyelvvel (pl. PAUL 2001: 16–17).

Sajátos vizsgálati metódust kíván a beszédfeldolgozó folyamatok hiányosságainak feltárása, hiszen ezek spontán csak közvetett módon, másodlagos, motoros tünetek formájában: a viselkedésben (pl. figyelmetlenség, feledékenység) és a beszédprodukción (pl. halandzsza beszéd, makacs pöszesség) nyilvánulnak meg (GEREBENNÉ 1996: 71–72). Affolter hangsúlyozza, hogy a nyelvi defektusok és a velük párhuzamosan mutatkozó, gyakran egyszerűen motoros problémának tekintett taktilis és szenzomotoros integrációs tünetek nem függetlenek egymástól, közös inadekvát feldolgozási deficit áll a hátterükben (AFFOLTER–BISCHOFBERGER 2000: 201).

A veszélyeztetettség megállapítását célzó prognosztikai tevékenységgel és a korai, „megelőző” beavatkozással kapcsolatos etikai kérdéseket feszegetve Paul felhívja a figyelmet arra, hogy a fals pozitív prognózis alapján megkezdett intézményes nyelvi fejlesztés felesleges károkat okozhat a gyermekek személyiségfejlődésében. A későn meginduló beszédfejlődésű gyermekek (SELD: slow expressive language development)⁶ túlnyomó többsége ugyanis – ha a fejlődést veszélyeztető további tényező nem merül fel – kisiskoláskorban már a tipikus tartományba eső nyelvi és tanulási teljesítményt produkál. A korai életkorban mutatott relatíve gyengébb nyelvi és beszédképesség ezért szerinte nem elégséges ok a beavatkozásra, mert ezzel a másság, csökkent értékűség érzését keltjük az egyébként segítség nélkül is felzárkózó gyermekben (PAUL 2007: 195–209).

Nehezítik a problémafelismerést és a fals pozitív diagnózisok elkerülését is a tipikus fejlődésmentes természetes velejárái: az „élettani pöszesség”, az „élettani diszgrammatizmus” vagy az „élettani nonfluens” beszéd. Ezek spontán megszűnő, átmeneti jelenségek, és elhúzódó fennmaradásuk utalhat nyelvelsajátítási problémára. A téves diagnózisállítás hibájába eshetünk, ha – ismerethiány miatt – sajátos elsajátítási stratégiákat (vö. BATES et al. 2004: 120–133) esetleg a nyelvi szocializációt meghatározó kulturális háttér eltéréseiből következő másságot értékeljük fejlődési deficitként (RÉGER 1990; PAUL 2001: 165–197). Az esetleg téves diagnózisra alapozott terápia során olyan másodlagos tünetek kialakulását próbáljuk megelőzni, amelyekre nagy valószínűséggel beavatkozás nél-

6 A SELD gyermekek beszéde 2 éves korig nem indul meg. Diagnosztikus profiljuk alapján a magyar logopédiai szakterminológiában a „megkésített beszédfejlődés” kategóriájába illenek. A különbség az, hogy a „megkésített beszédfejlődés” a hazai logopédiában diagnosztikus kategória, míg a SELD inkább tünet.

kül se kerülne sor, ellenben olyan, például nyelvhasználati problémákat hagyhatunk kezeletlenül, amelyek pedig hátrányosan befolyásolhatják a gyerekek verbális viselkedésbeli teljesítményét.

A hazai ellátórendszer gyenge pontjai is hozzájárulhatnak a problémafelismerés késéséhez: a logopédiai hálózat felvevőképessége elégtelen, a beszédhibások szűrővizsgálataira pedig sok esetben csak nagycsoportos óvodás korban kerül sor. Ugyanakkor általánosnak tűnik az a – szintén a korai intervenció megkezdésének időpontját akár évekkel is kitoló – probléma, hogy a gyermekorvosok és a védőnők – talán elégtelen képzésük miatt – rendszerint azzal próbálják megnyugtatóni a gyermekük eltérő fejlődése miatt aggódó szülőket, hogy csak enyhe éretlenségről, lassúbb, de normális fejlődésről van szó, és a gyermek időben be fogja érni társait (vö. KASSAI 1997: 32; MITTLER 1999: 88–90; AFFOLTER–BISCHOFBERGER 2000: 165; LANNERT–KEREKI 2009: 30–32).

A teszt diagnosztika értéke

A teszt diagnosztikai eszközökkel mért, standard értékekhez viszonyított, számszerű eredmények a vizsgált személy teljes profiljához viszonyítva támpontként szolgálnak a deficit és az esetleges képességelőnyök feltárásában. Maga a diagnózis tulajdonképpen mért adatok alapján megfogalmazott interpretációk és munkahipotézisek összessége (SPECK 1995: 94), a teljesítmény minőségi megítélése a pontszámoknak mint mennyiségi mutatóknak a figyelembevételével. A diagnózisállításban az objektív, a vizsgált személy és az ellátórendszer viszonyát meghatározó oldalt képviseli a tesztes mérés, a terápiás feladatokra fókuszáló, szubjektív-intuitív oldalt pedig a számszerűsített teljesítményeket integráló kvalitatív értékelés. Tudatában kell lennünk annak, hogy a vizsgált személy teszt-szituációban mutatott teljesítménye (performance) és valós képességei, ismeretei, tudása (competence) között jelentős különbségek lehetnek (AFFOLTER–BISCHOFBERGER 2000: 164). A „steril” laboratóriumi körülmények között mutatott teljesítmények ökológiai érvényessége még jól megtervezett vizsgálat esetén is megkérdőjelezhető. Természetes, nem strukturált, összetett helyzetben végzett megfigyelések olyan információkat nyújthatnak, amelyek irányított vizsgálati helyzetben nem kerülnek felszínre. (vö. BADDELEY 2005: 12–13). A nyelvi tesztekben elért eredményekből például nem feltétlenül derülnek ki a gyerekek hétköznapi kommunikációs képességei, kognitív és nyelvi természetű erőforrásaik felhasználásának sikeressége (LEONARD 1998: 11; MARTON 2009b: 64). A teljes klinikai kép összeállításakor figyelembe kell vennünk a tesztfelvétel körülményeinek lehetséges hatásait is. A teljesítmény értékét befolyásolják egyrészt a feladatok exponálási módjai, másrészt a vizsgált személy megfigyelt kommunikációs és megoldási stratégiái, mozgósított energiái, teljes cselekvésirányítása, időráfordítása és emocionális folyamatai. Figyelembe kell venni továbbá a vizsgálati helyzetben mutatott teljesítmény szélesebb kontextusát is: az anamnesztikus adatokat, a vizsgált személy korát, nemét, környezeti, illetve nevelési körülményei, valamint kompenzációs lehetőségeit.

A teljesítmények konstans és irreverzibilis volta ellen hatnak az individuum „öngyógyító erői”, változási-fejlődési lehetőségei is. Főleg gyermekelhelyezési döntések meghozatalakor kell óvatosan megítélnünk a vizsgálatok eredményeit (SPECK 1995: 88).

Metodológia: a tesztek standardizáltsága, validitása és specifikált volta

Gyógypedagógiai forgalomba kerülhetnek nem standardizált, nem ellenőrzött tesztek (LÁNYINÉ é. n.: 7; 2003: 7; VASSNÉ-FEHÉRNÉ 2001: 20). Előfordulhat, hogy az ilyen tetszetősségük, könnyen használható voltuk, szerzőjük magas tudományos fokozata vagy népszerűsége stb. miatt magas elfogadási validitású tesztek használata széles körben elterjed és szokásjog alapján hagyományozódik annak ellenére, hogy maga a teszt esetleg tartalmi szempontból invalid.⁷

A nyelvi zavarok vizsgálatával kapcsolatos alapkutatásban is felmerül az eljárások módszertani hibáinak: a tartalmi validitásnak, a tesztek esetleges konstrukciójának és statisztikai érvényességének, a homogén csoportok képzésének, valamint a kontrollok kiválasztásának a kérdése (CSÉPE 2002: 227–228).

A súlyos mérési hibák elkerülése érdekében ki kell dolgozni a tipikus populációra standardizált próba- vagy tesztmódszerek specifikus változatait: a különböző fogyatékosági csoportokra érvényes standardjaikat (vö. ILLYÉSNÉ-LÁNYINÉ 2004: 20). A speciális szükségletű gyerekek vizsgálatára használt, de előzetesen nem specifikált tesztekben elért eredmények érvényessége erősen megkérdőjelezhető (BORBÉLY 1995: 190). A vizsgált személyek teljesítményének lényegében a tesztfeladatokra adott reakciókat tekintjük. A viselkedéses válasz kialakulásában több tényező is szerepet játszik. Ezek közül azok, amelyekkel nem számolunk, vagy amelyeket nem tudunk kiküszöbölni, pszichometriai szempontból „mérési hibát”⁸ eredményezhetnek. A speciális populációkra (is) standardizált eljárások figyelembe veszik a vizsgált személyek teljesítményalakulásában szerepet játszó sérülésspecifikus tényezőket, és ezzel jelenlegi tudásunk szerint a lehető legkisebbre csökkentik annak a lehetőségét, hogy a hatásaik mérési hibákat okozzanak. Például az értelmi akadályozottság vagy az autizmus olyan nem nyelvre specifikus problémák, amelyek mégis jellegzetes hibamintázatok képében jelennek meg a nyelvi képességeket vizsgáló tesztek eredményeiben.

Vannak olyan magyar nyelvi adataink, amelyek szerint az értelmileg akadályozott gyermekek grammatikai profilja sajátos lefutású, a tipikus profiltól való eltérése nem egyenletes (RADVÁNYI-PLÉH 2002). A beszédpercepciójuk pragmatikai oldalával kapcsolatos tapasztalat pedig az, hogy ezeknek a gyerekeknek nehézséget okoz a mondatfeldolgozás-feladat, ha a mondatokat magnószalagról kell hallgatniuk (RADVÁNYI 2009: 179). (Értelmileg akadályozott gyermekek beszédészlelésének és beszédmegértésének – a normál populációra kidolgozott – GMP-diagnosztikával végzett, nehezen értelmezhető eredményeket adó vizsgálatára példa: SKOFLEK 1996: 188–199).

7 A tartalmi validitás azt mutatja meg, hogy a vizsgálandó jelenség, képesség minden lényeges összetevőjét lefedi-e egy adott eljárás, és megfordítva, egy teszt összes szubtesztje a vizsgálandó területre vonatkozik-e. Röviden: valóban azt a jelenséget méri-e a teszt, amelynek a mérésére a kidolgozója szánta.

A látszat- vagy elfogadási validitás arról tájékoztat, hogy egy teszt első ránézésre megfelelőnek tűnik-e. Előfordulhat, hogy egy „mutató” teszt a minőségével kapcsolatos komoly kétségek esetén is népszerűvé, széles körben használttá válik. Előfordulhat, hogy az eszközös mérések pszichometriás vonatkozásaival kapcsolatos képzésben nem részesülő gyógypedagógusok teszthasználati preferenciáiban a látszatvaliditás meghatározó szerepet játszik.

8 A vizsgált tulajdonságok valódi értékéhez nem tudunk maradéktalanul hozzáférni. A mérési hiba azt mutatja meg, hogy a tulajdonságok valódi és mért értéke között mekkora az eltérés. Minél pontosabb képet tud adni egy teszt egy vizsgált jelenségről, annál kisebb lesz a mérési hiba, vagyis annál magasabb lesz a teszt reliabilitása.

A vizsgálatvezető szakmai kompetenciája

A teljesítmények kvalitatív értelmezéséhez szükség van a felhasznált diagnosztikai eljárások szélesebb elméleti háttérének, szakmai kontextusának az ismeretére is, ennek hiányában a téves diagnózisállítás lehetősége is felmerülhet (vö. VERSEGI 2008: 40–42).

Az egyébként jól mérő, releváns módszerek használatakor is előfordulhat, hogy a teszthasználók elégtelen képzettsége, hiányos szakmai kompetenciája miatt a tesztfelvétel és -értelmezés nem megfelelő (LÁNYINÉ é. n.: 7; 2003: 7). Reális elvárás, hogy a vizsgálatot végző szakemberek saját kompetenciahatáraik tudatában és önismeretük fényében állítsák össze saját eszköztárukat (vö. FEHÉRNÉ 2004: 549). A háttérismeretek elsajátítása iránti igény fogalmazódik meg a gyógypedagógia elméletibbé válásának sürgetésében (PLÉH 2002: 242; GEREKENÉ 2008: 168–170).

A kompetenciaproblémák megoldásának és a professzionális diagnosztikus tevékenység megvalósulásának irányába hat a tudományközi együttműködés: ideális esetben a problémafeltárást eltérő háttértudással rendelkező szakemberek közös munkája jelenti. A feltáró teamek tevékenységében valósul meg a „holisztikus emberkép” elv: a különböző tudományterületek képviselői saját ismereteikkel és tapasztalataikkal járulnak hozzá ahhoz, hogy teljes képet kaphassunk a vizsgált személy képességstruktúrájáról, -előnyeiről és -hátrányairól. A team munka különböző formákban valósulhat meg. A multidiszciplináris munkacsoport tagjai egymástól függetlenül állítják fel diagnózisukat és közlik a klienssel terápiás javaslataikat. Az interdiszciplináris team tagjainak kommunikációja formális, a klienssel direkt kapcsolatban álló terapeutának konzultációk keretében nyújtanak segítséget a társszakmák képviselői. A transzdiszciplináris team tagjai között valódi az együttműködés: közvetlen megfigyeléssel és javaslatokkal segítik a gyermekkel foglalkozó terapeutát, megosztják egymással saját szakmai tapasztalataikat, és kölcsönös tréningben részesítik egymást (PAUL 2001: 21–22).

Felelősség és diagnosztika

A gyógypedagógusok és a fogyatékkal élők társadalmi értelemben véve egymást kölcsönösen konstruáló vonatkoztatási csoportok (BÁNFALVY 2004: 299–301): a fogyatékkal élők „létrehozásának” módja a fogyatékkossá nyilvánító diagnózisok felállítása gyógypedagógiai hatáskörben. Ez a tény alapjaiban határozza meg a diagnosztikai eljárás lefolytatásával, az eredmények közlésével és a beavatkozással kapcsolatos szubjektív és szakmai-pedagógiai felelősséget (vö. MORAVCSIK 1998: 85; SPECK 1980: 719; PÁLÓS 1998: 72–73).

Az intervenciók munkát megalapozó, magas színvonalú diagnosztikus tevékenységhez elengedhetetlen, hogy a gyógypedagógusok-logopédusok olyan tudásbázissal rendelkezzenek, amely lehetőséget ad a tapasztalataik leírására, a problémák megfogalmazására, a defektusok szakszerű jellemzésére és a valós terápiás szükségletek megállapítására. Minden gyógypedagógusnak jól kell tudnia gazdálkodni a képzésekor, illetve a továbbképzések során kapott ismereteivel: a hagyományozódás, a megszokotthoz való ragaszkodás, a tekintélyvel alapuló eszközválasztás kényelme és biztonsága helyett az ismeretek folyamatos frissítésére, az új vagy a már bevált fejlesztő és diagnosztikus módszerek egyaránt kritikus szemlélésére, értelmezést és átgondolást követő alkalmazására van szükség. Energiaráfordítással jár a segítségkérés a társszakmák képviselőitől, a szakmaközi kapcsolatok kiépítése, a team munka megszervezése is. Mégis ez vezet el

a megértő és a racionális gondolkodást ötvöző professzionális gyógypedagógiai diagnosztikai tevékenységhez.

Irodalom

- AFFOLTER, F.–BISCHOFBERGER, W. (2000): *Nonverbal Perceptual and Cognitive Processes in Children with Language Disorders. Toward a New Framework for Clinical Intervention*. Lawrence Erlbaum Associates, London.
- AYRES, A. J. (1978): *Sensory integration and learning disorders*. Western Psychological Services, California, Los Angeles
- BADDELEY, A. (2005): *Az emberi emlékezet*. Osiris Kiadó, Budapest.
- BATES, E. et al. (2004): Individual Differences and their Implications of Theories of Language Development. In: FLETCHER, P.–MACWHINNEY, B. (eds): *The Handbook of Child Language*. Blackwell Publishers, Oxford, 96–151.
- BECKER, R. (1980): A korai nevelés folyamatának optimálisabbá tétele sérült gyermekeknél, különös tekintettel az értelmi képességek fejlesztésére. In: PÁLHEGYI F. (szerk.): *A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve IX*. BGGYTF, Budapest, 693–701.
- BENASICH, A. A.–TALLAL, P. (1993): An Operant Conditioning Paradigm for Assessing Auditory Temporal Processing in 6- to 9-Month Old Infants. In: TALLAL, P. et al. (eds): *Temporal Information Processing in the Nervous System Special Reference to Dyslexia and Dysphasia*. Annals of the New York Academy of Sciences Vol. 682., 312–314.
- BISHOP, D. V. M. (2004): Specific Language Impairment: Diagnostic Dilemmas. In: VERHOEVEN, L.–BALKOM, H. (eds): *Classification of Developmental Language Disorders. Theoretical Issues and Clinical Implications*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey, 309–326.
- BISHOP, D. V. M. et al. (2000): Grammatical SLI: A Distinct Subtype of Developmental Language Impairment? In: *Applied Psycholinguistics* 2. 159–181.
- BORBÉLY S. (1995): Változó szemléletek a korai gyógypedagógiai diagnosztika és intervenció körében. In: ZÁSKALICZKY P. (szerk.): „...Önmagában véve senki sem...” *Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből*. ELTE BGGYFK, Budapest, 186–197.
- CHALUMEAU, P. (1995): Vocalisations chez deux enfants dysphasiques: aspects prédictifs? In: KONOPCZYNSKY, G.–VINTER, S. (eds): *Le développement langagier: une prédiction précoce est-elle possible?* L'ORTHO édition, Calais, 183–197.
- CRYSTAL, D. et al. (1990): *Grammatical Analysis of Language Disability*. *Studies in Disorders of Communication*. Whurr Publishers Ltd, London.
- CSÉPE V. (2002): A nyelvpatólógia pszichológiai és nyelvészeti kérdései. Úton a konszenzus felé? *Pszichológia* 22/3. 223–238.
- CSÉPE V. (2003): Nyelvi zavarok kognitív idegtudományi elemzése. In: PLÉH Cs. et al. (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Osiris Kiadó, Budapest, 561–584.
- CSÉPE V. (2005): *Kognitív fejlődés-neuropszichológia*. Gondolat Kiadó, Budapest
- FEHÉRNÉ K. ZS. (1998): Nyelvi képességek és a tanulási zavar. In: *Beszédgyógyítás* 9/1. 38–44.
- FEHÉRNÉ K. ZS. (2004): Fejlesztődiagnosztika a logopédiában. In: GORDOSNÉ SZ. A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 541–558.
- FODOR, J. (1986): *The Modularity of Mind*. MIT Press, Cambridge
- GEREBENNÉ V. K. (1995a): Akadályozott beszédfejlődésű gyermekek fejlettségének mutatói, s ezek hatása a szelekcióra. In: GEREBENNÉ V. K. (szerk.): *Szemelvénygyűjtemény a beszédhibások pszichológiája köréből. II. kötet*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 76–103.
- GEREBENNÉ V. K. (1995b): Szempontok a nyelvi fejlődés zavarának értelmezéséhez. In: GEREBENNÉ V. K. (szerk.): *Fejlődési diszfázia. Tanulmányok a gyermekkori nyelvi zavarok köréből*. BGGYTF, Budapest, 7–27.
- GEREBENNÉ V. K. (1996): Auditív észlelési és beszédmegértési zavarok gyógypedagógiai pszichológiai megközelítésben. In: GÓSY M. (szerk.): *Gyermekkori beszédészlelési és beszédmegértési zavarok*. Nikol, Budapest, 54–82.

- GEREBENNÉ V. K. (2001): A gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai problémákról neuropszichológiai megközelítésben. *Gyógypedagógiai Szemle* Különszám 29/2. 7–13.
- GEREBENNÉ V. K. (2004): Diagnosztika és gyógypedagógia. In: GORDOSNÉ SZ. A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 87–104.
- GEREBENNÉ V. K. (2008): Gyógypedagógia a változó világban. *Gyógypedagógiai Szemle* 36/3. 161–170.
- GEREBENNÉ V. K. et al. (2009): A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika táguló horizontja – képességzavarok neuropszichológiai megközelítése. In: MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív zavarok vizsgálata és terápiája. Példák a bizonyítékon alapuló gyakorlatra*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 203–229.
- GORDOSNÉ SZ. A. (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- ILLYÉS GYULÁNÉ-LÁNYINÉ E. Á. (2004): Gyógypedagógiai pszichológia. In: PÁLHEGYI F. (szerk.): *A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái. Tanulmánygyűjtemény*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 12–33.
- JUHÁSZ Á. (szerk.) (1999): *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve*. Új Múza Kiadó, Budapest.
- KAS B. (2009): Morfológiai rendszerek elsajátításának nehézségei nyelvfejlődési zavarban. In: MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája. Példák a bizonyítékon alapuló gyakorlatra*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 103–121.
- KAS B. et al. (2010): A korai nyelvi fejlődés új vizsgálóeszköze, a MacArthur – Bates Kommunikatív Fejlődési Adattár (KOFA) bemutatása és validitási vizsgálata. *Gyógypedagógiai Szemle* 38/2. 114–125.
- KASSAI I. (1997): Nyelvfejlődési zavarok korai felismerése. In: *Gyógypedagógiai Szemle* 25/1. 29–37.
- KASSAI I. (2004): „...Az ember egyszerre teremtője és fogja saját nyelvének...” A fogyatékoság jelensége a nyelvtudományban. In: ZÁSZKALICZKY P.–VERDES T. (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia*. ELTE BGGYFK és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest, 561–597.
- LANNERT J.–KERÉKI J. (szerk.) (2009): *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés*. TÁRKI-TUDOK Tudásmenedzsment és Oktatáskutató Központ Zrt., Budapest.
- LÁNYINÉ E. Á. (2004): Dinamikus összefüggések a gyógypedagógiai pszichológiában. In: PÁLHEGYI F. (szerk.): *A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái. Tanulmánygyűjtemény*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 34–51.
- LEONARD, L. B. (1998): *Children with Specific Language Impairment*. MIT Press, Cambridge.
- LEVELT, W. J. M. (2004): Preface In: VERHOEVEN, L.–BALKOM, H. (eds): *Classification of Developmental Language Disorders. Theoretical Issues and Clinical Implications*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey, ix–xii.
- MARTON K. (2009a): Előszó. In: MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 7–9.
- MARTON K. (2009b): Specifikus nyelvi zavar jellemzi-e a specifikus nyelvi zavart mutató gyermekeket? In: MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 61–101.
- MESTERHÁZI ZS. (2004): A gyógypedagógiai folyamatról. In: GORDOSNÉ SZ. A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 19–40.
- MÉSZÁROS A.–KAS B. (2008): A kognitív funkciók megismerésének szerepe a nyelvfejlődési zavar diagnosztikájában. In: *Gyógypedagógiai szemle* 36/2. 86–104.
- MITTLER, P. (1999): A szülők és a szakemberek közti kapcsolat újragondolása. In: ZÁSZKALICZKY P. et al. (szerk.): *A gyógypedagógia új útjai – rendszerfejlesztés, tanácsadás, integráció*. ELTE BGGYFK, Budapest, 81–102.
- MORAVCSIK Á. (1998): A korai fejlesztés dilemmái. In: CSANÁDI G. (szerk.): *Bevezetés a korai fejlesztés témaköreibe*. Comenius Bt., Pécs, 83–89.
- OLLER, D. K. et al. (1995): La stabilité du développement vocal chez les bébés à risque. In: KONOPCZYNSKY, G.–VINTER, S. (eds): *Le développement langagier: une prédiction précoce est-elle possible?* L' ORTHO édition, Calais, 113–123.
- PÁLOS K. (1998): Sérült gyermek a családban. (Az első interjú helye és szerepe a korai fejlesztésben.) In: CSANÁDI G. (szerk.): *Bevezetés a korai fejlesztés témaköreibe*. Comenius Bt., Pécs, 72–74.

- PAUL R. (2001): *Language Disorders from Infancy through Adolescence. Assessment and Intervention*. Elsevier, St. Louis, Missouri.
- PAUL, R. (2007): Predicting outcomes of early expressive language delay: Ethical implications. In: BISHOP, D. V. M.–LEONARD, L. B. (eds): *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome*. Psychology Press, New York, 195–209.
- PERKINS, M.–HOWARD, S. (1995): Principles of clinical linguistics. In: PERKINS, M.–HOWARD, S. (eds): *Case Studies in Clinical Linguistics*. Singular Publishing Group Inc, San Diego, California, 10–35.
- PINKER, S. (1999): *A nyelvi ösztön*. Typotex, Budapest.
- PLÉH CS (2002): A klinikai nyelvészet útjai és elméletei. In: *Pszichológia* 22/3. 239–244.
- PLÉH CS. (2004): „A hatékony idegrendszeri hálózat kutatás az optimista rehabilitációkép alapja...” A fogyatékoság jelensége a kognitív tudományban. In: ZÁSZKALICZKY P.–VERDES T. (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia*. ELTE BGGYFK és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest, 271–283.
- POPPER, K. R. (1997): *A tudományos kutatás logikája*. Európa Könyvkiadó, Budapest
- RADVÁNYI K. (2009): A beszéd és a nyelv alakulására ható tényezők, a kognitív képességek zavara értelmi fogyatékoság esetén. In: MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája. Példák a bizonyítékon alapuló gyakorlatra*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 177–201.
- RADVÁNYI K.–PLÉH CS. (2002): Középsúlyos értelmi fogyatékos, iskoláskorú gyermekek beszédének néhány nyelvtani jellemzője. *Pszichológia* 22/3. 245–253.
- RÉGER Z. (1990): *Utak a nyelvhez*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- SKOFLEK K. (1996): Értelmi fogyatékosok beszédészlelésének és beszédmegértésének vizsgálatáról. In: GÓSY M. (szerk.): *Gyermekkori beszédészlelési és beszédmegértési zavarok*. Nikol, Budapest 188–199.
- SPECK, O. (1980): A fejlődésükben veszélyeztetett gyermekek fejlesztésének gyógypedagógiai koncepciója. In: PÁLHEGYI F. (szerk.): *A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve IX*. BGGYTF, Budapest, 715–722.
- SPECK, O. (1995): Az ökológiai rendszerelvű elméletek relevanciája a gyógypedagógiai pszichológiában. In: ZÁSZKALICZKY P. (szerk.): „...Önmagában véve senki sem...” *Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből*. ELTE BGGYF Kar, Budapest, 85–97.
- VERSEGI A. (2008): Kvalitatív megközelítések a neuropszichológiában. In: KÁLLAI J. et al. (szerk.): *Bevezetés a neuropszichológiába*. Medicina, Budapest, 19–44.
- STACKHOUSE, J. (2007): Barriers to literacy development in children with speech and language difficulties. In: BISHOP, D. V. M.–LEONARD, L. B. (eds): *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome*. Psychology Press, New York, 73–97.
- STARK, R. E.–TALLAL, P. (1988): The Children with Reading Impairment. In: MCCAULEY, R. J. (ed.): *Language, Speech, and Reading Disorders in Children: Neuropsychological Studies*. College-Hill Press, Boston, 138–159.
- TALLAL, P.–GAAB, N. (2006): Dinamic auditory processing, musical experience and language development. In: *Trends in Neurosciences* 29/7. 382–390.
- VAN DER LELY, H.–STOLLWERCK, K. (1997): A Grammatical Specific Language Impairment in Children. In: *Brain and Language* 52. 484–504.
- VASSNÉ K. E.–FEHÉRNÉ K. ZS. (2001): A logopédiai diagnosztika szemléletbeni változásai. In: *Gyógypedagógiai Szemle* Különszám 29/2. 14–21.
- VINTER, S. (1995): L'analyse du comportement vocal de l'enfant: éléments de diagnostic des surdités et indices d'accès au langage verbal. In: KONOPCZYNSKY, G.–VINTER, S. (eds): *Le développement langagier: une prédiction précoce est-elle possible?* L'ORTHO édition, Calais, 127–151.
- ZOLLINGER, B. (1987): *Spracherwerbsstörungen: Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie*. Haupt, Bern.

Születési rizikótényező hatása az anyanyelv-elsajátításra

HORVÁTH VIKTÓRIA – GÓSY MÁRIA

horviki@nytud.hu, gosy@nytud.hu

Absztrakt

Az anyanyelv elsajátítása tipikus fejlődés esetén a születéstől fokozatosan megy végbe. Különböző kutatások igazolták, hogy a nem optimális születési körülmények hatással lehetnek a nyelvelsajátításra. Felmerül a kérdés, hogy vajon az átmeneti, enyhe születési problémának lehet-e hatása a beszédfeldolgozás fejlődésére. Kísérletsorozatot végeztünk hat és nyolc év közötti gyermekek beszédészlelésének és beszédmegértésének vizsgálatára, akik közül 45-nél a születési körülmények nem voltak optimálisak (rizikó gyermekek), míg 45 gyermeknél nem adódott probléma (kontroll csoportok). Négy beszédészlelési teszt, valamint egy mondatértési és egy szövegértési teszt adatait elemeztük. Az eredmények szignifikáns különbséget igazoltak a rizikó és a kontroll csoport között mindhárom életkorban a mondatértés kivételével valamennyi tesztben. A vizsgált gyermekek teljesítménye, különösen a rizikó csoportokban, nagy egyéni különbségeket mutatott.

Kulcsszavak: anyanyelv-elsajátítás, beszédpercepció, beszédmegértés, átmeneti születési probléma, rizikó tényező

Bevezetés

Az anyanyelv elsajátításának folyamata már a magzati korban kezdődik (CHAMBERLAIN 1999; MAY et al. 2011). A tipikus magzati, csecsemőkori és gyermekkori fejlődést minden, az anyaméhben elszenvedett, veleszületett, illetve az első hetekben szerzett károsodás befolyásolhatja. A biológiai károsodások értelmi sérüléshez, strukturális vagy funkcionális zavarokhoz, neurológiai és neuromuszkuláris diszfunkciókhoz, érzékszervi sérülésekhez, kommunikációs nehézségekhez (stb.) vezethetnek (pl. PAPP 2000; SZANATI–DR. NAGY 2006). Az okok sokfélék, a genetikaiaktól kezdve az anyai alkoholi- záláson (O’LEARY et al. 2009), a drogfogyasztáson, a különféle betegségeken keresztül a magzati (intrauterin) problémáig (HADDOW et al. 1999; MAJNEMER et al. 2000; NUMAN et al. 2002; HERSEN 2004). A zavarok lehetnek átmenetiek, például rövid ideig fennálló légzési probléma (KORKMAN et al. 1996), amely csak kevésbé van befolyással a nyelvi és/vagy kognitív fejlődésre. A szakirodalmi megállapítások szerint az ilyen átmeneti zavarok többnyire késést okoznak a kognitív fejlődésben, illetőleg a nyelvelsajátításban, s az elmaradásokat a gyermekek rendszerint behozzák. Ezekben az esetekben is felmerül azonban a kérdés, hogy az átmenetinek tekintett problémák, illetve a késések valóban nem érintik-e valamilyen mértékben negatívan a nyelvi fejlődést (KATONA 1986). Ruben és munkatársai megállapították, hogy az egyes nyelvi területek fejlődése életkori függőséget mutat; a fonológia elsajátításában a kritikus, illetve igen érzékeny periódus a 6. magzati hónaptól az első életévig tart. A szintaxis elsajátítása négyéves korig, a szemantikaé pedig 15–16 éves korig tolódik ki (1997). A születés körülményei hosszú távon érezthetik hatásukat a nyelvfelődésre.

A különféle születési zavaroknak a gyakran hosszan tartó következményei azonban a tényezők sokasága miatt nehezen hozhatók egyértelmű összefüggésbe a születéssel. A születési problémát mutató gyermekek utánkövetéses vizsgálatai alátámasztották a hosszú távú, nemkívánatos hatásokat (SHORT et al. 2003; LUU et al. 2009). Egy amerikai kutatásban 244 619 hat- és hétéves gyermek születéssel kapcsolatos adatait vizsgálták meg, és igazolták a kapcsolatot a születés és a nyelvi képességek zavara között (5862 esetben diagnosztizáltak specifikus nyelvi zavart). Rizikótényezőnek tekintették többek között a kis születési súlyt, a koraszülöttséget, valamint az élet ötödik percében mért alacsony Apgar-értéket¹ (STANTON-CHAPMAN et al. 2003). A születés bizonyos körülményei egyértelműen meghatározók a további életminőség szempontjából; a nemzetközi kutatások főként a koraszülöttek (idő előtt világra jöttek), illetve a kis súlyú újszülöttek kognitív, pszichés, nyelvi és egyéb fejlődésére irányultak (pl. BRISCOE et al. 1998, 2001; SAIGAL et al. 2000; SAAVALAINEN et al. 2007). Foglalkoztak az ikerszülés mint rizikótényező különféle következményeivel is (TROUTON et al. 2002). A kognitív funkciók hosszú távú atipikus működését igazolták olyan tizenéveseknél, akiknél az életük ötödik percében megállapított Apgar-érték alacsonyabb volt 7-nél (STUART et al. 2011). Eredményeik szerint 44 ilyen újszülöttből egy került speciális iskolába, illetőleg különféle, a születést megelőző, illetve közvetlenül a születés utánra tehető károsodások voltak kimutathatók, amelyek az alacsony Apgar-értéket okozták. Egy 2006-os, magyar gyermekekkel készült vizsgálat (SZANATI-DR. NAGY 2006) eredményei azt mutatták, hogy a koraszülött gyermekek preverbális képességeinek elmaradása már igen korán, csecsemőkorban kimutatható. Az elmaradás a perceptíós folyamatokban is tetten érhető. Magyar koraszülöttek utánkövetéses vizsgálatában elemezték a beszédperceptíós teljesítményt hatéves korukban (BEKE et al. 1994; BEKE-GÓSY 1997); az eredmények több folyamatban is szignifikáns különbséget igazoltak a kontroll csoporthoz képest. Felmerül a kérdés, hogy mi történik akkor, ha a gyermek születése atipikusnak volt mondható, a születési probléma azonban átmeneti jelleget mutatott, azaz a probléma orvosi szempontból gyorsan megoldódott.

Mindezen szakirodalmi adatok alapján feltételeztük, hogy a születéskor fellépő problémák befolyásolhatják az anyanyelv-elsajátításban a beszédészlelés és a beszédmegértés folyamatait. A jelen kutatás célja olyan rizikó gyermekek egyes beszédfeldolgozási folyamatainak a vizsgálata volt, akiknél átmeneti (enyhe) születési problémát igazoltak. Valószínűsítettük azt, hogy az átmeneti születési problémák hosszú távú hatást fejtenek ki a beszédészlelési és beszédmegértési mechanizmusra, amelyek a világra jövetel után 6–8 évvel is azonosíthatók. A beszédperceptíó rejtetten működik, ezért a gyermekek teljesítménye célzott tesztelés nélkül csak becsülhető lehet. Az esetleges elmaradások és/vagy zavarok hátráltatják, korlátozzák az olvasás és írás megtanulását és készség-szintű alkalmazását.

1 Az Apgar-pontrendszer (vagy skála) gyors, egyszerűen alkalmazható állapot-megítélési mód, amely az újszülött egészségi állapotát jellemzi. Az élet első és ötödik percében határozzák meg (maximum értéke 10). Öt könnyen észlelhető élettani paramétert vesznek tekintetbe: a bőrszínt, a szív működést, a reflexingerlekenységet, az izomtónust, a légzést (Virginia Apgar, 20. századi, amerikai aneszteziológus után). Az öt paraméter (angol) megnevezése eredményezi a mozaikszót (Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration), amely megegyezik a létrehozója vezetéknevével. Érdekesség, hogy a paraméternevek németül, spanyolul és franciául is megfeleltethetők a mozaikszónak (Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, Reflexe; Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad, Respiración; Appearance, Pouls, Grimace, Activité, Respiration.)

Kísérleti személyek, anyag, módszer

A kutatáshoz 90 gyermek adatait dolgoztuk fel; életkoruk 6–8 év (korosztályonként 30 fő). Minden korosztályt két csoportra osztottunk aszerint, hogy születéskor fellépett-e a gyermeknél valamilyen enyhe átmeneti probléma (a továbbiakban: rizikó gyermekek), avagy a születés teljesen problémamentes volt-e. A születéskor tapasztalt átmeneti problémát minden esetben kismértékű oxigénhiány okozta (enyhe asphyxia, vö. PAPP 2000; PIN et al. 2009). A vizsgálatunkba bevont minden gyermeket újszülöttként a szokásos fejlődés tekintetében nem mutatott zavart. A kontrollcsoportban lévő gyermekek születése problémamentes, anyanyelv-elsajátítási folyamatuk tipikus volt. Valamennyi vizsgált gyermek hallása és mentális folyamatai épen működtek.

A vizsgálathoz a sztenderdizált GMP-diagnosztika (Gósy 2006) öt altesztjének adatait dolgoztuk fel, amelyek az akusztikai, a morfofonológiai észlelés, a szerialitás, valamint a mondat- és a szövegértés működéséről nyújtanak információt. A mondatazonosítás zajban (GMP2) elnevezésű teszt a beszédészlelés akusztikai szintjét vizsgálja 10 zajjal elfedett mondattal, például: *A repülőgép most szállt le.* vagy *Az őzikét kergeti az oroszlán.* A morfofonológiai észlelés vizsgálata sajátos szerkezetű, szókincsű, elhangzásukban meggyorsított mondatok (GMP5) ismételtetésével történik. A mondatok részben szón belül, részben szóhatáron érvényesülő fonológiai koartikulációs folyamatok eredményeit tartalmazzák (hasonulások, hiátustöltés). A természetes ejtésű, férfihanggal rögzített mondatokat az eredeti bemondás tempójához képest 25%-kal műszerszel felgyorsítottuk. Az átlagos tempó így 14 hang/s, azaz valamivel gyorsabb, mint a köznyelvi magyar beszédtempó. A mondatok jelentéstartalma és grammatikai szerkesztettsége szándékosan meghaladja az óvodáskorúak, általában az első és második osztályosok nyelvi ismereteit is. Itt nem az értési, hanem az észlelési folyamatok felmérése a cél, például: *Őt is beidéztek a tárgyalásra?* vagy *Átkokat szórt mások fejére.* A szeriális észlelés vizsgálata (GMP10) az elhangzottak sorrendiségének pontos visszaadásán alapszik. Tíz értelmetlen, de a magyar hangsorépítési szabályoknak megfelelő hangsor (például *menelékej, síszi-dami, zseréb*) azonnali ismétlése a gyermek feladata. A gyermek számára a teszhelyzet ahhoz hasonló, mint amikor új szavakat hall, és első ízben megpróbálja azokat megismételni.

A szövegértést (GMP12) egy történet meghallgatását követő megértést ellenőrző kérdésekkel teszteljük. Az életkornak megfelelő szövegértéshez az adott nyelvi jelek helyes feldolgozásán túl szükség van az ismeretek beépítésének és alkalmazásának képességére, valamint az ok-okozati összefüggések, az időviszonyok helyes felismerésére és jó logikára. Fontos továbbá a nyelvi jelek szemantikájának pontos ismerete, jól működő mentális lexikon, gyors feldolgozás, biztos döntéssorozat. Férfihanggal, közepes tempóban magnetofonszalagra rögzített mese a vizsgálat anyaga, egy a 6 és egy másik a 7–8 évesek számára. A tíz, megértést ellenőrző kérdés az adott szöveg részleteire és összefüggéseire vonatkozik. A mondatértési teszt (GMP16) az adott életkorban szükséges szemantikai sajátosságok és a szintaktikai/grammatikai struktúrák feldolgozásáról nyújt felvilágosítást. A tesztsorozat anyaga az életkornak megfelelő 10–10 mondatnak és változatainak tartalmáról készült 20–20 db színes rajz. A rajzok páronként megfelelnek egymásnak oly módon, hogy közöttük minimális az eltérés (pl. az egyik képen a kislány adja a könyvet a kisfiúnak, a másik képen pedig fordítva). A mondat elhangzását követően (pl. *A kislánynak oda kell adnia a könyvet a kisfiúnak.*) kell a gyermeknek a rajz-párok közül a megfelelőt kiválasztania.

A statisztikai vizsgálatokhoz az SPSS 13.0 szoftvert használtuk (egy- és többtényezős varianciaanalízis, Post-hoc tesztek) 95%-os megbízhatósági szinten.

Eredmények

Kiindulásként a tesztekben kapott valamennyi adatot összesítettük minden korcsoportban, így egyetlen mutatót kaptunk az elemzett percepciók folyamatok működésére vonatkozóan. A hatéves rizikó gyermekek átlaga 54,53%, a hétéveseké 69,06%, a nyolcéveseké pedig 72,8%. Valamennyi (rizikó) vizsgálati csoportot egyetlen értékkel jellemezve, 65,46 %-ot kaptunk (az átlagos eltérés: 23,92%). A kontroll hatévesek átlaga 80,4%, a hétéveseké 88%, a nyolcéveseké 90,53%, az összes kontroll csoportra kapott átlagérték 86,31% (az átlagos eltérés 11,14%). Ezek a leíró statisztikai adatok már önmagukban is jelentős eltéréseket mutatnak az egyes csoportok között. Az egytényezős ANOVA a rizikó gyermekek és a kontroll csoportok között szignifikáns különbséget igazolt ($F(1, 449) = 140,361, p = 0,001$). A vizsgált beszédpercepciók adatokat életkori bontásban elemezzük (a statisztikai adatokat a Post hoc tesztek alapján).

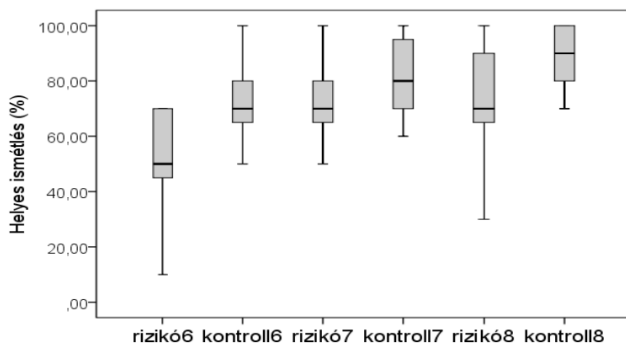
A hatéves óvodások beszédészlelési folyamatai csoportszinten elmaradást mutattak a kontroll gyermekekéihez képest majdnem minden tesztben. A zajban elhangzó mondatok helyes ismétlésének átlaga a rizikó csoportban 52,6% (átl. elt.: 17,51%), a kontroll csoportban 72,6% (átl. elt.: 12,79%). A gyorsított mondatok helyes ismétlésének átlaga a rizikó csoportban 37,3% (átl. elt.: 15,33%), a kontroll csoportban 67,3% (átl. elt.: 8,83%). A szeriális észlelés a rizikó óvodások esetében 52%-os átlagot (átl. elt.: 20,07%), míg a kontroll gyermekeknél 82,6%-os átlagot (átl. elt.: 11,62%) mutatott. A beszédmegértés egyes folyamatait vizsgáló tesztekben a szövegértést tekintve jelentős volt a rizikó (átlag: 52%, átl. elt.: 18,59%) és a kontroll csoport (átlag: 76,6%, átl. elt.: 11,75%) közötti különbség, míg a mondatértésben az eltérés kisebbnek bizonyult (rizikó csoport átlaga 78,6%, az átlagos eltérés 19,95%, a kontroll csoport átlaga 86,6%, átlagos eltérés 9,75%). A statisztikai elemzések a vizsgált tesztekben a mondatértés kivételével szignifikáns különbséget igazoltak a rizikó és a kontroll csoportok között (GMP2: $p = 0,009$; GMP5: $p = 0,001$; GMP10: $p = 0,001$; GMP12: $p = 0,002$).

A hétévesek (első osztályosok) beszédészlelési folyamatai csoportszinten változó mértékű elmaradást mutattak a kontroll iskolások adataihoz képest. A zajban elhangzó mondatok helyes ismétlésének átlaga a rizikó csoportban 71,3% (átl. elt.: 14,57%), a kontroll csoportban ugyanez az adat 82,6% (átl. elt.: 13,34%), a különbség azonban statisztikailag nem szignifikáns. A gyorsított mondatok helyes ismétlésének átlaga a rizikó tanulóknál 61,3% (átl. elt.: 18,84%), a kontroll csoportban 82% (átl. elt.: 11,46%), az eltérés itt szignifikáns ($p = 0,007$). A szeriális észlelés a rizikó csoportban átlagosan 65,3%-os (átl. elt.: 25,87%), míg a kontrollban 88% (átl. elt.: 9,41%), az eltérés szignifikáns ($p = 0,005$). Hasonlóan a hatévesek adataihoz, a mondatértési eredmények a hétéveseknél sem mutatottak jelentős eltérést a csoportok között (a rizikó gyermeknél az átlag 84,6%, átlagos eltérés: 17,67%, a kontroll tanulóknál az átlag 90%, az átlagos eltérés 9,25%). A szövegértésben ismét statisztikailag igazolható különbséget találtunk, a rizikó csoport átlaga 63,3% (átl. elt.: 26,09%), míg a kontroll csoporté 90% (átl. elt.: 9,25%; $p = 0,002$).

A nyolcéves iskolások elemzett beszédészlelési folyamatai a csoportok összevetésében mutattak ugyan tendenciaszerű különbségeket (a kontroll csoport javára), statisztikailag azonban csak két tesztben lehetett szignifikáns eltérést kimutatni. Az egyik a szeriális észlelés, ahol a rizikó csoport átlaga 74% (átl. elt.: 18,82%), a kontrollé pedig

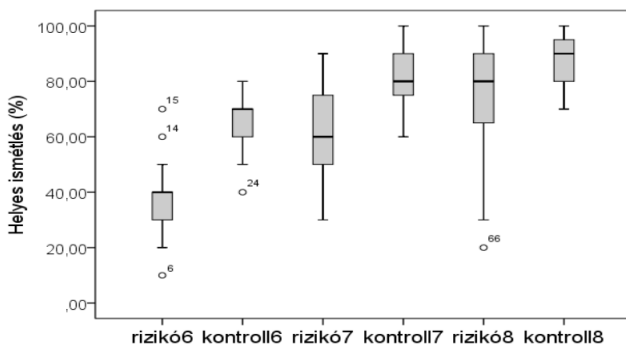
92,6% (átl. elt.: 7,03%; $p = 0,036$). A másik a szövegértés, itt a csoportátlag a rizikó tanulóknál 72% (átl. elt.: 16,98%), a kontroll csoportban pedig 90,6% (átl. elt.: 10,32%; $p = 0,038$). A zajban elhangzó mondatok helyes ismétlésének átlaga a rizikó csoportban 72% (átl. elt.: 22,1%), a kontroll csoportban 88% (átl. elt.: 10,82%). A gyorsított mondatok esetében a helyes ismétlések átlaga a rizikó tanulóknál 74,6% (átl. elt.: 23,86%), a kontroll gyermekeknél 88,6% (átl. elt.: 9,15%). A mondatértés átlaga a rizikó csoportban 84% (átl. elt.: 15,49%), a kontroll csoportban pedig 94,6% (átl. elt. 14,48%).

A beszédészlelési folyamatokat az életkor mentén elemezve azt tapasztaltuk, hogy fokozatos fejlődés látható mind a rizikó, mind a kontroll gyermekeknél, a statisztikai elemzés azonban csupán egyetlen tesztben és egyetlen korcsoportban igazolt szignifikáns változást (rizikó 6 és 7 évesek között a gyorsított mondatok helyes ismétlésében). Az 1. ábra a GMP2, a 2. a GMP5, a 3. a GMP10, a 4. a GMP12 és az 5. a GMP16 adatait szemlélteti az életkor függvényében.



1. ábra. A zajos mondatok helyes ismétlésének átlaga (medián) és szórása vizsgálati csoportonként és életkoronként

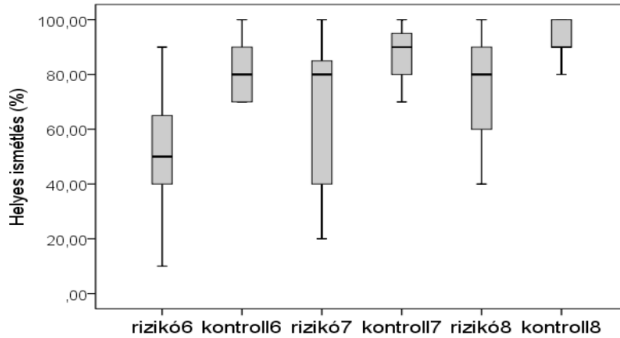
A zajos mondatok helyes ismétlésében leggyengébben – várhatóan – a rizikó hatévesek, legjobban pedig a kontroll nyolcévesek teljesítettek. A teszt adatai szerint a rizikó hétévesek teljesítménye megegyezik a kontroll hatévesekéivel, a rizikó nyolcévesek gyengébben teljesítenek, mint a kontroll hétévesek (bár a különbség nem szignifikáns). Kis-mértékű javulás látható náluk a rizikó hétévesekhez viszonyítva.



2. ábra. A gyorsított mondatok helyes ismétlésének átlaga (medián) és szórása vizsgálati csoportonként és életkoronként

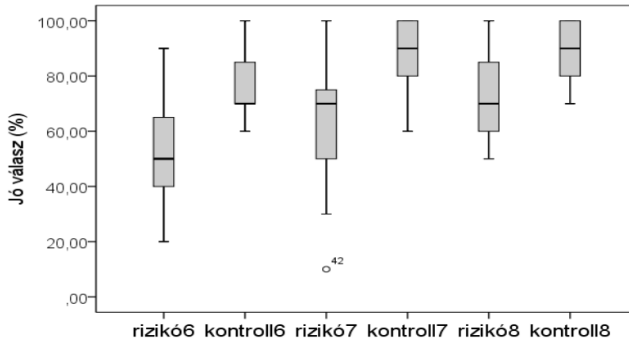
A gyorsított mondatok visszamondásának adataiban a legnagyobb különbséget a rizikó és a kontroll csoportok között ismét a hatéveseknél tapasztaltuk, de az iskolásoknál is

jelentősek az eltérések. A rizikó csoport átlaga még hétéves korban is gyengébb, mint a hatéves kontroll csoporté. A rizikó nyolcévesek és a kontroll hétévesek teljesítménye hasonló. Szignifikáns eltérést csak a rizikó hat- és hétévesek között találtunk ($p = 0,001$), ami egyértelmű fejlődést igazol.

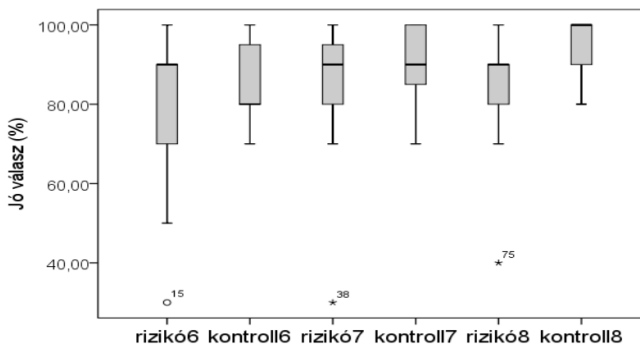


3. ábra. Az értelmetlen hangsorok (logatomok vagy álszavak) helyes ismétlésének átlaga (medián) és szórása vizsgálati csoportonként és életkoronként

A szeriális észlelést vizsgáló teszt ugyancsak mindhárom életkorban jelentős eltérést mutat a rizikó és a kontroll gyermekek között. A teljesítmények tendenciái hasonlóak az előzőekben tárgyalt tesztek adataihoz, szignifikáns különbséget az életkor függvényében sehol nem találtunk.



4. ábra. A jó szövegértés átlaga (medián) és szórása vizsgálati csoportonként és életkoronként



5. ábra. A jó mondatértés átlaga (medián) és szórása vizsgálati csoportonként és életkoronként

A szövegértési teljesítmény látható fejlődést mutat mind a rizikó, mind a kontroll csoportokban, a különbségek azonban nem szignifikánsak az életkor függvényében. A mondatértés sem mutat matematikailag értékelhető eltérést az életkorok mentén.

Következtetések

Kutatásunkban arra a kérdésre próbáltunk választ kapni, hogy átmeneti születési problémát (enyhe asphyxia) mutató gyermekek beszédpercepciósi folyamatai hat- és nyolcéves kor között mutatnak-e elmaradást a kontroll gyermekekéhez képest. Az eredmények csoportszinten szignifikáns különbségeket igazoltak a rizikó és a kontroll gyermekek teljesítménye között a mondatértés kivételével minden elemzett folyamatban. A rizikó gyermekek minden életkorban és minden tesztben jellegzetesen gyengébben teljesítettek. Jelentősek az eltérések a morfofonológiai és a szeriális észlelésben, ami a fonológiai tudatosság bizonytalan kialakultságára utal, valamint a szövegértésben. A szövegértés átlaga életkortól függetlenül mindenütt gyengébb, mint a mondatértési átlag. Ugyanez figyelhető meg más kutatások eredményei alapján is a tipikus beszédfejlődésű (GÓSY–HORVÁTH 2006; MARKÓ 2007), a diszlexiás (GRÁCSI et al. 2007), a megkésett beszédfejlődésű (HORVÁTH 2007), sőt a tanulásban akadályozott gyermekeknél is (GÓSY 2007; MACHER 2007). Az életkor függvényében azonban csak tendenciaszerű változásokat találtunk.

Adataink igazolták azt, hogy hatéves korban van a legnagyobb különbség a rizikó és a kontroll csoport között. Ez azzal magyarázható, hogy a beszédpercepciósi elmaradások a felszínen nem egyértelműen jelennek meg, így a gyermekek (és szüleik) az iskoláskort megelőzően nem vagy csak ritkán (illetve nem egyértelműen) szembesülnek az ilyen jellegű problémákkal. Az iskolai tanulás hatására csökkennek a rizikó és a kontroll gyermekek közötti eltérések. Hangsúlyozandó, hogy kutatásunk nem longitudinális, azaz nem ugyanazon gyermekek teljesítményét vizsgáltuk az életkor növekedésével, ez korlátozza megállapításaink általánosíthatóságát.

A vizsgált rizikó gyermekek jóval nagyobb egyéni teljesítménykülönbségeket mutatnak, mint a kontroll gyermekek. Ezek az eltérések azonban nem voltak függetlenek a gyermekek életkorától és az adott tesztől. Minden tesztben voltak olyan rizikó gyermekek, akiknek a teljesítménye azonos volt a kontroll gyermekekével, és akadtak olyan gyermekek a kontroll csoportokban, akiknek a teljesítménye a rizikó gyermekek többségének adataival mutatott hasonlóságot vagy egyezést. Kutatásunk eredményei alapján tehát nem állíthatjuk egyértelműen azt, hogy a vizsgált rizikó gyermek gyengébben működő beszédpercepciósi mechanizmusa biztosan összefügg az átmeneti születési problémával, avagy hogy annak hosszú távú következménye. Ugyanakkor ez a lehetőség egyáltalán nem zárható ki, amint azt külföldi kutatások igazolták (LUU et al. 2009; MAJNEMER et al. 2000; STANTON-CHAPMAN et al. 2002). Ezért a mindennapi gyakorlat számára adataink azért fontosak, mert felhívják a figyelmet arra, hogy születési probléma esetén a beszédpercepciósi szint felmérése az iskolába lépés előtt megkerülhetetlen. A nem optimális születési körülmények esetén a prevenció fontosságát nemzetközi kutatások is hangsúlyozzák (pl. SYDSJÖ 2011). A konkrét adatok ismeretében megtervezhető a célzott fejlesztés, az esetleges elmaradások korrekciója, és így megelőzhető vagy csökkenthető lesznek az iskolai nehézségek.

Irodalom

- BEKE A. – GÓSY M. – MACHAI T. (1994): Megszületéskor intenzív osztályon ápolat koraszülöttek és veszélyeztetett újszülöttek beszédészlelése és beszédmegértése a beiskolázáskor. *Gyermekgyógyászat* 45: 298–307.
- BEKE, A. – GÓSY, M. (1997): Speech perception and speech comprehension of pre-term newborns and high-risk neonates of pre-school age. *Child: Care, Health and Development* 23: 457–474.
- BRISCOE, J. – GATHERCOLE, S. E. – MARLOW, N. (1998): Short-term Memory and Language Outcomes After Extreme Prematurity at Birth. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 41: 654–666.
- BRISCOE, J. – GATHERCOLE, S. E. – MARLOW, N. (2001): Everyday memory and cognitive ability in children born very prematurely. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 42: 749–754.
- CHAMBERLAIN, D. B. (1999): Prenatal Body Language: A New Perspective on Ourselves. *Birth Psychology* 14: 169–180.
- GÓSY M. (2006): *GMP – A beszédészlelés és a beszédmegértés folyamatának vizsgálata*. Budapest: Nikol.
- GÓSY M. (2007): Az értelmi képesség és a beszédpercepciók folyamatok összefüggései. In: GÓSY M. (szerk.): *Gyermekkori beszédészlelési és beszédmegértési zavarok*. Nikol, Budapest, 230–246.
- GÓSY M. – HORVÁTH V. (2006): Beszédfeldolgozási folyamatok összefüggései gyermekkorban. *Magyar Nyelvőr* 2006: 470–481.
- GRÁCZI T. E. – GÓSY M. – IMRE A. (2007): Olvasási nehézség és diszlexia a beszédfeldolgozás tükrében. In: GÓSY M. (szerk.): *Beszédészlelési és beszédmegértési zavarok az anyanyelv-elsajátításban*. Nikol, Budapest, 214–228.
- HADDOW, J. E. – PALOMAKI G. E. – ALLAN W. C. et al. (1999): Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *The New England Journal of Medicine* 341: 549–555.
- HERSEN, M. (ed., 2004): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. John Wiley and Sons, New Jersey.
- HORVÁTH V. (2007): Megkésett beszédfejlődésű óvodások beszédfeldolgozási folyamatairól. In: GÓSY M. (szerk.): *Beszédészlelési és beszédmegértési zavarok az anyanyelv-elsajátításban*. Budapest: Nikol, 149–162.
- KATONA F. (1986): *Fejlődésneurológia, neurohabilitáció*. Medicina, Budapest.
- KORKMAN M. – LIKANEN A. – FELLMAN V. (1996): Neuropsychological consequences of very low birth weight and asphyxia at term: follow-up until school-age. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 18: 220–233.
- LUU, T. M. – MENT L. R. – SCHNEIDER, K. C., et al. (2009): Lasting effects of preterm birth and neonatal brain hemorrhage at 12 years of age. *Pediatrics* 123: 1037–1044.
- MACHER M. (2007): Tanulásban akadályozott gyerekek beszédészlelési és beszédmegértési vizsgálata. In: GÓSY M. (szerk.): *Beszédészlelési és beszédmegértési zavarok az anyanyelv-elsajátításban*. Nikol, Budapest, 247–260.
- MAJNEMER, A. – PILEY P. – SHEVELL M. et al. (2000): Severe Bronchopulmonary Dysplasia Increases Risk for Later Neurological and Motor Sequelae in Preterm Survivors. *Developmental Medicine and Child Neurology* 42: 53–60.
- MAY, L. – BYERS-HEINLEIN, K. – GERVAIN, J. – WERKER, J. F. (2011): Language and the newborn brain: Does prenatal language experience shape the neonate neural response to speech? *Frontiers in Language Sciences* 2011. http://www.frontiersin.org/language_sciences/10091 (Letöltés: 2011. június 30.)
- MARKÓ A. (2007): A mondat- és szövegértés jellemzői és összefüggése 6–9 éves korban. In: GÓSY M. (szerk.): *Beszédészlelési és beszédmegértési zavarok az anyanyelv-elsajátításban*. Budapest: Nikol, 271–284.

- NULMAN, I. – ROVET, J. – STEWART, D. E. et al. (2002): Child Development Following Exposure to Tricyclic Antidepressants or Fluoxetine Throughout Fetal Life: A Prospective, Controlled Study. *American Journal of Psychiatry* 159: 1889–1895.
- O'LEARY, C. – ZUBRICK, S. R. – TAYLOR, C. L. et al. (2009): Prenatal Alcohol Exposure and Language Delay in 2-Year-Old Children: The Importance of Dose and Timing on Risk. *Pediatrics* 123: 547–554.
- PAPP Z. (2000): Érett újszülöttek postashyxiás eredetű szülési károsodása és megelőzésének esélyei. *Lage Artis Medicinae* 10: 100–105.
- PIN, T. W. – ELDRIDGE, B. – GALEA, M. P. (2009): A review of developmental outcomes of term infants with post-asphyxia neonatal encephalopathy. *European Journal of Paediatric Neurology* 13: 224–234.
- RUBEN, R. J. (1997): A Time Frame of Critical/Sensitive Periods of Language Development. *Acta Oto-laryngologica* 117: 202–205
- SAAVALAINEN, P. – LUOMA, L. – BOWLER, D. et al. (2007): Naming skills of children born preterm in comparison with their term peers at the ages of 9 and 16 years. *Developmental Medicine and Child Neurology* 48: 28–32.
- SAIGAL S. – HOULT L. A. – STREINER D. R. et al. (2000): School Difficulties at Adolescence in a Regional Cohort of Children Who Were Extremely Low Birth Weight. *Pediatrics* 105: 325–331.
- SHORT, E. J. – KLEIN, N. K. – LEWIS, B. A. et al. (2003): Cognitive and Academic Consequences of Bronchopulmonary Dysplasia and Very Low Birth Weight: 8-Year-Old Outcomes. *Pediatrics* 112: 359–366.
- STANTON-CHAPMAN, T. L. – CHAPMAN, D. A. – BAINBRIDGE, N. L. – SCOTT, K. G. (2002): Identification of early risk factors for language impairment. *Research in Developmental Disabilities* 23: 390–405.
- STUART, A. – OTTERBLAD OLAUSSON, P. – KÄLLEN, K. (2011): Apgar Scores at 5 Minutes After Birth in Relation to School Performance at 16 Years of Age. *Obstet Gynecol.* 118: 201–208.
- SZANATI D. (2011): A logopédus-egészségpszichológus szerepe a koraszülött gyermekek utánvizsgálatában. *Gyógypedagógiai Szemle* 3–4.
- SZANATI D. – DR. NAGY B. (2006): A koraszülöttség mint a preverbális képességek fejlődését befolyásoló tényező. *Gyógypedagógiai Szemle* 1: 23–37.
- SYDSJÖ, G. (2011): Long-term consequences of non-optimal birth characteristics. *American Journal of Reproductive Immunology* 66: 81–87.
- TROUTON, A. – SPINATH, F. M., – PLOMIN, R. (2002): Twins Early Development Study (TEDS): A Multivariate, Longitudinal Genetic Investigation of Language, Cognition and Behavior Problems in Childhood. *Twin Research* 5: 444–448.
-

Téri viszonyok és a nyelvi reprezentáció a koraszülötteknél

GYÖRKŐ ENIKŐ – LÁBADI BEATRIX¹ – BEKE ANNA

gyorkoe@gmail.com, labadi.beatrix@pte.hu, panni@noi1.sote.hu

Absztrakt

A kutatás célja, hogy összefüggést állapítson meg a nyelvi reprezentáció fejlődése és a téri nyelv megértése és használata között koraszülött gyermekeknél és illesztett kontrollnál. A vizsgálatban 3, 4, és 5 éves normál intelligenciájú gyermekek vettek részt, a koraszülött csoportba neurológiai tünetektől mentes, 1500 g alatt és 25–30 gesztációs hétre született gyermekek kerültek.

A kutatás során előzetesen feltártuk a koraszülött gyermekek anamnesztikus adatait, elemeztük a nyelvi fejlődésük állomásait és illesztettük a környezetük kulturális háttéréhez. A vizsgálatban egy valós háromdimenziós térben kutattuk a gyermekek téri relációs fogalmainak megértését és alkalmazását, az irányhármasság (HOL? HOVA? HONNAN?) dimenziói alapján, és a válaszokat összehasonlítottuk a nyelvfejlődési adatokkal. Az 5 éves gyermekek esetében külön feltételben tanulmányoztuk a főnévi allomorfofok produkcióját.

Az eredmények azt mutatják, hogy összefüggés mutatható ki a téri relációs kifejezések megértése, használata és a koraszülött nyelvi fejlődésen keresztül. Normál értelmi fejlettségű, de kissúlylal világra jött koraszülöttek lemaradást mutatnak a téri relációs kifejezések megértésének és produkciójának fejlődésében. A főnévi allomorfofok használatában.

Kulcsszavak: koraszülött, nyelvi reprezentáció, téri nyelv

A téri megismerés

A tér ismerete és a benne való tájékozódás alapvető feltétele az emberi létnek. A mindennapi tevékenységek szervezése a térbeli világ ismeretében történik. A tárgyak helyének és helyzetének pontos, finom kódolása kritikus és egyben adaptív az emberi viselkedés szempontjából (HUTTENLOCHER–LOURENCO 2007), továbbá a dolgok térbeli elhelyezkedésének potenciális megismerése biológiai és pszichológiai szempontból is egyaránt elengedhetetlen. A statikus és mozgó tereptárgyak helyzetének meghatározása a fizikai környezetben, a hétköznapi rutin feladatok ellátása, a veszélyhelyzetek pontos helyének megítélése nem nélkülözheti a téri kódolást, az észlelt jelzések hatására a mozgás újra szervezése (reorganizáció) jön létre az akadályok elkerülésére (LANDAU–JACKENDOFF 2003). A tér ismerete és a benne való tájékozódás az emberi intelligencia alapvető komponense, a kognitív képességeken belül elkülönült szegmense a megismerésnek, (NEWCOMBE–HUTTENLOCHER 2003). A téri tudás több tényező együttes működésére támaszkodik, mint a nyelv, az észlelés, és a kategorizálás (LAKUTSA–LANDAU 2005).

Számos neurológiai kutatás rávilágított arra a tényre, hogy a téri információ kódolása jól körül írható idegrendszeri háttérrel működik (EPSTEIN–DEYOE–PRESS–ROSEN–KANWISHER 2001; EPSTEIN–GRAHAM–DOWNING 2003). Saját neurológiai feldolgozó rendszere funkcionális megosztással működik az agykéregben, melyben jelentős szerepet játszik

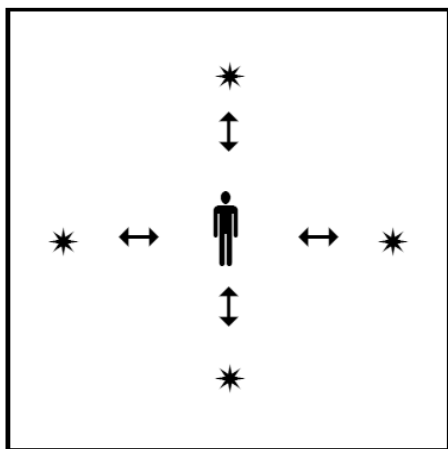
1 A szerzőt a MTA Bolyai ösztöndíja támogatja (BO/00772/08/2)

a posterior parietális kéreg, a prefrontális és parahippocampális terület, valamint a hippocampus. (BURGESS–MAGUIRE–O’KEEFE 2002; GEOFFREY–D’ESPOSITO, A.–D’ESPOSITO, M. 1997; MOFFAT–ELKINS–RESNICK 2006; NEWCOMBE et al. 2003).

A térben való tájékozódás, a téri helyzet meghatározása nem vezethető vissza egyetlen kódolási módra. A tájékozódás során meghatározó a rendelkezésre álló információ mennyisége és jellege. Az eltérő környezetek és a benne lévő tereptárgyak különböző jelzéseket szolgáltatnak a szemlélő számára, így a térben való tájékozódás a tér, a tereptárgyak és az észlelő viszonyától függ. A téri észlelt információ reprezentálódása attól is függ, hogy a szemlélő mennyire részese az adott helyzetnek, így a téri információ értelmezése alapvetően két viszonyítási rendszer működésére vezethető vissza. Az észlelt jelzések egyik reprezentációs módja, amikor a megfigyelő saját magához viszonyít (*megfigyelő központú referencia*) másik módja, amikor a környezet tereptárgyaihoz (*külső referenciájú téri reprezentáció*) viszonyít, függetlenül az egyén helyzetétől (1. ábra).

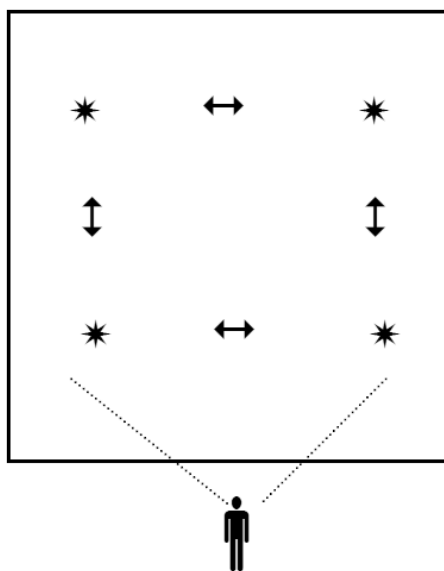
Nézőközpontú tér

Megfigyelő központú/egocentrikus
Saját test a referencia pont



Tárgyközpontú tér

Külső referenciájú/allocentrikus
Tárgyközpontú referencia, nézőponttól független



1. ábra. Viszonyítási rendszerek

A felnőttek a téri tájékozódásuk során négy alapvető rendszert működtetnek a pozíciójuk meghatározására (NEWCOMBE–LEARMONTH 2000). Az egyik jellegzetes módja, amikor a környezetben található tárgyak válnak viszonyítási ponttá. A külső tereptárgyak, és a környezet referenciaként szolgálnak a pozíció és távolság meghatározásában, irányítják a kategorikus kódolást. A gyakori és prototipikus téri támpontok, mint az épületek és a geográfiai jellemzők stabil viszonyítási rendszerként segítenek a hétköznapi eligazodásban. Bizonyított, hogy a környezet *jelző ingerei* (*cue learning*) támogatják a tárgyak pozíciójának meghatározását, és a hely emlékezetben tartását. Ez az úgynevezett jelző-inger tanulás, amely során egy speciális asszociációs kapcsolat jön létre a tárgy helyzete és a környezete között, ahogy a példa is mutatja: az észlelő elvárása, hogy a kávéscsésze általánosan az asztalon van és nem az asztal alatt helyezkedik el (NEWCOMBE–HUTTENLOCHER 2003).

Továbbá jelentős szerepet játszik a téri kódolásban a Tolmantól származó eredeti elképzelés, a kognitív térkép használata. A téri helyzetek kódolása során elraktározzuk az információkat, melyeket adott helyzetben képesek vagyunk újra előhívni. A *helytanulás* folyamatában hasznos információ az egymás mellett elhelyezkedő tárgyak közötti távolság (disztális jelzés), így jól megkülönböztethető a tereptárgyak helyzete és iránya.

A tájékozódó személy a célhely elérése érdekében nem nélkülözheti a hozzávezető út téri ismeretét. Az útvonalról formálódó reprezentációban szerepet játszik a mozgásmintázat. A motoros tevékenység során asszociáció épül ki a külső referencia keret és mozgásmintázat között, ezáltal a környezet téri mintázatához illesztett mozgás szekvencia sajátítódik el (NEWCOMBE–HUTTENLOCHER 2003). Ez a *választanulás* vagy *szenzomotoros kódolás*, amelyben a távolság kódolása és a közvetlen hozzákapcsolódó, összetett mozgásszekvenciák kiépülése zajlik. A folyamatban nélkülözhetetlenek az egyensúlyi, a kinesztetikus és vizuális forrásból származó ismeretek.

Egy adott célhely elérésre irányuló keresés összetett tájékozódást igényel. A kitűzött pont eléréséhez szükséges, hogy rögzítésre kerüljön a távolság és a megtett útvonal iránya. Az *útvonal integráció* (*inercialis kódolás*) során a mozgás által a téri reprezentáció folyamatosan megújul, hogy segítse az eligazodást.

A téri kódolás eltérő és összetett rendszerként működik a lokalizációs tudást illetően (*1. táblázat*) attól függően, hogy milyen forrásból származnak. A reprezentálódás módja a szerint változik, hogy az adott környezetből származó információk milyen téri jelleget képviselnek.

	Saját referencia	Külső referencia
Egyszerű, korlátozott	Szenzomotoros tanulás (egocentrikus tanulás, választanulás)	Jelzőinger
Összetett, teljes	Útvonal integráció (Inercialis navigáció)	Helytanulás

1. táblázat: A téri kódolás típusai (NEWCOMBE–HUTTENLOCHER 2003).

A téri reprezentáció alapvető négy alrendszerének fejlődése a születéstől a serdülőkori szakaszáig tart. A gyermek fejlődésében a tér élményével és tapasztalatával, a perceptuális és a motoros képességek alakulásával (LÁBADI 2009), fokozatosan egyre összetettebb összefüggésrendszert hoz létre. A kezdeti időszakról a téri kategorizáció mennyiségi és minőségi változása (NEWCOMBE–LEARMONTH 2000) egyre pontosabbá teszi az objektumok pozíciójának kódolását. A Piaget által kínált fejlődési elmélet, vagyis a szenzomotoros tapasztalaton keresztül történő téri viszony megismerés, nem magyarázza teljes mértékben a korai csecsemő vizsgálatok eredményeit, ahol a már néhány hónapos csecsemők felismerik a térbeli kapcsolatokat (NEWCOMBE–HUTTENLOCHER 2007). Quinn (1994) vizsgálata igazolta, hogy már három hónapos csecsemők képesek az egyszerű térbeli helyzetek azonosítására, a fent és a lent kódolására.

A fiatal csecsemő helyhez kötött, a korai korlátozott motoros képessége akadályozza őt abban, hogy a teljes téri kódolási rendszer használja. A kezdeti vizsgálatok (ACREDOLO 1979; BREMNER–BRYANT 1977) igazolták, hogy a csecsemők korai időszakban elsősorban a választanulás és jelzőingert használják a téri pozíció meghatározásában. A jelzőinger használat 5 hónapos csecsemőknél kiváltható. Ebben az időszakban reprezentálódik a relatív magasság (BAILLARGEON 2004), és a perceptuálisan kiugró tereptárgyak a későbbi

hónapokban segítik a helyes a térbeli kódolást (ACREDOLO–EVANS 1980; NEWCOMBE–HUTTENLOCHER 2003).

A helyzet-, és helyváltoztató mozgásformák kialakulásával, a kódolás minőségi változáson megy keresztül, egyes motoros képességek más-más módon szervezik a pszichés funkciókat (LÁBADI 2009). Minden újonnan elsajátított mozgásfejlődési mérföldkő az akció-percepció rendszer közötti kapcsolat új beállítását hozza létre (RIESER–HERBERT–PICK 2007; ATKINSON–BRADDICK 2007). Például a vizuális perspektíva változásával, a téri tapasztalatok is változnak, funkcionális újraszerveződés megy végbe. A statikus felülés után a mászás megjelenése különösen jelentős fejlődési állomás, amely által elérhetővé válnak a tér tereptárgyai. A saját kezdeményezésre indított mozgás segítségével az allocentrikus téri referencia keretre támaszkodó reprezentáció korai formája is megjelenik (ACREDOLO 1990), 6,5 hónapos korban nyilvánvaló a használata (KAUFMAN–NEEDHAM 1999), az allocentrikus helyzet támpontjai segítik csecsemőt a téri kapcsolat felismerésében. (MCKENZIE et al. 1984). Azonban, ha megváltoztatjuk a csecsemő kiindulási pontját, akkor a tájékozódásban egocentrikus keretre támaszkodik. A gyermek 9–10 hónapos korában a mozgásfejlődési tapasztalata által allocentrikus tájékozódási módra vált.

Az önálló mobilitással rendelkező 2 éves gyermek egyre ügyesebben használja az egocentrikus rendszert. Képesé válik a tárgyak elérésére a korai útvonal integráción keresztül az úgynevezett folyamatos térben (NEWCOMBE–HUTTENLOCHER–LEARMONTH 1999). Ahhoz, hogy a gyermekek a helytanulást, mint fejlett téri reprezentációs rendszert használni tudják, kortikális szinten érési folyamatok és strukturális változások szükségesek (NEWCOMBE–HUTTENLOCHER 2003).

A későbbi fejlődés során a sikeres tájékozódásban jelentős szerepet játszik a saját test mint referenciakeret. A saját testhez viszonyított tájékozódást már a 3 évesek is használják, és ez nem változik számottevő mértékben 6 éves korig. A 3 éves gyerekek még eredményesebbek, ha a külső referencia kereteket, mint például egy szoba kereteit tudják felhasználni a viszonyításban (NARDINI–BURGESS–BRECKENRIDGE–ATKINSON 2006), továbbá képesek hasznosítani a távoli tereptárgyak helyzetét és a disztális jelzéseket (BULLENS–NARDINI–DOELLER–BRADICK–POSTMA–BURGESS 2009). A kísérleti helyzetek szerint a 4 évesek hatékonyabbak a megfigyelő központú tájékozódásban, jobb eredményt mutatnak az elrejtett tárgyak megtalálásában, ha önmagukhoz kódolják az irányt (NARDINI–THOMAS–KNOWLAND–BRADDICK–ATKINSON 2009).

5 éves kortól változatos stratégiák jelennek meg a tájékozódásban. Annak ellenére, hogy még erősebb a nézőközpontú tájékozódás, már felhasználják a mozgásos információkat. Még nem alkalmazzák az útvonal integrációs kódolást, azonban a megzavart orientációs helyzetben (reorientáció) hasznosítják a rendelkezésre álló mozgásos információt (NARDINI–THOMAS–KNOWLAND–BRADDICK–ATKINSON 2009). A nézőponttól független tájékozódás biztos használata 6–8 éves korra tehető (NARDINI–THOMAS–KNOWLAND–BRADDICK–ATKINSON 2009).

A téri nyelv és téri reprezentáció kapcsolata

A téri elrendezések kódolása, és megértése több modalitás-specifikus információ együttes eredménye. Az ember téri kódolásának alapvető sajátossága a többi élőlényel szemben, hogy képessé vált szimbolikus formában leírni a téri kapcsolatokat. Amíg az állatok többnyire észlelési rendszert (szaglás, mágneses mező) használnak, addig az ember az egyedüli lény, aki szimbolikus rendszert alkalmaz a tér kódolására (NEWCOMBE–

HUTTENLOCHER 2007). A téri nyelv alapvető emberi tudás, mely kulturálisan megoszthatóvá teszi a tér ismeretét, és rugalmas alkalmazkodást biztosít a közösségen belül.

A téri képesség és a nyelv között dinamikus kapcsolat áll fenn (LANDAU–DESSALEGN–GOLDBERG 2009). A kapcsolat a tér és nyelv között kölcsönös, bármi kódolt a térben, az kódolt a nyelvben is (LANDAU–LAKUSTA 2006). A téri nyelv szemantikai alapjai a viszony-
szavak és a toldalékok, amelyek térbeli tulajdonságokat kódolnak, leírják a téri reprezentációs keretet és jellemzik a benne lévő tereptárgyak egymáshoz viszonyított kapcsolatát (LANDAU–LAKUSTA 2006). Korábban úgy gondolták, hogy a két reprezentáció autonómiája vitathatatlan, és az olyan formális nyelvi elemek, mint a főnévi kifejezések és az igék nem közvetlen elemei a téri nyelvnek és nem játszanak szerepet a téri megismerésben. Az igék szemantikai szerepe a téri nyelv használatában kétségtelen (RICHARDSON–SPIVEY–BARSALOU–MCRAE 2003), kategorizálják a vertikális és horizontális irányokat (RICHARDSON–SPIVEY–EDELMA–NAPLES 2001), facilitálják a kódolást.

A különböző nyelvek eltérő módon fejezik ki a téri kapcsolatokat a szemantikai rendszerben a viszony-
szavak, toldalékok tükrében (CHOI–MCDONOUGH 2007). Annak ellenére, hogy a téri nyelv univerzális elemeket tartalmaz, a nyelv szelektív hatást gyakorol a téri kognícióra. (MUNNICH–LANDAU–DOSHER 2001). A téri nyelv kifejezéseiben tipizálja a nagyobb komponenseket, mint a tereptárgyat (cél tárgy), vagy a referens objektumot (vonatkoztatási tárgy) és a teret (terület). A terület egyben leírja azt a viszonyt is, ami a kódolt tárgy és a vonatkoztatási tárgy között fennáll. Megjeleníti a térben zajló mozgást és annak módját, illetve az útvonalat és annak geometriai vonatkozásait (LANDAU és mtsai. 2009). Landau és kollégáinak értelmezése szerint a terület egyben megmutatja azt a viszonyt is, ami a kódolt tárgy és a vonatkoztatási tárgy között áll fenn (PLÉH–KIRÁLY–LUKÁCS–RACSMÁNY 2003). A nyelvek egy része prepozíciók segítségével jeleníti meg a téri kapcsolatot. Az angol nyelv viszonyt jelentő igéket használ, a magyar nyelvben az igéhez igekötő szükséges.

Magyar nyelvi rendszer téri kifejezései pontosan meghatározott grammatikai és lexikai struktúrába rendeződik, így dimenzionálisan vizsgálható (PLÉH 2007). A téri viszony jelzése az igekötők, a határozószók, a helyragok, és a helyi névutók használatával valósul meg (LUKÁCS–PLÉH–RACSMÁNY 2007), mely hármas kódolási rendszerben épülnek fel (2. táblázat). Az irányhármasság alkalmas arra, hogy a ragok segítségével egyszerű, és a névutók használatával bonyolult kognitív szerkezettel írjuk le a téri viszonyrendszert (PLÉH 2001). A dinamikus ág szisztematikusan kódolja az *ösvényt*, elkülönítve a *cél* és a *forrás* téri viszonyát.

	Statikus	Dinamikus	
		Cél	Forrás
Helyragok	-ban -on -nál	-ba -ra -hoz	-ból -ról -tól
Névutók	mögött előtt alatt mellett között	mögé elé alá mellé közé	mögül elől alól mellől közül

2. táblázat. Magyar helyragok és névutók rendszere

A téri nyelv neurológiai meghatározottsága (TRANEL–KEMMERER 2004), fejlődési sajátosságai, és elsajátítási mintázata (LANDAU–LAKUSTA 2009; Talmy, 2003), aktuális kutatási kérdése a megismerés tudománynak. A motoros és vizuális tapasztalatok mellett, a fejlődés során a megjelenő nyelvi képesség új és magasabb szintre emeli a gyermek téri megismerését. A téri megismerés és a nyelv szoros kapcsolatot mutat, bár nehezen dönthető el, hogy vajon a téri perceptuális rendszer alakítja ki a nyelvi kategóriákat, vagy fordítva, a nyelvi reprezentáció segíti elő a sikeres téri tájékozódást (LANDAU–LAKUSTA 2009; HERMER–VAZQUEZ–MOFFET–MUNKHOLM 2001; PLÉH, 2007). Hosszú idő óta tudományos kérdés a preverbális szakaszban miként reprezentálódik a téri nyelvi. A szemantikus tudás megszerzése párhuzamosan halad a téri reprezentáció fejlődésével, és interaktív kapcsolatban állnak egymással (QUINN 2007). Fejlődés korai időszakától nyomon követhető. A kisgyermek felismerik és reprodukálják a téri helyzetek (LAKUSTA–WAGNER–O’HEARN–LANDAU 2007), és képesek megérteni a nyelvi kapcsolatokat a szüleik megnyilvánulásából (CASASOLA–COHEN 2002). A preverbális fázisban alkalmassá válnak arra, hogy tanuljanak a szintaktikai tartalmakból, amelyek egy adott téri viszonyra vonatkoznak, és szemantikai kategóriákat alakítsanak ki. A téri kifejezések a téri viszonyokra irányítják figyelmüket. (CASSASOLA 2007).

Pléh és mtsai (1996) preferencia vizsgálata szerint a korai időszakban a gyermekek megnyilvánulásaikban kevésbé fordulnak elő névutók, a ragok használatában azonban jellegzetes megoszlást mutatnak. A 1;5 és 2;9 év közötti gyermekek területi viszonyt tekintve *tartály* és *cél* preferált.

A magyar anyanyelvű óvodáskorú gyermekek téri nyelv használata további jellegzetességet mutat. Ragok esetében megmarad a *cél* preferencia tartály viszonyban a fiatal és a nagyobb óvodáskorú gyermeknél (PLÉH–PALOTÁS–LŐRIK 2002). Továbbá prototipikus hatás figyelhető meg a téri kifejezések használatában a külső és belső viszonyok kódolása kapcsán, az eredmények szerint 5 és 8 éves kor között a tartályt nehéz felületként kezelni. Az eredmények szerint ebben a korban könnyebb a *statikus* kifejezések használata, mint a *cél* típus, ami az összetett viszonyok esetében is igaz. A fejlődés a *forrás* viszonzszavak irányába halad, óvodás korban még nehézséget jelent a *honnan* kérdésre irányuló hibátlan válaszok adása (PLÉH–PALOTÁS–LŐRIK 2002).

Koraszülöttség és következménye a nyelvi fejlődésre

Koraszülött gyermeknek nyilvánítjuk azt az újszülöttet a WHO ajánlása szerint, aki 37. terhességi hét előtt, 2500 g alatti súllyal jön a világra. Gesztációs hét alapján *extrém éretleneknek* tartjuk a 28. hét előtt születettek, a születési súly szerint pedig *igen kissúlyúakat* (1500 g alatt), *igen-igen kissúlyúakat* (1250 g alatt) és *extrém kissúlyúakat* (1000 g alatt) különböztetünk meg. Az utóbbi paraméterek magas perinatális kockázati tényezőket hordoznak a túlélés és a szomatomentális fejlődés szempontjából (VIDA–SÁRKÁNY–FUNKE–GYARMATI–STORCZ és mtsai 2007). A megrövidült intrauterin stimuláció és a perinatális időszakot jellemző deprivációs hatások rontják a fejlődési esélyeket és megterhelik az éretlen idegrendszert, ami tovább csökkenti az alkalmazkodási esélyeket (CSIKY 2006). A koraszülött gyermekek fejlődési vizsgálatai is arra utalnak, hogy számos területen elmaradást mutatnak a teljes gesztációs hétre született gyermekhez képest és ez a különbség területenként az iskolás korig megtartott (YLIHERVA–OLSÉN–SUVANTO–JÄRVELIN 2000). A koraszülöttek esetében magas kockázatú a pszichés fejlődés (SZANATI 2008), különös tekintettel a mozgás (BRAECKEL–BOS–BUTCHER–GEUZE 2008), a nyelv (HOPKINNS-

GOLIGHTLY–RAZ–SANDER 2003) és az intellektus (ROSE–FELDMAN–JANKOWSKI 2001; ROSE–FELDMAN–JANKOWSKI 2002) területén. További rizikófaktor, hogy a temperamentum jellemzők egyidejű és prediktív kapcsolatban állnak a mentális fejlődéssel, és ez a kapcsolat különösen kifejezett a kognitív és a nyelvi területen (FERENCZI–KALMÁR 2009). A nyelvi képességek fejlődési elmaradása tendenciaszerűen preverbális kortól kifejezett (SZANATI–NAGY 2006), az expresszív és a receptív beszéd fejlődése később indul meg (YLIHERVA et al., 2000). Jellegzetes vonás, az alacsony szókincs (MARSTON–PEACOCK–CALVERT–GREENOUGH–MARLOW 2007), a rövid mondatalkotás és a nehezített megértés (JANSSON–VERKASALO–VALKAMA–VAINIONPÄÄ–PÄÄKKÖ 2004). Azonban elvitathatatlan, hogy az időben zajló stimulációs hatásokra a koraszülött gyerekek iskoláskor magasságában felzárkózást mutatnak a normál gesztációs hétre született gyerekekhez képest (FOSTER–COHEN–EDGIN–CHAMPION–WOODWARD 2007; KALMÁR–BORONKAI 2006). A képességstruktúra fejletlensége mindinkább késés, mintsem irreverzibilis állapot (SZANATI–NAGY 2006).

A tanulmányunk célja, hogy körüljárjuk a koraszülöttek téri viszonyokon keresztül megnyilvánuló nyelvi fejlődését. Elsősorban arra kerestünk választ, hogy milyen sajátosságot mutatnak a koraszülöttek a tipikusan fejlődő gyermekek téri nyelv használatában, milyen módon reprezentálódik a nyelvi terület alaktani fejlődési sajátossága a produkcióban. Továbbá kíváncsiak voltunk arra is, hogy változnak a téri kifejezések használata a nézőközpontú és tárgyközpontú helyzetekben. Elgondolásunk szerint a koraszülött gyermekeknek a pre-, és perinatális szakaszban deprivációs hatások következményeit kell elszenvedniük és ez hatással van a nyelvi területen belül a téri nyelv használatára is.

Módszer

Résztvevők

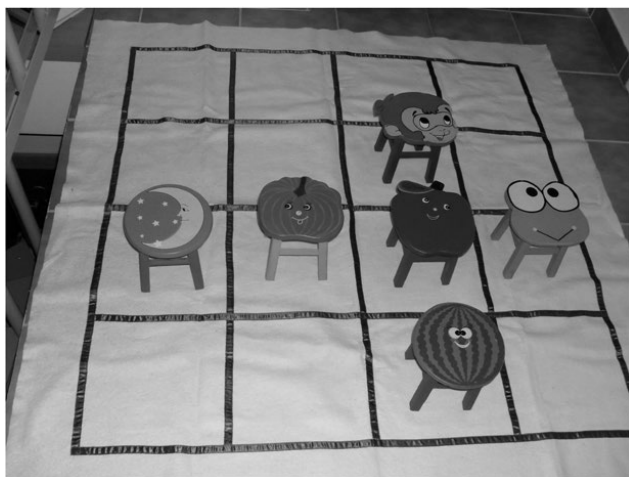
A vizsgálatban 3, 4 és 5 éves normál intelligenciájú koraszülött gyermekek vettek részt, a csoportba neurológiai tünetektől mentes, 1500 g alatt és 25-30 gesztációs hétre született gyermekek kerültek (3. táblázat). Az életkorválasztást elsősorban az indokolta, hogy az irányhármasság szerinti helyviszonyokat jelölő statikus és dinamikus névutók, illetve helyragok használatának intenzív fejlődése erre az életszakaszra esik (PLÉH 2007).

		3 éves (N=10)	4 éves (N=22)	5 éves (N=10)
Átlag	Gesztációs hét	27,30	27,81	26,90
	Születési súly/g	898,50	982,38	990,00
	Inkubátor/hét	8,22	6,85	6,88
Szórás	Gesztációs hét	1,88	1,62	1,85
	Születési súly/g	196,27	263,68	150,70
	Inkubátor/hét	2,33	2,95	2,26

3. táblázat. A vizsgálatban részt vevő koraszülött gyermekek életkor, gesztációs idő, születési súly és inkubátorban eltöltött idő szerinti megoszlása

Tesztanyag

Két tesztanyagot használtunk a vizsgálatunk során. A névutók használatának vizsgálati eszköze egy a valós térben elhelyezett mátrix, melyben kisméretű tárgyakat helyeztünk el a gyermek előtt (1. kép).



1. kép. Vizsgálati mátrix a téri nyelv használatára

A nyelvi fejlettség érzékeny mutatója a főnévi allomorf próba (PLÉH és mtsai 2002), ezért kiegészítő vizsgálatnak a PPL Nyelvfejlődési Szűróvizsgálat főnévi allomorf szubtesztjét alkalmaztuk az öt éves korosztályban.

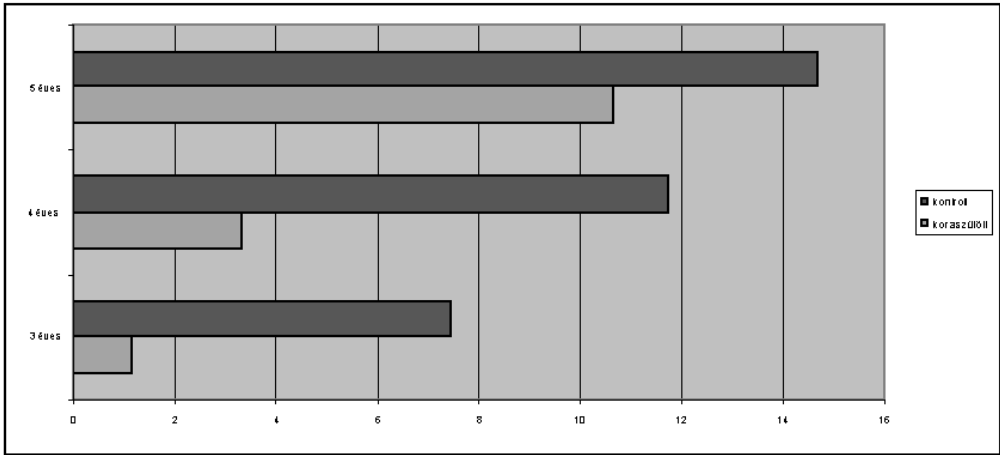
Eljárás

A névutó használatára két kísérleti helyzetet alkalmaztunk. Külön vizsgáltuk a tárgy-, és nézetviszonyítású rendszereket. A tárgyviszonyítású helyzetben a gyermek a mátrix előtt helyezkedett el, míg a nézetviszonyítású helyzetben a gyermek a mátrixban volt és válaszolt a vizsgálatvezető kérdéseire. A térben elhelyezett tárgyak egymáshoz viszonyított helyzetére random módon, a hármas kódolásnak megfelelően statikus, dinamikus cél és forrás viszonyban kérdeztünk.

A főnévi allomorf próbában a gyermekek különböző nehézségű főnévi töveket todalékolnak a bemutatott képek alapján PPL szerint. A vizsgált helyzet egy-, illetve két-morfémás, ahol az öt éves gyermekeknek tárgyragot, többes számot vagy mindkettőt kellett használni.

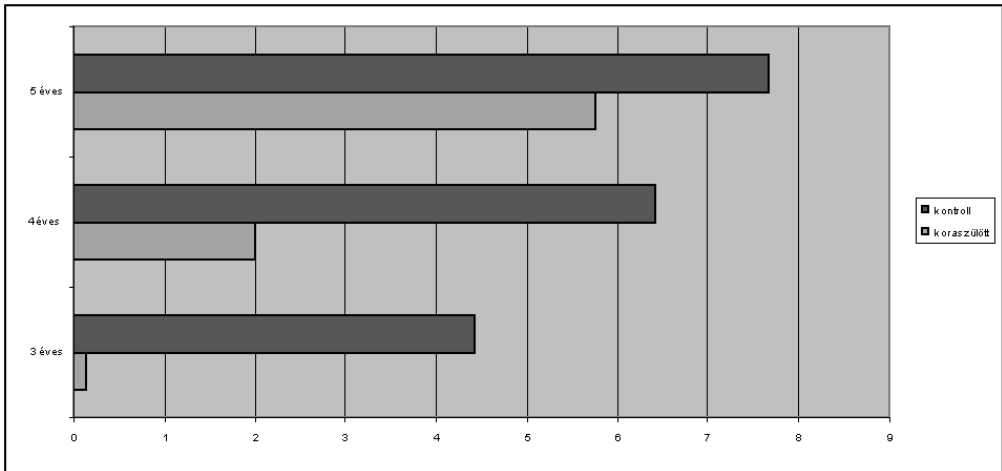
Eredményeink

A téri kifejezések használatában, főhatásként egyértelmű különbséget találtunk a koraszülött és a kontroll csoport között, és a különbség életkor szerint is megjelenik ($F(4,45)=15,221p<,000$). Az eredmények nyilvánvalóan igazolják, hogy a koraszülött gyermekek téri nyelv használata elmarad a tipikusan fejlődő gyermekekhez képest és ez mindhárom életkori csoportban határozottan megtartott (1. grafikon).



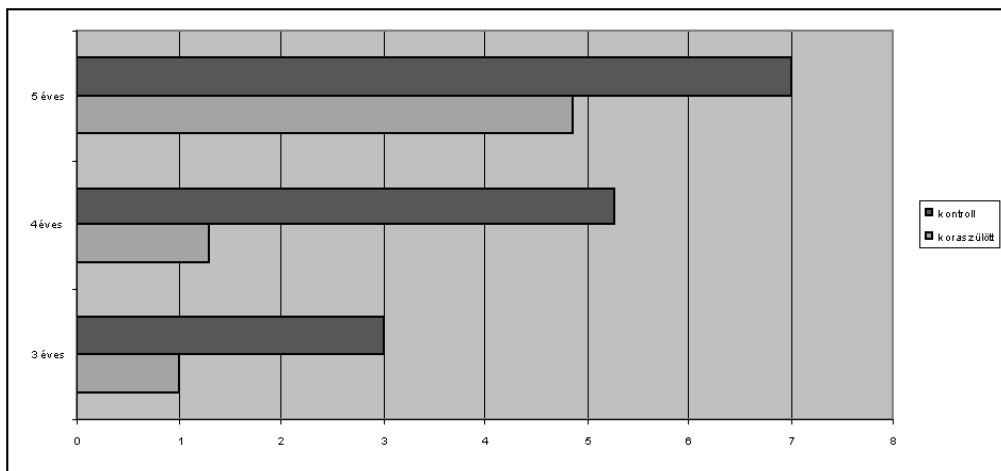
1. grafikon. Téri nyelv használata koraszülött és tipikusan fejlődő 3, 4, és 5 éves gyermekeknél

Megvizsgálva a téri viszonyítású rendszereket, további különbséget találtunk a két elemzett csoportban. A koraszülött gyermekek téri nyelv használata egyaránt elmarad tárgyközpontú (2. grafikon) helyzetben ($F(4,45)=14,567p<,000$) és nézőközpontú (3. grafikon) helyzetben ($F(4,45)=11,390p<,000$).



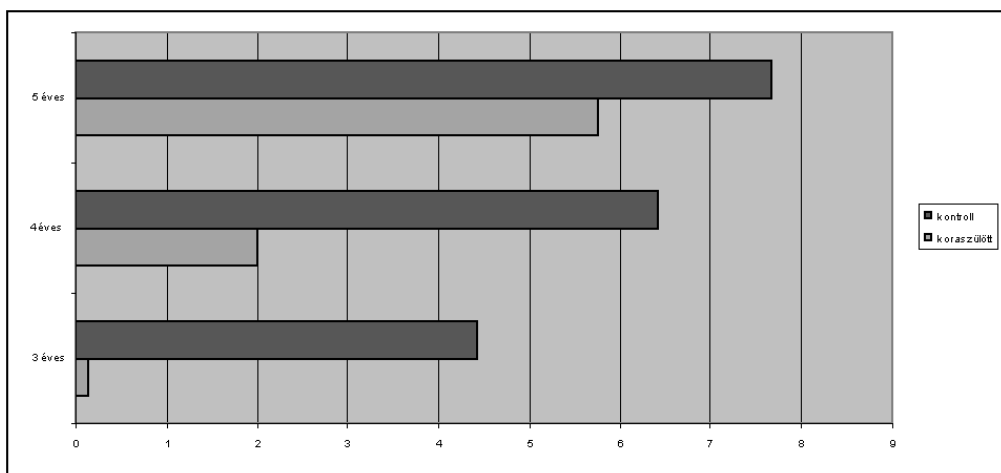
2. grafikon. Téri nyelv használata koraszülött és tipikusan fejlődő 3, 4, és 5 éves gyermekeknél tárgyviszonyítású helyzetben

Habár a téri nyelv fejlődésének különbsége életkorok szerint a két vizsgálati csoportban öt éves korig fennáll, azonban öt éves kortól a differencia csökkenését tapasztaltuk. Továbbá az is kiemelendő, hogy a téri nyelv helyes használata a nézőközpontú viszonyban lineárisan erősödő változást mutat.



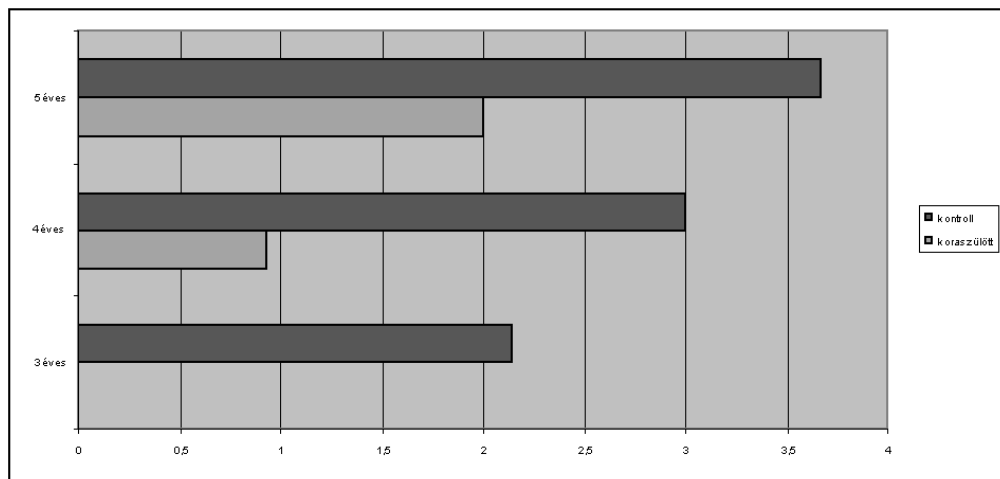
3. grafikon. A téri nyelv használata koraszülött és tipikusan fejlődő 3, 4, és 5 éves gyermekeknél nézetviszonyítású helyzetben

Külön vizsgáltuk a válaszok megjelenését statikus és cél orientált viszonzyszavak kapcsán. A statikus viszonzyszavak esetében további szignifikáns különbséget találtunk a kutató csoportokban. Nézőközpontú helyzetben *hol* kérdésre (4. grafikon) a koraszülött gyerekek korcsoportonként gyengébb, de azonos tendenciájú válaszokat adtak a kontrollcsoporthoz képest ($F(4,45)=10,924p <,000$). A helyes válaszok lineáris fejlődést mutatnak és a vizsgált, utolsó életkori csoportokban az eredmények összetartanak.



4. grafikon. Nézőközpontú válaszok célorientált helyzetben koraszülött és tipikusan fejlődő 3, 4, és 5 éves gyermekeknél

A tárgyközpontú viszonyítású helyzetekben (5. grafikon) a korcsoportok életkorok szerint továbbra is megtartják azonos pontértékeik különbségét, és a két csoport párhuzamosan szétválak ($F(4,45)=6,711p <,000$).



5. grafikon. Tárgyközpontú válaszok célorientált helyzetben koraszülött és tipikusan fejlődő 3, 4, és 5 éves gyermekeknél

A további elemzés során úgy találtuk, hogy a koraszülött csoport erősebb fejlődési tendenciát jelez a tárgyközpontú viszonyítás helyzetben *hova* kérdésre. ($F(4,45)=18,822p<,000$). Az öt-éves koraszülött gyermekek válaszainak erőssége plafonhatást mutat, a két vizsgált csoport helyes válaszainak száma szorosan megközelítik egymást.

Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a koraszülött gyermekek téri nyelv használata korcsoportonként és a vizsgált helyzetenként is elmarad a tipikusan fejlődő gyermekek teljesítményéhez képest. Az egyes életkori csoportba tartozó koraszülött és a kontroll csoportba tartozó gyermekek helyes válaszainak százalékos megoszlása a 4. táblázatban látható.

	3 éves		4 éves		5 éves	
	koraszülött	kontroll	koraszülött	kontroll	koraszülött	kontroll
Tárgyviszonyítású HOL	0%	54%	23,1%	75%	50%	92%
Nézőviszonyítású HOL	7,1%	61%	26,9%	71%	84,3%	96%
Tárgyviszonyítású HOVA	3,6%	71%	26,9%	86%	93,7%	100%
Nézőviszonyítású HOVA	17,8%	14%	5,7%	61%	37,5%	79%

4. táblázat. Tárgyviszonyítású és nézőviszonyítású helyzetekben a koraszülött gyermekek válaszainak megoszlása *hol* és *hova* kérdésre

Továbbá tanulmányoztuk a forrás viszonzszavak használatát. Eredményeink szerint nem találtunk különbséget a koraszülött és a tipikusan fejlődő csoportok között életkorok szerint, ebben a kísérleti helyzetben (5. táblázat). Ez az elemzés megerősítette a korábbi kutatásokat (PLÉH 2007), hogy a forrásviszonyok kódolása még hét éveseknek is problémát okoz tipikus fejlődés mellett.

	3 éves	4 éves	5 éves
Koraszülött	0%	18%	56%

5. táblázat. A téri nyelv használata a koraszülött gyermekeknél bonnan kérdésre

A főnevek toldalékolásának kísérleti helyzetét vizsgálva sem találtunk különbséget a többes szám, a tárgyrag és a két toldalék együttes használatában a koraszülött és a tipikusan fejlődő gyerekek között. A vizsgált 5 éves koraszülött gyerekek a főnévragok használatában azonos teljesítményt nyújtanak, mint a kontroll csoport gyermekei. Az eredmények azt mutatták, hogy a koraszülött gyerekek a tárgyrag használatában sikeresebbek voltak ($t(29) = 2,138p < ,017$).

Végül kapcsolatot kerestünk a felvett anamnesztikus adatok és a vizsgált eredmények között. Az elemzés során kizárólag a koraszülött gyermekek eredményit a pre-, és a perinatális változók összefüggésében elemeztük. Az adatok alapján szignifikáns korrelációs kapcsolatot találtunk a gesztációs hét és a téri nyelv használata között (6. táblázat). Előzetes elvárásaink alapján azonban nem igazolódtott, hogy az inkubátorban eltöltött idő hatást gyakorolna a téri nyelv használatának kompetenciájára, illetve a születési súly mint az éretlenség egyik paramétere sem gyakorol hatást a vizsgált képességre.

Az eredmények szerint a koraszülöttség, mint éretlenség befolyásolja a téri nyelv kialakulását, de önmagában az inkubátorban eltöltött idővel mint lehetséges deprivációs hatással nem mutat összefüggés.

	Születési súly	Inkubátor/hét	Téri nyelv	Tárgy-központú helyzet	Néző-központú helyzet	
Gesztációs hét	r	,444	-,310	,502	,493	,447
	p	,004	,055	,000	,000	,001
Születési súly	r		-,633	,162	,351	,119
	p		,000	,402	,176	,538
Inkubátor/hét	r		-,208	-,276	-,114	
	p		,298	,155	,570	

6. táblázat. Kapcsolat a téri nyelv és a prenatális és perinatális változók között

Megbeszélés

Vizsgálataink megerősítették, hogy a koraszülött gyermekek érésükben késést mutatnak a tipikusan fejlődő társaikhoz képest, és ez egyértelműen megmutatkozik a téri nyelv használatában is a korai években. A vizsgált, veszélyeztetett csoport három és négy éves korban hordoznak felépülési szindrómákat lineáris fejlődés mellett. Annak ellenére, hogy a koraszülöttek öt éves korukban felzárkózást tanúsítanak, azonban a helyesen használt téri kifejezések teljesítménye nem éri el a kontroll csoport eredményét.

A téri nyelv, a nyelvi rendszer sajátos területe. Magába foglalja a referencia-rendszereket, a ragokat és prepozíciókat. A téri nyelv azonban rendelkezik némi önállósággal a nyelvi rendszeren belül. Felépülése egy lineáris fejlődés eredménye. Az eredmények értékelésénél azt is figyelembe kell vennünk, hogy a magyar nyelv a téri nyelv szempontjából egy egocentrikus kereteket kínáló nyelv (PLÉH 2007), továbbá azt is, hogy

a hazai vizsgálatok szerint a névutók tekintetében erőteljes irányhatások és nagyon határozott érés figyelhető meg négy- és nyolcéves gyermekek között. Az eredmények kiemelik, hogy a téri megismerés fejlődése során a gyerekek többnyire nézőközpontú referenciát használnak. A környezetük pozícióját és a benne elhelyezkedő tárgyakat a saját testükhöz viszonyítva határozzák meg (PIAGET 1970).

Ivány Rozália és munkatársai (2008) szerint a mozgásos és a szemantikus terület hangsúlyos az intézményes téri nevelésben. Ez a tendencia már megmutatkozik az óvodás korosztály fejlesztő-felzárkóztató nevelésben is. Magyarázatul szolgálhat arra a tényre, hogy a koraszülött gyerekek miért fejlődnek gyorsabban a téri viszonyok megnevezésben az óvodás kor középső harmadában.

Az általunk vizsgált populációban a főnév toldalékolási mintázata megegyezést mutat az átlagos teljesítményekkel (PLÉH és mtsai 2002). Adataink megerősítették a koraszülöttek felzárkózó tendenciáját, az eredmények kiemelik a fejlődési késés jelenlétét (SZANATI–NAGY 2006).

A biológiai tényezők értelmezése során arra a következtetésre jutottunk, hogy ugyan a gesztációs hét lerövidülése megemeli a nyelvi képességek fejlődésének rizikóját, azonban nem hagyatkozhatunk kizárólag ennek egyoldalú magyarázatára. Vizsgálatunkból csak azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az anyaméhben eltöltött idő hatást gyakorolhat a későbbi fejlődés menetére, melyet a környezeti tényezők akár súlyosbíthatnak.

Ma már lényeges tényezőnek számít a környezeti faktorok szerepe is. A korai fejlesztés, az egészséges anya-gyermek kapcsolat, vagy a támogató családi légkör akár jelentősen enyhítheti a korai biológiai károsító hatásokat. A koraszülött gyermeket nevelő szülők fokozottabban „érzékelik a fejlődési rizikóra utaló jegeket” (HAMORI 2010) és ennek elhárítására további fejlesztést iktatnak a kisgyermek nevelésébe.

Irodalom

- ACREDOLO, L. P. (1977): Developmental changes in the ability to coordinate perspectives of a large-scale space. *Developmental Psychology* 13: 1–8.
- ACREDOLO, L. P. (1990): Behavioral approaches to spatial orientation in infancy. In: A. DIAMOND (ed.): *The Development and neural bases of higher cognitive functions*. New York: New York Academy of Sciences, 596–607.
- ACREDOLO, L. P.–EVANS, D. (1980): Developmental changes in the effects of landmarks on infant spatial behavior. *Developmental Psychology* 16: 312–318.
- ATKINSON, J.–BRADICK, O. (2007): Visual and visuocognitive development in children born very prematurely. In: C. VON HOFSTEN, K.–ROSENANDER (eds): *Action to cognition*. Elsevier. 123–150.
- BAILLARGEON, R. (2004): Infants' reasoning about hidden objects: evidence for event-general and event-specific expectations. *Developmental Science* 7:4 (2004), 391–424.
- BRAECKEL, VAN K.–BOS, A. F.–BUTCHER, P. R.–GEUZE, R. H.–DUJIN, VAN M. A.–J. BOUMA, A. (2008): Less Efficient Elementary Visuomotor Processes in 7- to 10-Year-Old Preterm-Born Children Without Cerebral Palsy: An Indication of Impaired Dorsal Stream Processes. *Neuropsychology*. 22. 6. 755–764.
- BREMNER, J. G.–BRYANT, P. E. (1977): Place versus responses as the basis of spatial errors made by young infants. *Journal of Experimental Child Psychology* 23: 162–171.
- JESSIE BULLENS, J.–NARDINI, DOELLER, CH., F.–BRADDICK, O.–POSTMA, A.–BURGESS, N. (2010): The role of landmarks and boundaries in the development of spatial memory. *Developmental Science* 13:1 (2010), 170–180.
- BURGESS, N.–MAGUIRE, E.–O'KEEFE, J. (2002): The human hippocampus and spatial and episodic memory. *Neuron*. Volume 35, Issue 4, 625–641.

- CASASOLA, M.–COHEN, L. B. (2002): Infant categorization of containment, support, and tight fit spatial relationships. *Developmental science*, 5, 247–264.
- CASASOLA, M.–BHAGWAT, J. (2007): Do novel word facilitate 18-month-olds'spatial categorization? *Child Development*, 2007,78. 6. 1818–1829.
- CHOI, S.–MCDONOUGH, L. (2007): Adapting spatial concepts for different languages. In: PLUMERT, J.–M.–SPENCER, J., P.: *The emergins spatial mind*. Oxford: Universty Press.
- CSIKY ERZSÉBET (2006): Koraszülöttek utóvizsgálatának eredményei. *Gyógypedagógiai Szemle. Különszám: Magyar tudomány napja*. 55–61.
- EPSTEIN, R.–DEYOE, E. A.–PRESS, D. Z.–ROSEN, A. C.–KANWISHER, N. (2001): Neuropsychological evidence for a topographical learning mechanism in parahippocampal cortex. *Cognitive Neuropsychology*, 18, 481–508.
- EPSTEIN, R.–GRAHAM, K. S.–DOWNING P. E. (2003): Viewpoint-specific scene representations in human parahippocampal cortex. *Neuron*, 37, 865–876.
- FERENCZI SZ. GY.–KALMÁR M. (2009): A temperamentum és a fejlődés kapcsolata koraszülött és időre született kisgyermekeknél. *Gyógypedagógiai Szemle*. 4.
- FOSTER-COHEN, S.–EDGIN, J. O.–CHAMPION, P. R.–WOODWARD, L. J. (2007): Early Delayed Language Development in Very Preterm Infants: Evidence from the MacArthur-Bates CDI. *Journal of Child Language*. 34, 3, 655–675.
- GEOFFREY, K.–D'ESPOSITO, A.–D'ESPOSITO, M. (1997): Enviromental Knowledge Is Subservd by Separable Dorsal/Ventral Neural Areas. *Society for Neuroscience*. Volume 17, Number 7, Issue of April 1, 1997 2512–2518.
- HÁMORI ESZTER (2010): Csecsemőkori intencionalitás és fejlődési rizikó szemmel – A „Fejlődési rizikó” kutatási program a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen. In: HÁMORI ESZTER (szerk.) *Kutatás és terápia metszéspontjai*. Piliscsaba: Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar.
- HERMER-VAZQUEZ, L.–MOFFET, A.–MUNKHOLM, P. (2001): Language, space, and the development of cognitive flexibility in humans: The case of two spatial memory tasks. *Cognition*, 79, 263–299.
- HPOKINNS-GOLIGHTLY, T.–RAZ, S.–SANDER, C. G. (2003): Influence of Slight to Moderate Risk for Birth Hypoxia on Acquisition of Cognitive and Language Function in the Preterm Infant: A Cross-Sectional Comparison With Preterm-Birth Controls. *Neuropsychology*. 17. 1. 3–13.
- HUTTENLOCHER, J.–LOURENCO, S. F. (2007): Using spatial categories to reason about location. In: PLUMERT, J. M.–SPENCER, J. P.: *The emergins spatial mind*. Oxford: Universty Press.
- IVÁDY R.–FELHŐSI G.–PLÉH CS. (2008): A téri referencia keretek változása az életkorral tipikusan fejlődő és Williams szindrómás gyerekeknél. *Magyar Pszichológia Szemle*, 2008, 63. 1. 213–250.
- JANSSON-VERKASALO, E.–VALKAMA, M.–VAINIONPÄÄ, L.–PÄÄKKÖ, E.–ILKKO, E.–LEHTIHALMES, M. (2004): Language development of very low birth weight children: a follow-up study. *Folia Phoniatrica & Logopaedica*, 56, 108–119.
- KALMÁR M.–BORONKAI J. (2006): *Meddig „koraszülött” a koraszülött gyerek?* Magyar pszichológia Társaság, Nagygyűlés, 2006.
- KAUFMAN–NEEDHAM (1999): Objective spatial coding by 6.5-month-old infants in a visual dishabituation task. *Developmental Science*, 2, 432–441.
- LANDAU, B.–LAKUSTA, L. (2006): *Spatial language and spatial representation. Autonomy and interaction1*. Johns Hopkins University.
- LANDAU, B.–LAKUSTA, L. (2009): Spatial representation across species: geometry, language and maps. *Current Opinion in Neurobiology*. 19. 12–19.
- LANDAU, B.–JACKENDOFF, R. (2003): A „mi” és a hol a téri nyelvbe és a téri megismerésben. In: LUKÁCS Á.–KIRÁLY I.–RACSMÁNY M.–PLÉH CS. (szerk.): *A téri megismerés és a nyelv*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest.
- LÁBADI BEATRIX (2009): A cselekvés organizáló szerepe a téri megismerés kibontakozásában. Nyolc évtized. In: GYÖNGYÖSINÉ KISS E. (szerk.): *Tanulmányok a Magyar Pszichológiai Társaság életéből*.

- LUKÁCS Á.–PLÉH Cs.–RACSMÁNY M. (2007): Téri megismerés és a nyelv. In: RACSMÁNY MIHÁLY (szerk.): *A fejlődés zavarai és vizsgálómódszere*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- MARSTON, L.–PEACOCK, J. L.–CALVERT, S. A.–GREENOUGH, A.–MARLOW, N. (2007): Factors affecting vocabulary acquisition at age two in children born 23–28 weeks gestation. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2007, 49:591–596.
- MOFFAT, S.D.–ELKINS, W.–RESNICK, S. M. (2006): Age differences in the neural systems supporting human allocentric spatial navigation. *Neurobiology of aging*. Volume 27, Issue 7. 965–972.
- MUNNICH, E.–LANDAU, B.–DOSHER, B. A. (2001): Spatial language and spatial representation: across-linguistic comparison. *Cognition* 81, 171–207.
- NARDINI M.–BURGESS, N.–BRECKENRIDGE, K.–ATKINSON, J. (2006): Differential developmental trajectories for egocentric, environmental and intrinsic frames of reference in spatial memory. *Cognition* 101. 153–172.
- NARDINI, M.–THOMAS R. L.–VICTORIA C. P.–KNOWLAND, V. C. P.–BRADDICK, O. J.–ATKINSON, J. (2009): A viewpoint-independent process for spatial reorientation. *Cognition* 112. 241–248
- NEWCOMB, N. S.–HUTTENLOCHER, J.–LEARMONTH, A. (1999): Infants' coding of location in Continuous space. *Infant Behavior and Development* 22 (4), 1999, 483–510.
- NEWCOMB, N., S.–HUTTENLOCHER, J. (2003): *Making space. The development of spatial representation and reasoning*. A Bradford Book The MIT Press Cambridge, Massachusetts, London.
- NEWCOMB, N., S.–HUTTENLOCHER, J. (2007): *Development of spatial Cognition*. <http://onlinelibrary.wiley.com> Letöltés ideje: 2010. 07.10.
- NEWCOMB, N.–LEARMONTH, A. (2000): Change and continuity in early spatial development: claiming the "radical middle". *Infant Behavior and Development* Volume 22, Issue 4, 457–474.
- PLÉH Cs. (2002) *Nyelvfejlődési szűrővizsgálat (PPL)* / PLÉH Csaba, Palotás Gábor, Lórik József. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- PLÉH Cs.–VINKLER Zs.–KÁLMÁN L. (1996): A téri kifejezések alaktana magyar gyermekeknél: Vizsgálat a CHILDES adatbázis alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 52, 235–246.
- PLÉH CSABA (2001): Téri megismerés és a nyelv. *Magyar Pszichológiai Szemle*, LVI. 2. 263–286.
- PLÉH Cs. (2007): A tér és a nyelv világa. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2007, 62. 3. 279–312.
- PLÉH Cs. LUKÁCS Á., KIRÁLY I., RACSMÁNY M. (2003): A tér a szavak világában. In: LUKÁCS Á.–KIRÁLY I.–RACSMÁNY M.–PLÉH Cs. (szerk.): *A téri megismerés és a nyelv*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest.
- QUINN, P.C. (1994) The categorisation of above and below spatial relations by young infants. *Child Development*, 65, 58–69.
- QUINN, P.C. (2007): Ont he infant's prelinguistic conception of spatial relations. Three developmental trends and their implications for spatial language learning. In: PLUMERT, J.M.–SPENCER, J. P. (eds): *The emergins spatial mind*. Oxford: Universty Press.
- PLÉH CSABA (2007): A tér és a nyelv világa. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62. 3. 279–312.
- RICHARDSON, D. C.–SPIVEY, M. J.–BARSALOU, L. W.–MCRAE, K. (2003) Spatial representations activated during real-time comprehension of verbs. *Cognitive Science*, 27, 767–780.
- RICHARDSON, D. C.–SPIVEY, M. J.–EDELMAN, S.–NAPLES, A. D. (2001): "Language is spatial": *Experimental evidence for image schemas of concrete and abstract verbs*. Proceedings of the Twenty-third Annual Meeting of the Cognitive Science Society. Erlbaum: Mawhah, N J. 873–878.
- RIESER, J. J.–HERBERT, L.–PICK, JR. (2007): Using locomotion to update spatial orientation. What changes with learning and development? In: PLUMERT, J. M.–SPENCER, J. P. (eds): *The emergins spatial mind*. Oxford: Universty Press.
- ROSE, S., A.–FELDMAN, J. F.–JEFFERY J.–JANKOWSKI, J. J. (2001): Visual Short-Term Memory in the First Year of Life: Capacity and Recency Effects. *Developmental Psychology*. 37. 4. 539–549.
- ROSE, S. A.–FELDMAN, J. F.–JEFFERY J.–JANKOWSKI, J. J. (2002): Processing Speed in the 1st Year of Life: A Longitudinal Study of Preterm and Full-Term Infants. *Developmental Psychology*. 38. 6. 895–902.
- SZANATI D.–NAGY I. (2006): A koraszülöttség mint a preverbális képességek fejlődését befolyásoló tényező. *Gyógypedagógia Szemle* 2006/1.

- SZANATI D. (2008): *A koraszülöttség pszichés hatásai*. A Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából rendezett tudományos konferencia kiadványa. Bács-Kiskun Megyei Tudományos Fórum II. kötet.
- TALMY, L. (2003): *The representation of Spatial Structure in Spoken and Signed Language. Perspectives on Classifier Constructions in Sign Language*, ed. by KAREN EMMOREY. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 169–195.
- TRANEL, D.–KEMMERER, D. (2004): Neuroanatomical correlates of locative prepositions *Cognitive Neuropsychology*, 21 (7), 719–749.
- VIDA, G.–SÁRKÁNY I.–FUNKE, S.–GYARMATI J.–STORCZ J.–GAÁL V.–VINCZE O.–ERTL T. (2007): Extrém alacsony gesztációs korú koraszülöttek életkilátásai. *Orvosi Hetilap* 148. (48), 2279–2284.
- YLIHERVA, A.–OLSÉN, P.–SUVANTO, A.–JÄRVELIN, M. R. (2000): *Language abilities of 8-year-old preterm children among the northern Finland 1-year birth cohort for 1985–1986*. *Log Phon Vocol* 2000; 25: 98–104.
-



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 önéletrajzot, 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 weboldalon található, valamint a gbozori@lovasterapia.hu e-mail címen kérhetők.

Hangterápiával is gyógyítható organikus hangképzési és beszédhibák¹

BALÁZS BOGLÁRKA

balazsbog@freemail.hu

Absztrakt

Az organikus hangképzési és beszédhibák közös jellemzője, hogy valamennyi esetben a fülünkkel halljuk a beszélő gyermek hangjának csengési hibáját, és számtalan esetben mi, hallgatók a hangok képzésekor artikulációs és légzési hibákat is látunk. Maga az „organikus” elnevezés azt jelenti, hogy valamilyen szervi elváltozás okozza a hang tisztaságának zavarát, amelyet orvosi vizsgálattal meg lehet állapítani és az esetek egy részében orvosi kezeléssel meg is lehet szüntetni. Nem ilyen egyszerű természetesen a dolog, hiszen számtalan esetben a betegség meggyógyítása után a hangképzés nemhogy javulna, hanem rosszabb lesz. A fejlődési rendellenességekben a súlyosabb esetekben az első az, hogy a gyermek életképes legyen, lélegezzen, nyelni tudjon. A kevésbé súlyos esetekben a beszéd kialakulásához a korai terápiák jönnek szóba. Gyulladásos betegségek gyermekkorban szerencsére ritkán fordulnak elő olyan súlyossággal, hogy a beszédet és a hangképzést komolyan veszélyeztetnék. A daganatos betegségek ezzel szemben mind jóindulatú, mind rosszindulatú formában gyakrabban fordulnak elő és az orvosi kezelés mellett a logopédiai terápiának igen nagy fontossága van, mert sokszor hosszú éveket kell a gyermekekkel foglalkozni, hogy a tanulásban megállják a helyüket. Az izom- és idegeredetű, valamint az endokrin hangképzési zavarokban a logopédiai terápia a legfontosabb. Az egyre gyakrabban előforduló traumás betegségekben az életmentés után a hangképzés javítása válik szükségessé.

Kulcsszavak: diszfónia, diszlália, orrhangzósság, papilloma, n.recurrens-paresis

Bevezetés

A pedagógia és az orvostudomány egymásra utaltságának egyik legszebb példája az organikus beszédképzési hibák javítása.

A foniáter és a logopédus egymás nélkül „félkarú óriás”. Nyilvánvaló, hogy mindenkinek a maga szakterületének legtökéletesebb ellátására törekszik. Nagyon fontos azonban annak a határvonalnak a pontos ismerete, amely a két szakmát elválasztja, ugyanakkor azonban mint átléphető elválasztót, sokszor feltétlenül szükséges átlépni a kezeléseket, a gyógyítás menetében.

Talán a legfontosabb különbség az, hogy a logopédus a hangképző szervek belső vizsgálatát nem tudja elvégezni, míg a foniáter nem ismeri pontosan azokat a tanári gyakorlatokat, amelyek végeztetésével a hangot meg lehet gyógyítani. Ez a tény szigorúan véve azt jelenti, hogy a kezeléseket folyamán a két szakember nem engedheti el egymás kezét, és végig együttműködésre van szükség, természetesen ez nem napi kapcsolatot jelent.

Az organikus panaszoknál akár beszédhiba, akár hangképzési rendellenesség, az orvosi gyógyítási folyamat az elsődleges. Számtalan esetben hanggyakorlatokra alig van

¹ Elhangzott a MAGYE XXXIX. kongresszusán, Budapesten.

szükség, de legtöbb alkalommal hosszan tartó hangterápia kell, hogy következzen. A műtéti esetek után az operáló orvos kontrollálja a beteget, így a gyógyulás folyamata közben van tartva. Ennek ellenére előfordul, hogy a szakszerű és gondos logopédiai terápia és az otthoni gyakorlás ellenére a hangképzés nem javul megfelelően. Ilyenkor kérni kell a foniáter segítségét, hogy kiderüljön, nincs-e valamilyen rejtett hiba, amelyet az operáló orvos nem vehet észre.

Az organikus hangképzési és beszédhibák közös jellemzője az, hogy valamennyi esetben a fülünkkel halljuk a gyermek hangjának csengési hibáját, beszéd közben artikulációs és légzési hibákat is látunk.

Maga az „organikus” elnevezés azt jelenti, hogy valamilyen szervi elváltozás okozza a beszéd zavarát. Az elváltozás orvosi vizsgálattal megállapítható és az esetek egy részében orvosi kezeléssel meg is lehet szüntetni. Nem ilyen egyszerű a dolog természetesen, mivel számtalan esetben a betegség meggyógyítása után a hangképzés nemhogy javulna, hanem rosszabb lesz. Ezekben az esetekben tehát az mutatkozik meg, hogy a foniátria és a logopédia csak együttesen tudja meggyógyítani ezeket a betegeket.

Organikus eredetű hangképzési és beszédzavarok

Az organikus eredetű hangképzési és beszédzavarok 7 csoportra oszthatók:

1. fejlődési rendellenességek
2. gyulladási betegségek
3. daganatos betegségek
4. izomeredetű betegségek
5. idegeredetű betegségek
6. endokrin eredetű betegségek
7. traumás eredetű betegségek

1. Fejlődési rendellenességek

A fejlődési rendellenességek jelentős része csak orvosi beavatkozást igényel, hiszen legfontosabb a légutak szabaddá tétele. A kifejezetten közös ellátást igénylő elváltozás az ajak- és szájpadhasadék, valamint az organikus pöszeség.

Ajak- és szájpadhasadék: ez az elváltozás a magzati élet 5–12. hetében alakul ki familiáris és örökletes genetikai tényezők következtében. A beszédkialakulás rendszerint késik, a kialakult beszéd elmosódott, dűnnyögő, monoton, ritmustalan, nyílt orrhangzós. Kezelés: az ajakhasadék zárását lehetőleg egy ülésben és mihamarabb, csecsemőkorban el kell végezni. A szájpadhasadék zárása legtöbbször csak több ülésben vihető végbe, de lehetőleg iskoláskorig el kell végezni. Hangterápia minden esetben szükséges, szinte minden beszédhiba és hangképzési hiba korrekciója szóba jön. A submucosus szájpadhasadék miatt végzett garatszűkítő műtét után is szükséges az orrhangzós terápia folytatása.

Organikus pöszeség: szervi eredetű pöszeségről akkor beszélünk, ha kimutatható veleszületett vagy szerzett szervi elváltozás okozza a beszédzavart. Ennek megfelelően megkülönböztethető perifériás-impesszív eredetű pöszeség és perifériás-expresszív eredetű pöszeség.

Perifériás-impesszív eredetű pöszeség: az audiogén dyslalia. Kezelése a nagyothallás korszerű javításával vihető végbe szurdopedagógus segítségével.

Perifériás-expresszív pöszeségek: a dysglossia, az ajkak mozgáskorlátozottsága, a dyslalia labialis és a dyslalia dentalis. A kezelést fül-orr-gégészeti, szájszészeti és fogszabályozási eljárás kezdi meg, de minden esetben hosszan tartó logopédiai beszédjavítás kell, hogy befejezze.

2. Gyulladásos betegségek

A gyulladásos betegségek fennállásukat tekintve két nagyobb csoportra oszthatók: heveny és idült gégehurutra.

Heveny gégehurut: a heveny gégehurut gyermekkorban gyakran előfordul, mivel a gyermekek a nagyobb orrgaratmandula miatt gyakran szájlégzők, így a megfázás nemcsak nátha, hanem torokgyulladás és rekedtség képében jelentkezik. Gyógyszerek hatására viszonylag hamar meggyógyulnak és logopédiai terápiát nem igényelnek.

Idült gégehurut: idült gégehurutról akkor beszélünk, ha a gyulladás 3 hét után is fennáll kezelés ellenére. Felnőttkorban, főleg a dohányzás következtében, valamint a munkahelyi mérgező gázbelégzések miatt gyakran kialakul. Főleg a hangképzés tisztaságát gátolja, orvosi és logopédiai kezelést is igényel. Gyermekkorban lényegesen ritkábban fordul elő, mint felnőttkorban, de mind a hang, mind a beszédképzést gátolhatja.

3. Daganatos betegségek

A daganatos betegségek két csoportra oszthatók: jóindulatú- és rosszindulatú elváltozások.

Jóindulatú elváltozások: polypus, cysta, papilloma.

Roszipindulatú elváltozások: carcinoma, sarcoma.

A daganatos betegségek gyermekkorban szerencsére szintén ritkán alakulnak ki. Leggyakrabban a hangszalag cysták és a papillomák, a humán papilloma vírus okozta polypusok fordulnak elő. Minden esetben műtéti és hangterápiás kezelést igényelnek.

Külön kiemelést jelent a gége-papillómák utáni hangterápia. A kórképre a gyakori kiújulás a jellemző, amely a legkorszerűbb műtéti technikák után is fennáll, nemegyszer összenövések miatt különböző hangréstágító műtétekre is sort kell keríteni. A felnőttkori papilloma egyes esetekben rosszindulatúvá is alakulhat. Szerencsére a gyermekkori papillómára ez nem jellemző és a hormonális érés során felnőttkorra megszűnik. A legnagyobb baj az, hogy a gyermekek óvodai, iskolai idejében hosszabb-rövidebb hangtalanság áll fenn. Ezenkívül a többszöri kórházi műtétek a gyermek és szülő lelkének is súlyos traumát jelentenek. Nem egy esetben a tanulásban komoly hátrány a sok iskolai mulasztás. Ilyenkor a legfontosabb a szülő, a logopédus és a fül-orr-gégész nagyon szoros munkakapcsolata. A hangterápia hatása sokszor úgy tűnik, hogy semmi, mégis gyakorolni kell, mert a hangképzési feladatok az egész hangképző rendszert dolgoztatják, nemcsak közvetlenül a hangszalagokat.

4. Izomeredetű betegségek

Az izomeredetű betegségek közül leggyakrabban a myasthenia gravis pseudoparalytika fordul elő. Ezek a betegek igen sok esetben nyílt orrhangzóság miatt a foniatrián jelentkeznek. Tünetük a hangképző és az artikulációs izmok gyors kifáradása folyamatos beszéd közben: fokozódó rhinolalia aperta, a dysarthria paralytica és a myastheniás

diszfónia. Kezelése rendszeres gyógyszereszedéssel történik, de logopédiaiilag a helyes légzés és artikuláció megtanítása nagyon fontos.

5. Idegrendszeri eredetű betegségek

Két fő idegrendszeri eredetű betegséget különböztetünk meg:

1. centrális bénulások
2. perifériás bénulások

Mindkét esetben egyoldali és kétoldali elváltozások lehetnek. A hang és beszédképzés tekintetében az V, VII, VIII, IX, X és XII agyideg betegsége, bénulása jön szóba.

Centrális bénulások: meningitis és encephalitis következtében jöhetnek létre, sajnos az egyre fiatalabb korban kezdődő sclerosis multiplex is említést érdemel. A beszéd monoton és színtelen lesz, a hangterjedelem beszűkül, a hangtartás megrövidül, ritkán a beszéd nyílt orrhangzós lesz. A betegség az orvostudomány egyik legnehezebben gyógyítható esete, folyamatos gyógyszerkísérletekkel próbálják a betegek életét meghosszabbítani és elviselhetővé tenni. A beszéd javítása ilyen esetekben még lelki támaszt is jelent a betegnek és már egy kismértékű javulás is reménnyel töltheti el.

Perifériás bénulások: sokkal gyakrabban fordulnak elő. A nervus recurrens egyoldali bénulása akár megfázás és nyaki ütés következtében is létrejöhet. Felnőttkorban főleg a nyaki műtétek következménye. Legtöbb esetben orvosi kezelésre nincs is szükség, mivel a hangképzés hangterápiával meggyógyítható. Hirtelen kialakult kétoldali bénulás a nagyfokú légzésromlás miatt gyakran tracheotomia elvégzését teszi szükségessé. Az egyoldali bénulás is rontja a légzést, de légcsőműtszésre nincs szükség. A hangterápiás gyakorlatok mihamarabbi elkezdése megakadályozza a hangszalagok elvékonyodását és a bénult oldali atrophíát. *(A gyakorlatok leírása az 1. mellékletben található.)*

A nervus facialis bénulása fülbetegségek és fülműtétek, de sokszor megfázás következtében is létrejön. Komoly artikulációs zavart okoz, mivel az ajakmozgatás azon az oldalon megbénul. Logopédiaiilag nyelvtornát, ajakcsücsörítéseket, fújó gyakorlatokat kell végeztetni.

A nervus glossopharyngeus bénulása nyílt orrhangzósságot okoz, amelyre az orrhangzós terápia alkalmazandó.

A nervus hypoglossus bénulása organikus pöszeséget okoz, hanggyakorlatokkal a dyslalia javítható.

6. Endokrin eredetű betegségek

Négy főbb endokrin eredetű hangképzési betegséget különböztetünk meg:

1. hypophysis eredetű hangképzési zavar
2. mellékvese eredetű hangképzési zavar
3. pajzsmirigy eredetű hangképzési zavar
4. petefészkek eredetű hangképzési zavar

Vizsgálatuk és kezelésük orvosi feladat.

Nem tartozna tulajdonképpen ide, mégis itt érdemes beszélni a mutatio tardáról, amelyben nem mutatható ki elváltozás a hormonháztartásban, de mégis csak a hormonális éráskor bekövetkező anomália. A felnőttkorba kerülő fiatalember a felnőtt méretű géjével továbbra is a gyermekhangját használja. Sajnos a család, de még a kezelőorvos

sem gondol arra, hogy nem rendjén való az, hogy egy felnőtt férfi női hangon beszél. Ez a megemelt beszédhangmagasság fárasztó és gyakran hangszalagsomókhhoz és diszfóniához is vezet. Kezelése kizárólag logopédiai, hanggyakorlatokkal viszonylag könnyen elérhető a megfelelő beszédhangmagasság használata.

7. Traumás eredetű hangképzési és beszédzavarok

Az utóbbi időkben rohamosan növekvő számú közlekedési balesetben egyre több gyermek sérül meg. A fej sérülései a leggyakrabban az orr, az ajkak, a nyelv, a légyszájpad és a gégeporcok területén jelennek meg. Orvosi kezeléssel viszonylag jól gyógyíthatók, amennyiben végleges bénulás vagy szövethiány marad fenn, mindenképpen az eddig említett logopédiai hangterápiák alkalmazása szükséges.

Összegzés

Az emberi élet legfontosabb velejárója a tökéletes beszéd birtoklása kisgyermekkortól kezdve az egész lét folyamán. A születés pillanatától kezdve minden beszédhez szükséges szerv tökéletes működésére van szükség, ezért azok vizsgálata és kezelése elengedhetetlenül fontos. Az élethez szükséges légzés, amelynek tökéletlensége az első percekben felhívja a figyelmet arra, hogy a légutakban valamilyen rendellenesség áll fenn. Az orvosi vizsgálatok döntenek el, hogy a továbbiakban milyen beavatkozásokra van szükség az életben maradáshoz. Növekedéskor a beszéd kialakulásakor válnak nyilvánvalóvá, ha valamilyen az életet nem veszélyeztető, de a tökéletes hangképzést gátló szervi elváltozások is találhatók a gyermeknél. Az orvosi beavatkozások meggyógyíthatják a látható rendellenességeket, de a tökéletes beszéd- és hangképzés még további, tanári beavatkozást igényel.

1. melléklet

Hangképzési gyakorlatok hangszalagbénulás esetén

1. Számolás 1–10-ig, mérgesen, mélyen.

A fej pontosan középre néz, sem oldalra fordítani, sem lehajtani nem kell.

2. Számolás 90–99-ig.

Fejünket jobbra fordítva az áll a vállhoz közelít és hangosan, mély hangon úgy számo-lunk, mintha rá akarnánk köpni a vállunkra.

3. A gyakorlatot megismételjük a baloldalra.

4. Nagy levegőt veszünk, mélyet köhintünk és gyorsan kapcsolunk hozzá egy ugyan-olyan durva, hangos számot 1–10-ig, mint az első gyakorlatban. Egy egység egy köhin-tésből és egy számból áll, ezután pihenni kell, mert a gyakorlat nagyon fárasztó.

Érdeemes a gyakorlást ezzel a lépéssel kezdeni, ha már az első három gyakorlatot meg-tanultuk.

5. Kitapintjuk a gégét. Ujjainkat egyik oldalról ráfektetjük a gégére és a pajzsporc oldalát a porc hátsó élénél (a gége középvonalától kb. kétujjnyira hátrafelé, ahol lüktet az ér) egy ujjal átkampózzuk a túloldalra. Ezzel egy kicsit áttoljuk a gége hátsó részét, így a két kannaporc közelebb kerül egymáshoz. Kb. 2–3 mm-nyit szabad csak elkampózni. A fejet nem fordítjuk, nem emeljük, nem döntjük. Így számolunk 1–10-ig. Hivatalosan ellentétes kézzel tapintjuk ki a gégét a nyakunk túloldalán, de lehet az azonos oldalon, azonos kézzel nyomást gyakorolni a pajzsporcra, ha az könnyebben megy.

6. A gyakorlatot megismételjük a másik oldalra.

7. Kitapintjuk a gége tetejét. A porc V-alakú peremébe belekapaszkodunk a jobb kezünk 2. és 3. ujjával, majd fentről lefelé 1 cm-rel lehúzzuk, közben a fejünket ráhajtjuk, ezzel is segítve a lefelé húzást. Nagy levegőt veszünk és rendkívül mély, reszelős hangon számolunk 1–10-ig, nem túl hangosan. Ez a gyakorlat a Gutzmann-féle „subtonális morgó”. Ha nem ugrik be a mély hang, akkor a gége nincs jól lehúzva. Ennek a gyakorlatnak az elsajátítása nem könnyű, de rendkívül fontos. Mindig utolsó gyakorlatként végezzük.

Gyakorlás: 2 óránként 5 percig.

Irodalom

Archiv für Ohren-, Nasen und Kehlkopfheilkunde. Band 227. Heft 1–2 1980.

BALÁZS BOGLÁRKA – GÓSY MÁRIA (1988): Környezetünk hangjelenségeinek hatása a beszédre. *Fül-orr-gégegyógyászat* 34. 145–150.

BALÁZS BOGLÁRKA (1988): *A rekedtség kérdése a mindennapi foniatríai és logopédiai gyakorlatban.* Kongresszusi referátum. Szombathely.

BALÁZS BOGLÁRKA (2006): A rekedtség jelentősége, diagnosztizálása és kezelése. *Háziorvosi Továbbképző Szemle* XI. 9. 941–945.

BALÁZS BOGLÁRKA (2011): *Hangterápiával is gyógyítható organikus hangképzési és beszédzavarok.* MAGYE és MFFL Társaság Konferenciája, Budapest.

FRINT TIBOR – SURJÁN LÁSZLÓ (1982): *A hangképzés és zavarai. Beszédzavarok.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

GÓSY MÁRIA (2004): *Fonetika, a beszéd tudománya.* Osiris Kiadó, Budapest.

JÜRGEN WENDLER – WOLFRAM SEIDNER (1987): *Lehrbuch der Phoniatrie.* VEB Georg Thieme, Leipzig.

„Teremtő Beszéd”: a verbális kommunikáció képességének változása és ennek viselkedésszabályozó hatása¹

FÁBIÁN ZSUZSANNA
f.zsuzsann@gmail.com

Absztrakt

A tanulmány a beszédnek egy közismert, de kevésbé kutatott aspektusát állítja fókuszba: a beszédfejlesztésnek a személyiségre, az önismeretre és énképre gyakorolt hatását és ebben betöltött szerepét, felnőtteknél. A beszéd teremtő funkciói nem csupán a személyiség, a személy integritásának kialakítását, hanem a társadalomba való sikeres beilleszkedését is segítik, viselkedésmódosító hatásuk miatt. Ezért a logopédiai, beszédterápiai munkának indirekt módon személyiségformáló ereje van, és ennek megfelelően tudatosabb terapeutai hozzáállást igényel. A tanulmány felvázolja azokat az aspektusokat, amelyek ismerete a felnőtt, beszédben akadályozott személyek beszéd- és hangterápiájában hasznosulhatnak. Ismerteti továbbá a témában most induló kutatás fő vonalait, majd a tanulmányban leírtakat egy eset bemutatásával zárja.

Kulcsszavak: beszéd, beszédfejlesztés, önértékelés-énkép, logopédiai terápia, felnőtt beszédhibások

Bevezetés

A társadalomba való beilleszkedést és az ott elfoglalt helyet, szociális státuszt befolyásolja a beszélni tudás és a beszéd minősége, a beszédprodukció.

Azok az emberek, akik valamilyen okból nem képesek magukat beszédben kifejezni vagy nem beszélnek hozzájuk/velük, szorongást, fájdalmat és kizártságot élhetnek át. Számos példa bizonyítja, hogy mindenkinek megváltozik az élete azáltal, hogy képes lesz beszélni, jobban beszélni, vagy újra beszélni.

Több tudomány foglalkozik magával a beszéddel, annak létrejöttével, mibenlétével, folyamatával. Kutatják a személyiségre és a személyekre gyakorolt hatását, bemutatva azt a rendkívül bonyolult hatásrendszert, amelynek a középpontjában áll.

Emeljük ki a gyógypedagógia egyik szakterületét, a logopédiát, amely szerint „a beszéd a gyógypedagógia eszköz- és feladatrendszerében két funkciót is betölt: egyrészt a beszéd kiépítése, fejlesztése, a beszédhibák és zavarok megszüntetése cél és feladat, másrészt a beszéd a korrekciós módszerek és eljárások egyik legfőbb eleme és összetevője. Körfolyamat, amelyben a beszélő és a hallgató együttes szerepe jelenti az információk cseréjét, amely a sikeresség záloga. A kialakított verbális kapcsolatok befolyásolják a magasabb rendű pszichés folyamatokat is, így a viselkedés és magatartás szabályozásában is nagy szerepet töltenek be” (SUBOSITS 1982).

1 Eötvös Loránd Tudomány Egyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola, témavezető: Gereben Ferencné Phd. A szakcikk megírására Dr. Karácsony András stúdiumának keretében került sor.

A társadalmi helyzet és a beszéd minőségének kapcsolata

E sorok írója logopédus-terapeutaként huszonöt éve ép értelmű, halló kisgyerekek beszédindításával foglalkozik, közben sok évig kórházban dolgozott, ahol afáziások beszéd-rehabilitációját végezte. Főiskolán és egyetemen beszédtechnikát, nyilvános beszédet tanít. Közéleti emberek, televíziókban, rádióknál dolgozók azért keresik fel, mert magasabb színvonalú, szebb beszédet akarnak tanulni. A személy integritása, énképe és önbecsülése tekintetében a beszéd fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni. Felnőttként is többen igyekeznek rendezni a beszédhibájukat, beszédzavarukat. Azért járnak hang-és/vagy beszédterápiára, mert azzal szembesülnek, hogy ha nem tudják megfelelő formában kifejezni magukat, akkor nem tudnak megfelelni bizonyos, irányukban támasztott társadalmi elvárásoknak. Bizonyos munkakörök ellátása kifejezetten beszédbeli teljesítményhez kötött. Ezért felnőtt beszédhibásoknak a logopédiai terápia azt a helyet segíthet elfoglalni a társadalomban, ami az övék lehet tanulmányaik, végzettségük vagy elkötelezettségük alapján, de ehhez rendeződnie kell a beszédüknek.

„Napjainkban igény fogalmazódik meg az átlagosnál jobb beszédtechnikai felkészültséggel rendelkezők iránt, így a kifejezőbb verbális kommunikáció, a színvonalas beszéd, a beszélni tudás felértékelődését figyelhetjük meg” (FÁBIÁN 2005). Különösen is igaz ez a média, az üzleti élet, a kereskedelem és vendéglátás, valamint a közigazgatás és a politika magasabb szintjein. Ez esetükben azt jelenti, hogy nem elég felkészültnek lenni és megfelelő külsővel rendelkezni. A kongruencia, a harmonikus összkép elengedhetetlen feltétele a tiszta, művelt köznyelv lámpalázmentes használata.

Fontosak a fentebb leírtak háttérében húzódó összefüggések, mert akár nembeszélő vagy alig beszélő kisgyermekről, akár beszédét elvesztő vagy beszédhibás felnőttől, akár az átlagosnál is jobban beszélni akaró emberről, közszereplőről van szó, a logopédus szaktudására (is) szükségük van.

A logopédia mint a gyógypedagógia-tudomány és -gyakorlat egyik alrendszere, a neveléstudományba ágyazott diszciplína. A logopédia az elnevezésében is hordozza a pedagógiai beavatkozás irányultságát. Mindemellett rendkívül kevés olyan hazai neveléstudományi kutatás áll rendelkezésre, illetve gyakorlatilag ismeretlenek az olyan jellegű hazai kutatások, amelyek a beszéd- és hangterápia személyiségre, a társas érintkezésre gyakorolt hatását igazolják, az interakciókban betöltött jelentőségét támasztják alá és mutatják be.

A beszédfejlesztés hatása a személyiségfejlődésre (önismeret, énkép)

Az utóbbi években megnövekedett azon felnőttek száma, akik logopédiai fejlesztést kívánnak igénybe venni: felnőtt dadogók, hadarók, pöszék, diszfóniások, valamint a hivatásos beszélők és az annak készülők. Új lehetőségek nyílnak meg ugyanis azok előtt, akik sikeres logopédiai beavatkozás, fejlesztés vagy hangterápia hatására a korábbinál szebben és/vagy jobban tudnak beszélni. Önkifejezésük fejlődik, javul az önismeretük, változik az énképük is. Mivel jobban önmaguk lesznek, a saját magukról alkotott képet is jobban összhangba tudják hozni mások róluk alkotott képével.

„A kognitív tartalmakat, amelyek valamilyen magatartás vagy megnyilvánulás szempontjából lényegesek, és funkcióval bírnak, metaforikusan »képnek« szokták nevezni. A személyiségnek valamilyen képpel kell rendelkeznie arról, amihez viszonyul, amin cselekvést hajt végre. (...) A belső kép különösen az emberi viszonylatokban, a társadalommal való kölcsönhatásban érdekes és problematikus. (...) A személyiség a kommunikációkban egy képet próbál magából kivetíteni, amely segítségével interakcióit szabályozni szeretné. E tendencia arra irányul, hogy a másik emberben pozitív kép jöjjön létre. A másik kommunikációi alapján próbálunk tájékozódni, hogy ez sikerül-e, és ha negatív visszajelzéseket kapunk, akkor a tendencia érdekében változtatunk viselkedésünkön, kommunikációnkon” (BUDA 1994). A magatartás pedig akkor kongruens, ha a szituáció normáival összhangban van. A beszélni tanulók személyiségére így gyakorol hatást a sikeres beszéd- és hangterápia, illetve a verbális kommunikáció fejlesztése: a mindennapi interakcióikban hitelesebbé válnak, beszéddel kapcsolatos attitűdjük pozitívan változik, szorongásuk csökken. (Ez a későbbiekben ismertetett kutatás egyik hipotézise.) A beszédtechnikai gyakorlás során például nemcsak maga a beszéd fejlődik, hanem a kommunikáció egésze lesz hatékonyabb. Növekszik az önbizalom is, s az egész személyiség fejlődik. A rendszeres és kitartó gyakorlás során személyiségbeli változások történnek, amelyeket egy idő után a környezet jelez vissza a beszédet tanulónak. Ez további motivációt és erőt adhat a megkezdett változások és a gyakorlás folytatásához.

A beszéd teremtő, létrehozó funkciói

A kommunikációkutatás (BUDA 1994) és a szociológia (COOLEY 1902) hangsúlyozza, hogy azáltal válik a személy igazán önmagává, ha képes kommunikálni, és értelmezni a látottakat, hallottakat, a társak által a közléseire adott reakciókat. Ebben az értelemben mondhatjuk, hogy a beszéd hozza létre, „teremti” a személyt. A társas viselkedés vezérelve azonban Goffman (1981) szerint az, hogy „a személyiség a másik emberben önmagáról kellemes benyomást akar kelteni, más szóval, az önmagáról benne élő kedvező, idealizált képet akarja benne is kiváltani”. Ha szembesül a felnőtt a beszédhibájából következő korlátaival, a saját magáról alkotott képe általában nem marad pozitív.

A logopédus terapeuta ezért tanítja beszélni és segíti jobban beszélni a hozzá fordulókat. Munkájában a pedagógiai módszerek túlsúlyban, mindemellett az egész személyiséget figyelembe veszi. Tevékenységében a tudatosság, a tervszerűség kiemelt jelentőségű, ehhez szükséges az alapos szakmai felkészültség, a társtudományok legújabb eredményeinek ismerete és a terapeuta-személyiség folyamatos fejlesztése. Őt magát is az a kölcsönös kommunikációs erőter befolyásolja és „teremti meg”, amelyben beszél, példát nyújt, hatást fejt ki, és amellyel párbeszédben áll.

Az interdiszciplináris kutatások legújabb eredményei, köztük a retorika (ACZÉL 2009) megerősíti, hogy a beszéd ajándék. „Mondani” egyenértékű azzal, hogy „Adni”. Igaz ez a logopédiai munkára is, mert azáltal, hogy információt közvetít, számára „mond” (valamit) a tanár, „ad” is valamit: méghozzá a személy számára rendkívül fontos dolgot. Annak a lehetőségét, hogy egyre inkább önmaga lehessen. Ezért a logopédusok számára éppen úgy, mint a beszédükben érintettek számára fontos, hogy ismerjék a beszédnek e személyiséget formáló aspektusait, és tudatosan törekedjenek ennek alkalmazására.

A beszéd, a beszélés azonban másként is fontos szerepet kap, annak létrehozó, „teremtő” funkciója miatt. A személy az, aki létrehozza a beszédet. Teremtő erejű a beszéd

abban az értelemben, hogy az érintett személy a logopédus instrukcióit követve a terápia során teljesen új mechanizmusokat kelt életre, majd bekövetkezik az eddigiektől eltérő viselkedés megvalósulása légzésben, hangadásban, kiejtésben, kifejezésben, testtartásban.

Ezek az ismeretek a logopédiai intervenció hatékonyságát növelő tényezők lehetnek. A kölcsönösség és az együttműködés hatását erősítik, hogy felelősen és tudatosan alkalmazva azokat, a logopédus attitűdje, valamint a fejlesztés tartalma és struktúrája terén – optimális eredményt hozzon. A beszéd és a személyiség, jelesül az önismeret és az énkép fejlesztése során érvényesülő törvényszerűségek és összefüggések feltárása növelheti a logopédusok pedagógiai tevékenységének eredményességét.

A témában tervezett kutatásról

Kutatásom során azokat a folyamatokat és kapcsolatrendszereket kívánom feltárni és elemezni, amelyek során a felnőtt beszédben akadályozottból a társas érintkezésre nyitottabb ember lesz, az a személy, aki adekvát módon, nyelvi szempontból is helyesen képes kifejezni mindazt, amiben kompetens, és amit az értelmével már létrehozott. Vizsgálom, hogy ezt mi segíti, támogatja, és melyek a korlátok és gátló tényezők ezekben a folyamatokban. A vizsgálatokon keresztül szándékozom bemutatni a verbális kommunikáció képességének változását, és ennek viselkedésmódosító szerepét, valamint hatását a sikeresebb társadalmi beilleszkedésre. Végül rámutatok, hogy mindebben hogyan jelenik meg a logopédus személye, mert több évtizedes munkám empirikus tapasztalatai azt mutatják, hogy a felkészült logopédus kulcsszereplője a fenti folyamatoknak. Egy bizonyos többletre kell itt gondolni, amely messze túlmutat a tanár-tanítvány viszonyon, azon a sémán, hogy a beszéd- és hangfejlesztés csupán a kezelésre járó személy beszédét, beszédkompetenciáját változtatja meg.

A logopédiai irányultságú kutatások mindeddig hangsúlyosan a gyermekpopulációra irányultak, erőteljesen elhanyagolt a felnőtt népesség nehézségeinek elemzése. Ezen belül marginálisan jelennek meg a társadalomban egyre növekvő számú azon beszédhibások, akiknek társadalmi beilleszkedése beszédprobléma miatt ütközik akadályokba.

A kutatás alapvető módszere az egyének véleményének, attitűdjeinek és motívumainak felderítésére a szóbeli és írásbeli kikérdezés, és alkalmaz egy kifejezetten felnőtt beszédben akadályozottak számára kifejlesztett tesztet. Ez a VHI (*Voice Handicap Index*), a hangképzés általi akadályoztatás mutatója. A VHI a hangbeteg értékelése arról, hogy hangképzési zavara mennyire gátolja a mindennapi életben. Ez a mutató a terápia előtti helyzetet és a kezelés eredményességét az érintett szemszögéből tükrözi. A tesztet az Egyesült Államokban dolgozták ki és nemzetközileg széles körben használják (JACONSON et al. 1997), amely 30 komponens (item) alapján jellemzi a hangbeteg életminőségét. A három terület, amelyet 10–10–10 item képvisel, a következő: hangfunkció-zavar, pszichés és emocionális aspektus. Azokra az összefüggésekre kíváncsi, amelyek a beszédükben akadályozottak életmódjuk megváltoztatására kényszerítő konkrét helyzete, az általuk átélt bizonytalanságok, és a hangterápia segítségével visszanyert társadalmi státuszuk között mutatkozik.

A kutatás nyomonkövető vizsgálat során adatokat kíván nyerni a meghatározott időtartamban beszéd- és hangterápiában résztvevőkről, akik részben a beszédtechnikájuk fejlesztése érdekében, részben a fennálló beszédproblémájuk miatt fordultak logopédushoz.

Erősíteni kívánja a gyógypedagógia- és fogyatékoságtudománynak azt az irányzatát, amely az érintett személyek bevonásával történik, és ami valójában a fogyatékoság társadalmi modelljét erősíti meg (BARNES 2008). Az elemzés az érintett népesség, a vizsgált populációs minta helyzete, szükséglete, elvárásai, életminősége és a logopédiai szolgáltatás minőségének összefüggéseire világít rá.

Esetleírás

Mindaz, ami az eddigiekben ismertetésre és majd egy későbbi közleményben kifejtésre kerül, egy esetleíráson keresztül válhat egyértelművé.

Néhány évvel ezelőtt logopédiai kezelésre jelentkezett egy jogász végzettségű, 30 év körüli fiatalember, aki műszerészként dolgozott egy kis faluban. A beszédhibája, súlyos pöszesége (artikulációs zavara) miatt nem vették föl rendőrtisztai főiskolára, pedig minden vágya az volt, hogy rendőr legyen.

Gyakorlatilag minden héten találkoztunk logopédiai fejlesztés keretében. Hét hónapnyi rendkívül kemény közös munka, tanulás és gyakorlás után beszédhibája rendeződött, és sikerült bejutnia a vágyott főiskolára. Elvégezte, és azóta is rendőrtisztként dolgozik.

De esete sokkal több annál, mint amit a fenti hét sor kifejez.

A telefonos egyeztetéskor feltűnt, hogy egy nagyobb város melletti kis faluból jön majd az első találkozásra, Egerbe. Miért nem a hozzá közelebbi városba ment logopédushoz?

A logopédiai kezelőbe belépő magas, jóvágású, rendezett külsejű fiatal férfi, Pál az első, ismerkedő beszélgetés közben furcsa, eltúlzott mozdulatokat tett a karjaival, kézfejjével, miközben látszólag nyugodtan ült, és folyamatosan beszélt. A beszédvizsgálat alapján a diagnózis interdentális és laterális szigmatizmus volt, ami azt jelenti, hogy a magyar nyelvi norma szerinti helyes hangzóképzés, kiejtés jelentősen eltért a normától. A nyelvét a fogsora közé tolta, valamint oldalra is fordította az s a zs és a cs hangoknál. Mindebből csúnyán torz, és a kívülálló számára feltűnő, komikusan hangzó beszéd vált hallhatóvá és láthatóvá.

Néhány szóban bemutatta a családját, szüleit, akikkel együtt lakott egy kis faluban. Sem ők, sem a néhány közeli barát nem tartották problémának ezt a beszédet. Barátnője nem volt. Bár megszerezte a jogi végzettséget, diplomájával egyetlen munkahelyre sem vették fel, akárhová jelentkezett. A pályázatai alapján több helyre is behívták, de a személyes beszélgetés után nem alkalmazták. Így, mivel korábban, az érettségi után műszerészi végzettséget szerzett, egy kisvállalkozónál elektromos háztartási gépeket javított. Közben megszületett benne az elhatározás, hogy rendőr lesz, és jelentkezett a Rendőrtisztai Főiskolára. Ott többféle egészségügyi és pszichológiai vizsgálaton is átesnek a jelentkezők, és van beszédalkalmassági vizsgálat is. Itt keményen szembesítették avval, hogy „ilyen beszéddel soha nem lesz rendőr”, „javítsa ki a beszédhibáját, és akkor jöjjön el újra.”

A közeli városban azt a tájékoztatást kapta a felkeresett logopédusoktól, hogy ők nem foglalkoznak felnőttekkel. Azt tanácsolták, forduljon egy Budapesten működő, beszédhibás felnőtteket segítő alapítványhoz, amelyet meg is keresett. Ők irányították hozzám.

Mindenek előtt a motivációját akartam megtudni. Felnőttként ugyanis a beszédtanulás, a beszéd legkisebb mértékű megváltoztatása is rendkívül komoly energia-befektetést, sok gyakorlást, emiatt erős motivációt kíván és feltételez. Elmondta, hogy jogásznak érzi magát, egyetemi éve alatt tudatosan készült az értelmiségi létre és jogi pályára.

Olvasottsága, érdeklődési köre és ambíciói messze meghaladják azt a tudást, amit a mindennapokban használ, mint elektromos kisgép-javító. Rájött arra is, hogy a társkapcsolat kialakításában az első benyomások döntő jelentőségűek, ezért a beszédhibája esetleg akadálya annak is, hogy családot alapítson. A rendőrtisztek képzésének és elhelyezkedési lehetőségeinek utánanévezve azonban azt gondolta, hogy neki ez az életpálya megfelelő és kielégítő lenne mind anyagilag, mind a változatossága miatt. Ez a három, igen erős motivációs érv meggyőzőtt arról, hogy kitartó és céltudatos lesz.

Belefogtunk a terápiába. A gyakorlatok, amelyeket a szinte heti rendszerességgel történő találkozások alkalmával végeztünk, nem csupán a megszokott formulákat tartalmazták. Testreszabott, újfajta gyakorlatokat is alkalmaztam. Sok fejlődést okozott, hogy az ő speciális igényeihez alakítsam az órák felépítését, és változatossá tegyük a számtalanszor ismételt mozdulatsorokat. El kellett érnem, hogy minimum napi fél órát gyakoroljon. A fejlesztés legelső időszakában ez oda vezetett, hogy arcizmaiban komoly izomláz lépett fel, emiatt jószérivel csak pépeset tudott enni.

A logopédiai munka nem ismeri a varázspálcát. Csak a rendszeres, kitartó, célirányos mozdulatsorok hoznak/hozhatnak eredményt. A kisgyermek még csak 2–3 éve használja a helytelenül képzett hangzókat a beszédükben, amikor pöszeség miatt terápiára kerülnek. Az újonnan kialakított hangok emiatt aránylag rövid idő alatt beépülnek a beszédükbe, kizorítva abból az eddig másképpen ejtetteket. Pál esetében ez a helytelen használat minimum huszonhét év volt. Az új hangok automatizálása rendkívüli nehézségekbe ütközött, holott a kialakításuk és felismerésük aránylag gyorsan sikerült. Gyakorlatilag vele együtt dolgoztam én is, mert folyamatosan figyelni, kutatni kellett, mit és miért csinál rosszul vagy másképp, mint ahogyan az ilyen típusú terápiáknál megszokott és szükséges a szép, tiszta ejtés kialakulásához.

A szülők és a régi barátok ellenünk dolgoztak. Ők neveségesnek tartották, hogy felnőtt ember logopédiai kezelésre jár, és azt is, ahogyan Pál elkezdte a már elsajátítottakat alkalmazni a mindennapi beszédében. Átsegíteni őt a kríziseken, tartani benne a lelket, tovább motiválni – ezek voltak a legfontosabb feladatok. Hinni esetenként helyette is, vizionálni a biztosan bekövetkező jövőt, az ép beszédű, rendőrtisztként dolgozó Pált. Kibeszélni a félelmeit, különösen, amikor közeledett az újabb felvételi eljárás időpontja.

Ahogy a kölcsönös bizalmon alapuló kapcsolatunk fejlődött, megmutatta a kedvenc verseit, rövid tanulmányt írt arról, amit a logopédiával való megismerkedése nyomán átélt. Ennek az írásnak a „Nyelvi önvallomás” címet adta, és összefoglalta benne a saját magával kapcsolatos gondolatait, érzéseit, vélekedését. Közben lassan, de biztosan megváltozott az egész ember: finomodtak a mozdulatai, természetesebbé vált a testtartása, hosszabban tartott szemkontaktust.

Az ismételt megmértetés sikerült, és a Rendőrtiszti Főiskola beszédalkalmassági felvételijét végző személy, aki ugyanaz volt, mint jó fél éve, alig hitt a szemének és a fülének. Kétszer is megkérdezte, hogy tényleg ő járt-e itt már egyszer. Felvették.

A közös munka elején beleegyezett, így videóra vettem a kezdeti stádiumban, majd többször is, egészen az utolsó találkozásunkig. Megbeszéltük, hogy ezt a felvételt csak akkor és csak az nézi majd meg, akit ő megnevez.

A szinttartáshoz legalább hetente még gyakorolnia kellett. Már nem járt órákra, amikor egy év múlva, egy szakmai konferencián bemutattam az esetét úgy, hogy kevés híján ő is jelen volt mint a demonstráció alanya. A rendőrtiszti pályára való készültség miatt azonban végül „csak” a felvételekből összeállított anyag került bemutatásra, hozzájárulásával, de személyi nyilvánosság nélkül. Miközben ezt egyeztettem, bejelentette, hogy menyasszonya van. Amikor hónapokkal később egyszer véletlenül

találkoztunk Budapesten, elmondta, hogy Budapesten él, és házas. Az egyik kerületi kapitányságon elég magas beosztásba került – a rendőrtiszti végzettség mellett meglévő jogi diplomája miatt – és rendkívül elégedett volt.

Egy alkalommal, jó két évvel a közös munkánk lezárása után felhívott és találkoztunk. Egy DVD-lemezen odaadtam neki azokat a felvételeket, amelyeket a terápia elején, végén, illetve a gyakorlás során készítettem róla. Ezen beszél arról, hogy miért fordult logopédushoz, mik a tervei, és milyen erőfeszítéseket tett ezek megvalósulásáért. Itt látható néhány logopédiai gyakorlat végzése közben is. Elmondható, hogy az utolsó felvételen már egy másik ember beszél a kamera előtt.

Izgalommal vártam, hogy vajon milyennek látja egykori önmagát? Pár nappal később ezt az e-mailt kaptam tőle:

Kedves Zsuzsa!

Nos, a felvételt otthon a kb. 70 cm átmérőjű TV készüléken »élveztük« végig a feleségemmel és az anyósommal. Mindhárman csendben szemléltük az eseményeket, ezt a csöndet csak ritkán törte meg egy-egy kacaj. Ez is inkább a suta kézmozdulataimnak szólt. Úgy vélem, hogy őket a mondandóm ragadta meg igazán, ami véleményük szerint kissé színpadias volt – egyébként utólag már szerintem is. De abban a lelkiállapotban minden pátosztól mentes szöveget nem tudtam volna előadni. A beszédproblémával kapcsolatosan inkább elfogult kritikákat kaptam, a változás természetesen szembe(hangba)tűnő volt.

Én egész idő alatt a konyhából, egy üveg sör elfogyasztása mellett, csendben szemlélttem a dolgokat, és közben teljesen egyedül éreztem magam. Azt hiszem, ez olyan dolog lehet, amikor megszületünk és meghalunk. Azokban a pillanatokban is egyedül van és marad az ember. Lehet ezeket az eseményeket közvetíteni a TV-n keresztül, vagy mint ebben az esetben videón, azonban a lelki dolgokat csak az éli át igazán, akivel megtörténik.

Mindezek ellenére erős, karakteres filmet láthattam magamról, ami nem gyengítette, hanem megerősítette azt a meggyőződésemet, hogy ezzel egy olyan kapun léptem át, ami másnak lehet, hogy csak egy egyszerű fából készült tákolmány, de nekem maga a »diadalú«.”

Összegzés

Kutatómunkám megkezdésében komoly szerepet játszottak az ilyen és ehhez hasonló tapasztalatok. Pál esete – más sorstársaihoz hasonlóan – ékes példája az úgynevezett pillangóhatásnak – Edward Lorenz teóriája alapján –, amikor egy apró dolog megváltoztatásával képes minden megváltozni. Különösen igaz ez egy olyan komplex rendszerre, mint az emberi működés, amelyben egy jelentéktelennek tűnő esemény – jelen esetben a beszédfejlesztés – hatása is továbbadódott és felnagyódott.

A logopédusok és más szakemberek, szociológusok, pszichológusok, társadalom- és kommunikációkutatók számára tehát igen fontos megismerni a konkrét történéseken, egyéni életutak megismerésén keresztül is az énkép változását, a személy átalakulását, a társadalomban elfoglalt hely és szerep milyenségét, melynek egyik katalizátora lehet a BESZÉD és annak szükségletekhez igazodó egyéni fejlesztése.

Irodalomjegyzék

- ACZÉL PETRA (2009): *Új retorika. Közélet, kommunikáció, kampány*. Kalligram Kiadó, Pozsony.
- BARNES, C.: Egy évtized változásai: reflexiók az „emancipatív” fogyatékoságkutatásra. Fordította: VÁNDOR JUDIT. In: *Fogyatékoság és Társadalom* I. évf. 2009/1. sz. 12–23.
- BUDA BÉLA (1994): *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*. Animula, Budapest.
- COOLEY, C. H. (1902): *Human Nature and the Social Order*. In: NÉMEDI DÉNES: *Klasszikus szociológia 1890–1945*. Napvilág, Budapest, 1995.
- JACOBSON et. al. (1997): *Voice Handicap Index*. In: *American Journal of Speech-Language Pathology*. August 1997. Vol. 6. 66–70.
- FÁBIÁN ZSUZSANNA (2005): *A hatásos beszéd mestersége*. Grafotip Kft., Eger.
- GOFFMAN, E. (1981): *A hétköznapi élet szociálpszichológiája* (Tanulmányok). Gondolat Kiadó, Budapest.
- SUBOSITS ISTVÁN (1982): *A beszédpedagógia alapjai*. Tankönyvkiadó, Budapest.

GYÓGYPEDAGÓGIA, PSZICHOLÓGIA
PEDAGÓGIA, PEDAGÓGIATÖRTÉNET

ELTE EÖTVÖS KIADÓ



Keresse könyveinket honlapunkon és az Eötvös Pontokban!

www.eotvoskiado.hu

www.eotvospontok.hu

A beszéd- és mozgásfejlődés összefüggései

RÁCZ KATALIN–F. FÖLDI RITA–BARTHEL BETTY

katalinracz@mail.com, foldi.rita@kre.hu, barthel.betty@barczy.elte.hu

Absztrakt

Vizsgálatunkban 176 óvodás korú gyermek mozgását mértük fel Marton Dévényi Éva neurológus és munkatársai által kidolgozott mozgásfelmérő tesztje alapján, mely az idegrendszeri érettség feltérképezésére alkalmas. A vizsgálatok végrehajtásához a szülőktől beleegyező nyilatkozatot kértünk, és hozzájárulásukat az általunk mellékelt anamnesztikus adatlap kitöltésével erősítették meg. Kutatásunk az állapotfelmérésben részt vett óvodás korú gyerekek státuszvizsgálatának analizálására irányult. A 176 vizsgált személy esetében értékelhető adatokat 70 főnél kaptunk. Átlagéletkoruk 5 év 10 hónap. Nemek szerinti megoszlásuk: 28 lány, 42 fiú. A vizsgálatban résztvevő gyerekeket a szülők által kitöltött anamnesztikus adatlap kódolása alapján csoportokba osztottuk a beszédfejlődés jellemzői mentén. A csoportba sorolás a hazai és külföldi szakirodalom elemzésére támaszkodva történt. A normál lefolyású 1-es, míg bármilyen veszélyeztetettség, kóros lefolyás, eltérés 2-es számot kapott. Megvizsgáltuk a csoportok közötti különbséget, megnéztük, hogy a beszédfejlődésben elmaradt gyerekek a mozgás területén miben térnek el a kontroll csoporttól. A két csoport teljesítménye között az idegrendszeri érettséget meghatározó mozgásoknál négy feladatnál találtunk szignifikáns eltérést (kisgyermekkori mozgások, szökdelés, dominancia, alsó-felső végtag koordinációs).

Kulcsszavak: beszédfejlődés, mozgásfejlődés, mozgáskoordináció, dominancia

I. Bevezetés

Számos szakember megerősíti, hogy a csecsemő saját mozgásán keresztül játékosan, kreatívan fedezi fel a világot, szerzi tapasztalatait, és ez adja az értelmi műveletek eredetét. A gyerekek korai fejlődésének alapja a motoros viselkedés és a motoros észlelés, melyek funkcionális egységet alkotnak (KIPHARD 2001; MARTON 2002). A mozgásbeli információk rendszerezése, raktározása, előhívása rövid idő alatt biztosítja a mozgásdinamika, az aktivitás agyi feltételrendszerének megjelenését. Ezek a folyamatok egyúttal a tanulás elemei is. Az észlelési folyamatok fejlődésében, illetve a szenzoros integrációban kiemelten fontos szerepe van a mozgásnak, ezen belül is a természetes mozgásoknak. Kutatók, ideggyógyászok és terapeuták is egyhangúan megerősítik, hogy a mozgások segítik a neurológiai érési folyamatokat, ezáltal az információk összerendezését.

Több szakember a beszédet a legkomplexebb teljesítménynek tekintik. A beszéd fejlődését számos nem verbális előkészítő folyamat előzi meg, és azok integrációja egy kritikus fejlődési mértéket el kell érjen ahhoz, hogy a gyermek számára a beszéd elsajátítható legyen (AFFOLTER 1974). Az előkészítő folyamatok kutatásának és fejlesztésének nagy jelentősége van a beszédzavarok és ezzel egyidejűleg az olvasás-írásnehézségek

okainak feltárásában, megelőzésében. A beszédzavarok vagy az iskolai kudarcok csak másodlagosak, a primér okok a hiányos fejlődésben, az előkészítő folyamatok normális lefolyásának zavarában keresendők. A zavarok elsődleges okait egy alacsonyabb fejlődési szakaszban kell keresnünk az észlelési folyamatok körében.

II. Szakirodalmi áttekintés

II.1. A mozgás és észlelés jelentősége a beszédfejlődés folyamatában

A *mozgásfejlődés* – az érés által determinált – szomatikus és pszichikus tulajdonságok olyan nem-, és életkorfüggő változása, amely az ember alapvető mozgásformáiban, valamint a koordinációs és kondicionális képességek magasabb szintű működésében mérhető fel (ISTVÁNYI 2006). Főbb jellemzői közé tartozik a genetikai meghatározottság, és a fejlődés periodikus jellege. Az egészséges fejlődéshez elengedhetetlenek az élettanilag előírt, csak az emberre jellemző, egymásutániségében nem felcserélhető, nem megváltoztatható mozgások jelenléte és segítsége. MARTON-DÉVÉNYI és mtsai (2005) vizsgálataik során azt a következtetést vonták le, hogy az emberre kizárólagosan jellemző egyedfejlődési sor a kúszás-mászás-járás dominancia, és erre épül a kizárólag emberi kommunikációs forma a beszéd-írás-olvasás. A kommunikáció, vagyis a környezettel való kapcsolatteremtés akkor lesz jó, ha a gyermek problémamentesen végigmegy ezen a fejlődési soron. Vagyis az idegrendszer ontogenetikailag teljes beérése szükséges ahhoz, hogy a kommunikációban alkalmazott formák – gesztusok, hanglejtések, mimikák stb. – mindegyike tökéletesen működjön. Az anyanyelvi szinten való elmaradás elégtelenül szervezett idegrendszerre vall.

Az iskolai tanulási zavarok előrejelzője az óvodáskorban jelentkező részfunkció vagy részképesség zavarok. „Részképesség zavaroknak nevezzük a tanulási zavarok azon alcsoportját, melyek az érzékelés, észlelés, mozgás, figyelem, beszéd, emlékezet, és a gondolkodás eltérő működése következtében lépnek fel. A komplex fiziológiai vagy pszichológiai tevékenységek (*beszéd, gondolkodás, írás, olvasás, számolás*) megvalósulásához szükséges részképesség zavarait, vagy gyenge működését értjük. Kevésbé rendelkeznek lokális tünetekkel, inkább általánosságban befolyásolják a funkciórendszer működését. Az érintett tartományban késleltetik a fejlődést, pl.: megkésített beszédfejlődés esetében. Kialakulásukban jelentős szerepet játszanak az információk feldolgozásának hiányosságai, pl.: látási és hallási ingerek feldolgozásának nehézségei, melyek a beszéd elsajátításának zavarást, és ebből következően emocionális, majd viselkedés-zavart okozhat. (SPALLER-SPALLER 2006: 312–313).

A motoros funkciók segítik az ingerek rendeződését, kiterjedését, és így a magasabb rendű funkciók fejlődését is. (NAGYNÉ 1997). A mozgásészlelés befolyásolja és szabályozza a mozgást, ami visszahat arra, így a pontosabb mozgás jótékonyan hat az észlelési folyamatra (MARTON-DÉVÉNYI és mtsai 2002). A mozgás által külvilágból felvett ingerek, információk rendszerezése, összerendezése, válogatása, lokalizációja agyunk feladata. Az agy az észlelés (*percepció*) folyamatoként értelmezi ezeket az érzékleteket, rendet és jelentést adva azoknak, így az ingerekből jelentéssel bíró dolgok lesznek. Mind az egyes érzékek működésében, mind az érzékletek összerendezésében felléphetnek nehézségek, anélkül, hogy észrevennénk. STEIN és WALSH (1997) *fonológiai elméleteikben* kifejtik, hogy az írás és olvasástanulás valamennyi perceptuális képességünk

maximumát igényli. Kifinomultabb látási, hallási és finom motorikai készséget kíván tőlünk, mint bármely más dolog megtanulása. Rendkívül kicsi szimbólumokat kell megkülönböztetni, és fonemikus hangsorrendbe tenni, hogy szavakat alkossanak. A verbalitás alakulásának az alapja a hallás-észlelés megfelelő színvonala, fejlettsége. Hároméves kor körül a gyermek már a beszédképesség birtokában van, de a verbalitás fejlődésére jellemző a nemek közötti eltérés. A lányok beszédképessége hamarabb fejlődik (FÖLDI 2005).

II. 2. Beszédfejlődési zavarok

A beszédhez szükséges érési folyamatainak zavarai. A megkésett beszédfejlődés a harmadik életévét betöltött gyermeknél figyelhető meg, és tüneteinek együttese a fejlődés különböző szakaszaiban, különböző területeken jelennek meg. A beszédfejlődés dinamikájának megláthatóságával, a fejlődési stádiumok ütemével, a beszédfejlődéshez szükséges részképességek és élettani feltételek egyenlőtlen fejlődésével kapcsolatos zavarok, ahol a beszédfejlődés szakaszainak ritmusa nem egyenletes és harmonikus. A beszédfejlődési zavarok fontos ismérve az, hogy ép hallás és normális értelmi fejlődés mellett alakulnak ki. A zavarok a következők: megkésett beszédfejlődés, *auditív agnózia*, *verbális apraxiák*, *írás*, *helyesírási gyengeség*, ritmuszavarok, mint *dadogás és baddarás*. (SPALLER-SPALLER 2006: 58)

A beszéd szempontjából az agy a felelős a kommunikációért: képes az információk feldolgozására, tárolására, valamint az információk megválaszolására. A beszéd és a nyelv folyamatait a bal és a jobb agyfélteke együtt koordinálja. A beszéd központja a bal féltekében van: a Broca-terület a beszédprodukciónak, a Wernicke-terület a beszédmegértésért felelős (LENDVAINÉ 2007). TRAUNER és mtsai (2000) neurológiai vizsgálatai a nyelvi problémás gyerekek 70%-ánál mutatott agyi eltérést, míg a kontroll csoport csupán 22%-ánál. POWEL és BISHOP (1992) kutatásukkal alátámasztották, hogy a DCD/Developmental Coordination Disorder/Fejlődési Koordináció Zavar és DLD/Developmental Language Disorder/Fejlődési Nyelvi Zavar hátterében egyaránt azonos idegrendszeri rizikó faktor áll. Az, hogy melyik pszichológiai eltérés jelenik meg, az időzítéstől és az elhelyezkedéstől függ.

Az idegrendszeri szerveződési folyamat végén jelenik meg kizárólag az ember esetében a *lateralizáció*, vagy más néven oldalasság. Az *agyfélteke-dominancia* vagy *lateralizáció* az anyanyelv-elsajátítás során a nyelvi elemek hatására alakul ki. A dominancia megválasztása gyerekeknél csak a mozgás érzékszervi fejlődés utolsó állomása, mondhatni a dominancia a fejlődéssor koronája. Ekkor az agyunk egyik fele domináns féltekévé válik, és teljes oldalasságot alakít ki. Ha hároméves korra nem mutatható ki a gyermeknél a kézdominancia, zavarok jelentkezhetnek a beszédfejlődésben, majd az írott nyelv elsajátításában is. A jobb félteke dominanciájánál gyakoribb a beszéd késése. A balkezesség erre utaló jel. A fejlesztésben is a stabil, azonos oldali dominancia kialakítását tartják a legfontosabbnak a két agyfélteke harmonikus együttműködése céljából. MARTON-DÉVÉNYI és mtsai (1999) a dominancia problémáját az idegrendszer részleges fejlődési problémájaként és nem önálló okként kezeli.

Mára már világos, hogy az olvasási zavarnál a legnagyobb problémát a fonémák gyenge megkülönböztetése jelenti. Így a gyerekek 5 éves korukban mért fonológiai készsége előrejelzi a későbbi olvasási előmenetelüket, és a fonológiai fejlesztés ennél fogva meggyorsíthatja az olvasástani tanulást.

Az emlékezésnek is nagy szerepe van a beszéd kialakulásában. Az ingerek megjegyzéséhez szükséges, hogy létrejöjjön az emléknym, amely az ismétlődések során bevésődik. A gyakori ismétlés biztosítja a mélyebb bevésést (LENDVAINÉ 2007).

II. 3. A beszédfejlődésben elmaradott gyermekek körében végzett kutatási eredmények

A kutatók figyelme a központi idegrendszeri vezérlésre, annak összetettségére és ezen keresztül a látszólag független részkészségek, képességek rejtett összefüggéseire terelődött. Finnországban több szerző már évek óta foglalkozik a mozgás- és beszédfejlődés közötti összefüggés vizsgálatával. Kutatásaik jelentősége igazán abban rejlik, hogy a vizsgálatban résztvevő gyerekek fejlődését éveken keresztül követik. VIHOLAINEN (2002) a gyerekek beszéd- és mozgásfejlődését vizsgálta 1,5 és 2 éves kor között. A normál fejlődésű csoportnál azt tapasztalták, hogy akár a nagy-, akár a finommotoros fejlődésük is lassú lehet anélkül, hogy bármilyen nyelvi fejlődési lemaradást előre jeleznének, míg a megkésett beszédfejlődésű csoportról mindez nem mondható el. Valószínűnek tartják, hogy az elmaradt mozgásfejlődés negatív hatással van arra, hogy a gyerek felfedezze a környezetét, ami hozzájárul a beszédfejlődés lelassulásához. Későbbi kutatásaikban (VIHOLAINEN és mtsai 2006) már 75 diszlexia-veszélyeztetett gyermek mozgásfejlődését, nyelvi és olvasási készségét hasonlították össze egészséges gyermekek hasonló fejlődési mutatóival. Eredményük alapján valószínűnek tartják, hogy a korai mozgásfejlődés kapcsolatban áll a későbbi olvasási készséggel. Azt azonban kihangsúlyozzák, hogy a lassú mozgásfejlődés a nyelvi fejlődéssel csak abban az esetben áll szoros összefüggésben, ha a gyermek családjában már találtak olvasási zavarral.

TRAUNER és mtsai (2000) vizsgálataik során arra az eredményre jutottak, hogy a Nyelvi Fejlődési Elmaradást (Developmental Language Impairment, DLI) mutató gyerekek mozgásfejlődésében leginkább a járásban találtak késést. A leggyakoribb alulműködésnéként a synkinézis, a finom mozgás és a hiperreflexia jelent meg náluk. A mozgásfejlődés vizsgálatán túl megállapították, hogy a legtöbb neurológiai tünettől rendelkező gyerekek mutatják a legalacsonyabb nyelvi készségszintet. A szerző eredményei arra utalnak, hogy a DLI nem egyedülálló zavar, hanem jelzője lehet egyéb széles körben elterjedt idegrendszeri eltérésnek is.

RINTALA és LINJANA (2003) diszfáziás (beszéd- és nyelvi fejlődés akadályozottsága) gyerekek nagymozgását és annak fejleszhetőségét vizsgálta. Megfigyeléseik szerint a diszfáziás gyerekek nagymozgása gyenge, amivel megerősítést nyert az elmélet, miszerint a beszédzavaros gyerekek eltérő alapú nagymozgás-szinttel rendelkeznek. Egy 8 hetes motoros fejlesztés következtében azonban határozott javulás mutatkozott a vizsgált területen.

WEBSTER és mtsai (2005) Nyelvi Fejlődési Elmaradást mutató gyerekek finom- és nagy mozgását mérték fel iskolába lépéskor egyéb iskolaérettségi vizsgálatokkal összefüggésben. A gyerekek nyelvi, kognitív és motoros képességét tesztelték. A vizsgált gyerekek 52%-ánál motoros alulműködést diagnosztizáltak. A finom- és nagy mozgások legerősebben a kommunikációs pontszámokkal korreláltak, és csak mérsékelten a kognitív pontokkal. A kutatás alapján Webster megfogalmazza, hogy finom- és nagymozgások elmaradottsága együtt járó tünete a fejlődési nyelvi zavarnak.

Vizsgálataival SHAPIRO (1990) felfigyelt arra, hogy a gyermekkori motoros és nyelvi fejlődés kapcsolatban áll a később megjelenő olvasási zavarral. Úgy tapasztalta, hogy az

említett két terület közül leginkább a korai nyelvi fejlődés áll a diszlexiával kapcsolatban. A szerző úgy vélekedik, hogy bár a megkésett motoros fejlődés nincs közvetlen kapcsolatban a kognícióval, azonban jelzőjeként szolgálhat egyéb idegrendszerbeli fejlődési diszfunkciónak.

II. 4. Pszichomotoros fejlesztés jelentősége a beszédfejlődés segítésében

Irodalmi elemzések szerint a Nyelvi Fejlődési Elmaradást (Developmental Language Impairment, DLI) mutató gyerekeknek nem csupán a beszédfejlődése megkésett, hanem a mozgásfejlődésük is. Már 1988-as vizsgálatok (SOMMERS 1988) is arról számolnak be, hogy 5-9 éves gyerekek finom motoros koordinációja összefüggésben van a nyelvi készségekkel. A részképesség zavarok, a tanulási és magatartásproblémák kezelésére ezért a 20. század második felében előtérbe kerültek az olyan módszerek, melyek a tüneti kezelés helyett a probléma igazi forrását célozzák meg.

A *pszichomotoros fejlesztés* a pszichikus funkciók fejlesztését valósítja meg mozgástevékenységeken keresztül, idegrendszeri érési folyamatokra hat. Alkalmazását alátámasztja az *agyi plaszticitás* ténye, mely nem más, mint az ismételt akciók potenciál és transzmitter felszabadulás hatására a posztzinaptikus ingerküszöb csökken, a szinapszis így a későbbiekben könnyebben váltható ki. Ennek ismeretében az érési folyamatokat segítő ingerlés visszaállítja a normális fejlődést, segítve ezzel az öngyógyító folyamatot.

MARTON-DÉVÉNYI és mtsai (2005) azt mondják; egyszerűen el kell kezdeni a gyermek mozgásstádiumának megfelelő szintű gyakorlását, és ennek tökéletesedése elindíthatja az egyedül emberre jellemző kommunikáció szintjeinek a fejlődését. CONNOR és KUNTZ (1996) megfigyelései is alátámasztják ezt az elméletet, miszerint a 4 és 6 év közötti speciális nevelési igényű gyerekek kognitív képességei mozgással hatásosan fejleszthetők.

RINTALA és mtsai (1998) a DSM-IV kritériumai alapján Nyelvi Fejlődési Zavarral, kommunikációs nehézséggel, tanulási zavarral rendelkező 6-10 éves gyerekek körében a pszichomotoros fejlesztés és az általános testnevelés hatásosságát vizsgálták. Mozgásfelmérésükben a DLD-s gyerekek 71%-a 15%-nál gyengébben teljesített a motoros kompetencia tesztben, ami alapján kerültek bele a vizsgálati csoportba. A kiválasztott gyermekek egyik csoportja általános testnevelésben, míg a másik csoport pszichomotoros fejlesztésben vett részt. A kontroll vizsgálatokból kiderült, hogy azok a gyerekek, akik pszichomotoros fejlesztésben vettek részt, nagyobb fejlődést mutattak, a nagymozgásokon belül különösen a tárgy kezelés területén. A kutatás elején a vizsgálatok alapján a pszichomotoros csoport 74%-a mutatott pontosan körülírt motoros problémát, míg a másik csoportnak mindössze 63%-a. Ezzel szemben a 10 héten át tartó rendszeres foglalkozás után az első csoportból a gyerekek csupán 24%-a, míg az általános testneveléssel edzett gyerekek 44%-a maradt a mozgásprobléma kategóriában.

III. A kutatás bemutatása

III. 1. Mintavétel, vizsgálat menete

Mivel az óvodás korú gyerekek olvasási, írási, számolási teljesítményét nem tudjuk vizsgálni, ezért a szakirodalomból kiindulva nagy hangsúlyt fektettünk a gyerekek nagy- és

finom mozgásának feltérképezésére. A szülők által kitöltendő *anamnézisben* kitértünk a gyerekek korai mozgás- és beszédfejlődésére. Egy új, magyar mozgásterápia, az Alapozó Terápia kidolgozói számos korábbi és sikeres terápia elemeit átvették és egészítették ki saját tapasztalataikkal. Kutatásunkban ennek a terápiának a *mozgásfelmérő rendszerét* alkalmaztuk.

2005 szeptembere óta összesen 176 gyermek mozgáskoordinációjának vizsgálatát és értékelését végeztük el Marton-Dévényi Éva neurológus és munkatársai által kidolgozott mozgásfelmérő tesztje alapján. Kutatásunkat Budapest két óvodájában a Meséskert (n=114) és Liget óvodában (n=8) végeztük, valamint Marton-Dévényi Éva adatbázisából kiválasztottuk az 5-6 éves nagycsoportos óvodás gyerekek felméréseinek eredményeit (n=54). Vizsgálati munkánk megkezdése az óvodában dolgozó, általunk ismert fejlesztő- és óvodapedagógus segítségével, illetve az óvodavezetők hozzájárulásával történt. A vizsgálatok végrehajtásához a szülőktől beleegyező nyilatkozatot kértünk, és hozzájárulásukat az általunk mellékelt anamnesztikus adatlap kitöltésével erősítették meg.

A 176 vizsgált személy esetében értékelhető adatokat 70 főnél kaptunk. Átlagéletkoruk 5 év 10 hónap. Nemek szerinti megoszlásuk: 28 lány, 42 fiú.

A gyermekek mozgását 103 paraméter mentén, 14 mozgáscsoportba sorolva (*csecsemőkori nagymozgások, kisgyermekkorai mozgások, keresztezett mozgások, egyensúly, statikus egyensúly, dinamikus egyensúly, egyéb-játékos egyensúly, rugalmasság, ritmus, testséma, mozgásreprodukció ábra után, finom motorika, térbeli mozgások, dominancia-preferencia*) elemeztük. A gyermekek felmérése átlagosan 70 percet vett igénybe. Az adatok felvétele vizsgálati lapon történt. A mozgáscsoportokon belül a mozgásformákat meghatározott kritériumok alapján, 5-ös skálán értékeltük, a pontértékek összeadódtak. Kivételt ez alól a dominancia-preferencia képezett, ahol 4 értéket vehettek fel a gyerekek: 1 – jobb oldali, 2 – bal oldali, 3 – keresztezett, 4 – kialakulatlan. Az összpontszámából átlag-, illetve százalékos értéket is számoltunk.

Kutatásunk az állapotfelmérésben részt vett óvodás korú gyerekek státuszvizsgálatának analízisére irányult. Kutatásunk célja között szerepelt.

Megvizsgálni, hogy a beszédfejlődésben elmaradt gyerekek milyen eltéréseket mutatnak a mozgás területén a kontroll csoporthoz képest.

Megvizsgálni, hogy a beszédfejlődésben elmaradt gyerekek milyen dominanciával rendelkeznek.

Hipotézisek:

A normál beszédfejlődést mutató gyerekek a mozgásfelmérésben jobban teljesítenek, mint és a beszédfejlődésben elmaradt gyerekek.

A beszédfejlődésben elmaradt gyerekek nagyobb százaléka mutatnak kialakulatlan, illetve keresztezett dominanciát, mint a normál beszédfejlődésű csoport.

III. 2. Vizsgálati eredményeink

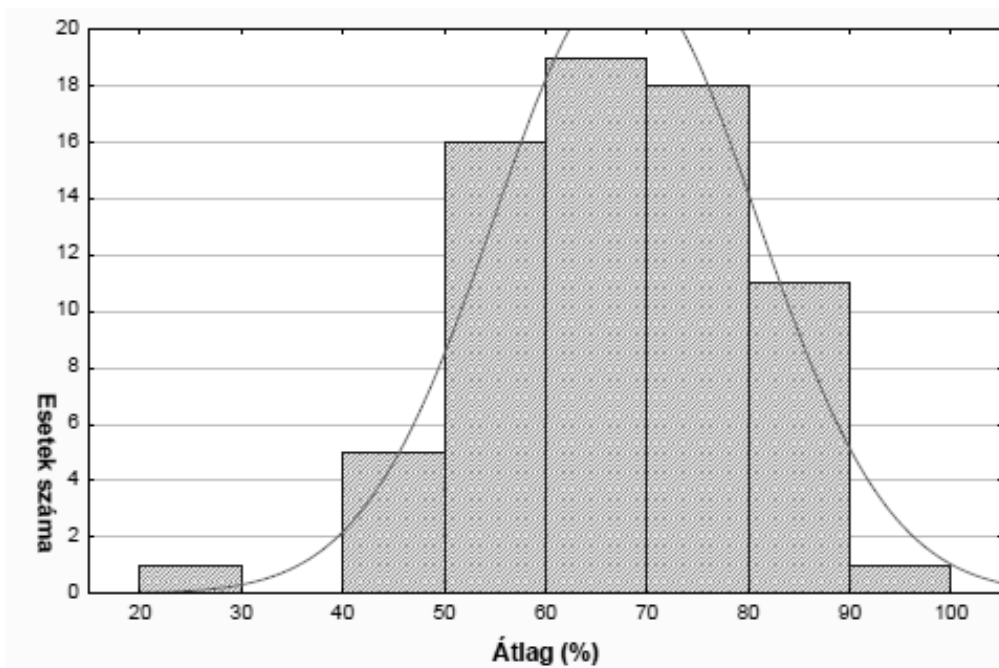
70 felmért gyermek mozgásfelmérő tesztjének eredményeit és az anamnesztikus adatokat elemeztük. A vizsgálatban résztvevő gyerekeket a szakemberek felmérései és a szülők által kitöltött anamnesztikus adatlap kódolása alapján csoportokba osztottuk. A csoportba sorolás a hazai és külföldi szakirodalom elemzésére támaszkodva történt. A beszédfejlődés és mozgásfejlődés kódolásánál a normál lefolyású 1-es, míg bármilyen veszélyeztetettség, kóros lefolyás, eltérés 2-es számot kapott (*1. táblázat*). Megvizsgáltuk

	1 (n=42)	2 (n=28)
Beszédfejlődés	normál beszédfejlődés	beszédészlelési elmaradás, beszédreprodukció zavar, gyenge beszédhallás és beszédartikuláció, logopédiai kezelés

1. táblázat

a csoportok közötti különbséget, megnéztük, hogy a beszédfejlődésben elmaradt gyerekek a mozgás területén miben térnek el a kontroll csoporttól.

Az adatok feldolgozása során kiszámítottuk az alapstatisztikai mutatókat. A pontértékek a mozgásfelmérést illetően normál eloszlást mutatnak (1. diagram). A csoportok közötti különbség kimutatására két mintás t-próbát, míg az összefüggések vizsgálatára korrelációt alkalmaztunk.



1. diagram. A mozgásteljesítmény eloszlása (n=70)

A beszédfejlődés kategóriája alapján szignifikáns különbség a kisgyermekkorú mozgásoknál, illetve a rugalmasságnál áll fenn. (2. táblázat)

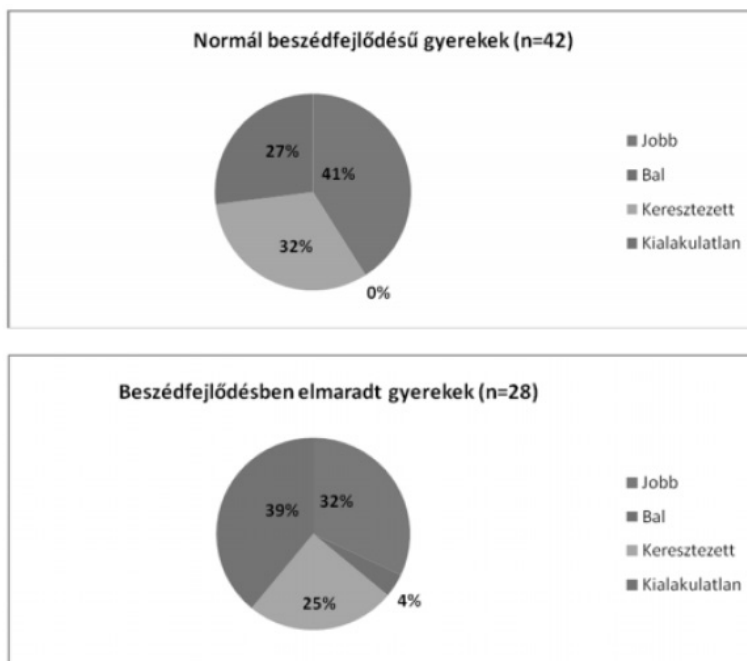
Csoportosítás	Átlag (%)	Átlag (%)	p
Beszédfejlődés	1 (n=45)	2 (n=25)	
Kisgyermekkorú mozgások	71	65	0,039
Rugalmasság	74	65	0,010

2. táblázat. Átlageredmények és csoportok közötti szignifikáns eltérések

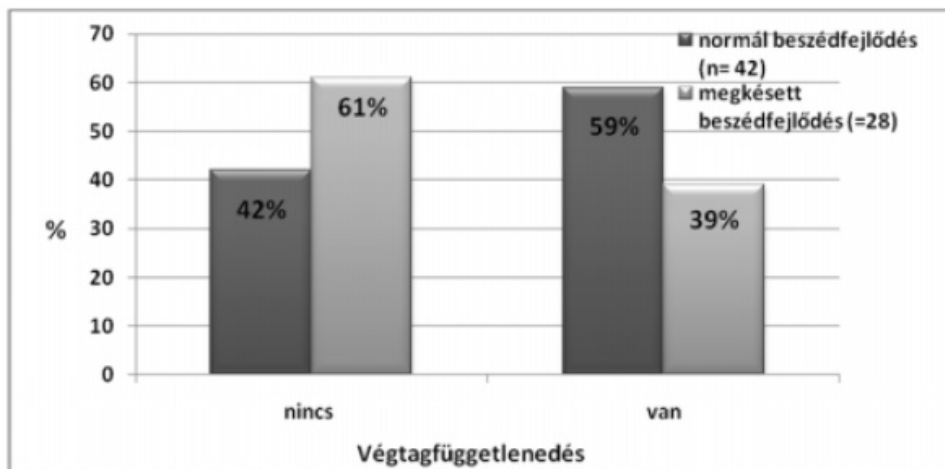
A beszédfejlődés csoportosításon belül érdekes eredményekre jutottunk a dominancia, preferencia és az alsó és felső végtag-koordináció tekintetében. A dominancia és végtag-koordináció vizsgálatoknál is különbözött a két csoport eloszlása. A dominancia-vizsgálat azért fontos, mert a fül, szem, kéz, láb egy oldalon való preferálása feltételezi a két agyfélteke összehangolt működését. Azon belül az egyik agyfélteke szabályozó és integrációs fölényét mutatja, ami az iskolaérettség egyik feltétele (LAKATOS 2005).

Eredményeink tükrében megállapíthatjuk, hogy míg *normál beszédfejlődésű* gyerekek 40%-a kialakult, azonos (jobb) oldali dominanciával rendelkezik, addig a *beszédfejlődésben elmaradt* csoportnak hasonló százalékos arányban (39%) kialakulatlan a dominanciája (2. diagram). A beszédfejlődés szempontjából részfunkció-veszélyeztetett csoport összehangolt agyféltekei működésének éretlenségét így a preferált oldal elmaradása is jelzi.

Az idegrendszeri érettség másik meghatározó területén, az alsó és felső végtag koordináció feladatoknál is hasonló eredményre jutottunk. Míg a normál beszédfejlődésű csoportnál (kék) 58%-ban harmonikus a kar – láb koordináció, addig a megkésett beszédfejlődésű gyerekeknek csupán 39%-ának (piros). A felső és alsó végtag mozgásának összehangolása a normál beszédfejlődésű gyerekek 42%-ának esett nehezebbre, ezzel szemben a beszédfejlődésben megkésett gyerekek több mint felének (60%) volt nehéz feladatokat végrehajtani. (3. diagram) Az eredmények fordított arányosságot mutatnak.



2. diagram. Dominancia százalékos megoszlása a két csoport (beszédfejlődés) esetében



3. diagram. Az alsó és felső végtag-koordináció százalékos megoszlása a két csoportnál

Összefoglalás

Az érzékelési, az értelmi és mozgásfolyamatok egyik szinten sem választhatóak el egymástól, egységes egészet képeznek. Minden szimbolikus tanulás az érzékszervi tanulásra, a külső és belső környezetből nyert információk elemzésére épül, ezért a mozgáskoordináció fejlesztése együtt jár a tanulási képességek fejlődésével. A szenzomotoros működés a későbbi értelem alapja, hiszen nem elég a környezet passzív szemlélése, befogadása, hanem aktívan foglalkozni kell a környezet tárgyaival, hogy tapasztalathoz aktív ismeret jöjjön létre (PIAGET–INHELDER 2004). Az agyunkat tehát az életkorunknak megfelelő adekvát ingernek kell érnie ahhoz, hogy az eljusson a teljes kapacitásához.

Azok a gyerekek, akiknél beszédfejlődésről, beszédészlelési elmaradásról, a beszédprodukción zavaráról, gyenge beszédhallásról és beszédartikulációról számoltak be, az iskolaérettséget tekintve részfunkció-veszélyeztetettek. Mindezek a funkciózavarok megnehezítik az olvasás és írástanulás sikerességét (MAROSITS 2000). DEWEY (2002) vizsgálati eredményei alapján jelzi, hogy minden mozgásproblémás gyerek figyelmi, tanulási és szociális téren veszélyeztetett. A kognitív fejlesztésük így mozgásterápiával egészülhet ki. Az idegrendszer érési elmaradása az aktiváció és a mozgásszabályozás területén enyhe zavart okozhat, mely elegendő ahhoz, hogy a mozgásról érkező visszacsatolás pontatlanná váljon. Ennek következtében a célvezérelt mozgások is pontatlanná válnak, így a lényeges és lényegtelen információk elkülönítése az iskolaéretlen, beszédfejlődésben és mozgáskoordinációban elmaradást mutató gyermekeknél nehézségekbe ütközik.

A mozgékonyág, a mozgásigény tulajdonképpen életkori sajátosság, amely hatással van a fizikai és mentális fejlődésre. Ezért a gyermekeknek biztosítani kell az életkoruk és fejlődésük szempontjából nélkülözhetetlen mozgásformákhoz megvalósítható mozgásteret és eszközöket. A mozgás létfontosságú a gyerekek egészséges fejlődése szempontjából, ezért megtiltani, lecsökkenteni, felgyorsítani azt szigorúan tilos.

Felhasznált irodalom

- CONNOR-KUNTZ, F. J.–DUMMER, G. M. (1996): Teaching across the curriculum: Language physical education for preschool children, *Adapted Physical Activity Quarterly*, Vol 13., Issue 3., 302–315.
- FÖLDI R. (2005): *A hiperaktivitás organikus és lelki bázisai*, Comenius Bt., Pécs.
- ISTVÁNYI CS. (2006): *Mozgástanulás, mozgáskészség, mozgásügyesség*, Plantin-Print Bt, Budapest
- KIPHARD, E. J. (2001): From persistent reflexes to movement control. Early intervention in children with delayed motor development. *Ergotherapie und Rehabilitation*, (4), 11–17.
- LAKATOS K., (2005): *A mozgásérettség vizsgálatának jelentősége a tanulási zavarok korai felismerésében*. Doktori értekezés, Budapest.
- LENDVAINÉ (2007): *A megkésett beszédfejlődés lehetséges és kizárható okai, valamint terápiás lehetőségek és eredmények egy konkrét gyermek esetében*. Doktori értekezés, Veszprém.
- MAROSITS I. (2000): A diszlexia-veszélyeztetettség jelei az óvodáskorban. *Fejlesztő pedagógia*, ELTE-Eötvös Kiadó, Budapest.
- MARTON-DÉVÉNYI É. (2002): Az alapozó terápia elmélete és gyakorlata. *Fejlesztő pedagógia*, ELTE-Eötvös Kiadó, Budapest.
- MARTON-DÉVÉNYI É.–SZERDAHELYI M.–TÓTH G.–KERESZTESI K. (1999): Alapozó Terápia. *Fejlesztő Pedagógia, Különszám*.
- NAGY K. I. (1997): Ecce Homo. *Fejlesztő Pedagógia* 4-5. Szám.
- NAGYNÉ K.I. (1997): *Mozgásfejlődés kisgyermekkorban*, MTE jegyzet, Exorg Kft., Budapest.
- PIAGET, J.–INHELDER, B. (2004): *Gyermeklélektan*. Osiris kiadó, Budapest.
- POWEL, R. P.–BISHOP, C. V. M. (1992): Clumsiness and perceptual problems in children with specific language impairment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, Vol. 34., 755–765.
- RINTALA, P., és LINJANA, J. (2003): Scores on test of gross motor development of children with dysphasia: A pilot study. *Perceptual and Motor Skills*, 97 (31), 755–762.
- RINTALA, P. et al. (1998): The effects of a psychomotor training programme on motor skill development in children with developmental language disorders. *Human Movement Science*, Vol. 17, 721–737.
- SHAPIRO B. K. et al. (1990): Precursors of Reading Delay: Neurodevelopmental Milestones, *Pediatrics*, 85, 416–420.
- SOMMERS, R. K. (1988): Prediction of fine motor skills of children having language and speech disorders. *Perceptual and motor skills*, 67 (1), 63–72.
- SPALLER Á.–SPALLER K. (2006): *Gyógypedagógiai ismeretek tára*. Timp kiadó, Budapest.
- STEIN, J.–WALSH, V. (1997): To see, but not to read: the magnocellular theory of dyslexia. *Trends in Neuroscience*, 20., 147–152.
- TRAUNER D. et al. (2000): Neurological and MRI profiles of children with developmental language impairment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, Vol. 42., Issue 7., 470–475.
- VIHOLAINEN, H. et al. (2006): The early motor milestones in infancy and later toddler motor skills in toddlers: A structural equation model of motor development. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 26 (1-2), 91–113.
- WEBSTER, R. I. et al. (2005): Motor function at school age in children with preschool diagnosis of developmental language impairment. *Journal of Pediatrics*, Vol. 146., Issue 1., 80–85.

Autizmussal élő emberek életminőségének javítása az Országos Autizmus Stratégia fejlesztései által

„EGY GÖDÖR ÁSÁSÁT LESZÁMÍTVÁ KEVÉS DOLOG VAN,
AMIT RÖGTÖN LEGFELÜL LEHET KEZDENI.” (HARRY LORAYANE)

GOMBKÖTŐ ANDREA¹ – FEHÉR ILDIKÓ¹ – GIFLÓ PÉTER¹ –
KOVÁCS ZSUZSANNA¹ – PERJÉS BEATRIX¹ – SIMÓ JUDIT¹ –
VÁLYI RÉKA² – SZAUER CSILLA^{1,3}
gombkoto.andrea@fszk.hu

Absztrakt

Magyarországon az autizmus spektrumzavarral élő emberek és családjaik helyzete az elmúlt néhány évtizedben került a szakmai érdeklődés középpontjába. Az Országos Autizmus Kutatás tapasztalatai egyértelműen alátámasztják egy összehangolt és az érintettek szükségleteire választ adó Stratégia megalkotásának a szükségességét.

Ebben a publikációban azokat az AOSZ és az FSZK által generált komplex szolgáltatásfejlesztéseket ismertetjük, amelyek a 2010-ben kodifikált Stratégia sikeres megvalósulását segítik.

Kulcsszavak: autizmus spektrumzavarral élő emberek, Országos Autizmus Stratégia, Autizmus Stratégiai Munkacsoport

Bevezetés

Az Autism Europe 2007-ben kiadott tanulmánya szerint az autizmus spektrumzavarral élő személyek szakszerű és hatékony támogatása, a számukra magas színvonalú szolgáltatások biztosítása abból az okból fontos a teljes társadalomnak, hogy így a személyek és családjaik professzionális megsegítése mellett hozzájárulhatunk az Európai Unió tagállamainak gazdasági és társadalmi jólétéhez is. (BARTHÉLÉMY és mtsai 2007)

Ugyanezt a gondolatot erősíti meg a 2006-ban az ENSZ Közgyűlése által elfogadott és Magyarországon a 2007. évi XCII. törvénnyel ratifikált, a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló Egyezmény is, mely 26. cikkében felhívja a részes államokat, tegyenek meg minden hatékony és szükséges intézkedést annak érdekében, hogy a fogyatékos személyek számára az élet minden területén biztosítsák a legteljesebb függetlenséget, valamint a lehetőséget a közösségeik életében való aktív szerepvállalásra. A részes államok ennek az összetett célnak az elérése érdekében átfogó rehabilitációs és

rehabilitációs szolgáltatásokat és programokat hoznak létre elsősorban az egészségügy, a foglalkoztatás, az oktatás és a szociális szolgáltatások terén, mely programok

„a) a lehető legkorábbi szakaszban kezdődnek, és az egyéni igények és képességek multidiszciplináris értékelésén alapulnak;

b) támogatják a közösségekben való részvételt és az abba való befogadást, önkéntes alapon működnek, és a fogyatékossgal élő személyek lakóhelyéhez – a vidéki régiókat is beleértve – a lehető legközelebb vannak.”

Magyarországon az autizmus spektrumzavarral élő emberek és családjaik helyzete az elmúlt néhány évtizedben került a szakmai érdeklődés középpontjába. Az Autizmus Alapítvány, a Vadaskert Alapítvány, a Budapesti Korai Fejlesztő Központ, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar és az Autisták Országos Szövetsége szakembereinek elvülhetetlen érdeme, hogy az 1980-as évek végén megkezdődött a hazai autizmus-specifikus ellátórendszer kiépülése az első professzionális szolgáltatások létrehozásával. (BALÁZS–PETRI 2010)

A 2009-ben lefolytatott Országos Autizmus Kutatás eredményei rámutattak arra a tényre, hogy nagy szükség van egy egységes, az autizmus spektrumzavarral élő emberek teljes életútját végigkövető Stratégia létrehozására, mely az ENSZ Egyezmény elveit szem előtt tartva szakmai irányt mutat a komplex rehabilitáció valamennyi szereplője számára azzal a céllal, hogy fejlesztéseik valóban elősegítsék az autizmus spektrumzavarral élő emberek életminőségének javulását Magyarországon.

Jelen publikációnkban azt a két éve folyó, az Autisták Országos Szövetsége (továbbiakban AOSZ) és a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány (továbbiakban FSZK) által generált, széles szakmai konszenzuson alapuló, számos szakmai partnert bevonó innováció-sorozatot mutatjuk be, mely az Országos Autizmus Stratégia első megvalósult fejlesztéseit jelenti, és amely fejlesztések egy évről évre növekvő számban diagnosztizált népességnek nyújtanak megoldásokat. (STEFANIK 2011)

I. Rövid hazai helyzetkép az intézkedések megalapozására

Az autizmus diagnózissal rendelkező népesség szocio-demográfiai jellemzői

Az Autisták Országos Szövetsége vezetésével 2009-ben zajlott le az Országos Autizmus Kutatás, melynek egyik területe a diagnosztizált autizmussal élők számának becslése, illetve ezen csoport legfontosabb demográfiai jellemzőinek meghatározása volt. Mivel a kutatás eredményei már több kötetben is megjelentek, itt csak a legfontosabb trendeket foglaljuk össze.

1. A nemzetközi epidemiológiai adatok alapján ma Magyarországon 60–100 ezer autista ember él.

2. Az egészségügyi ellátásra vonatkozó statisztikai adatok alapján 10–15 ezer fő az, aki rendelkezik autizmus diagnózissal.

3. Az autizmus diagnózisosok száma évről évre növekszik, elsősorban a gyermekkorú népességnél figyelhető meg meredek emelkedés.

4. A közoktatási rendszer adatait elemezve láthatjuk, hogy 2003 és 2008 között az oktatásban résztvevő autizmussal diagnosztizált tanulók száma 250%-kal nőtt. (PETRI–VÁLYI 2009)

Szintén az országos kutatás világított rá arra, hogy az autizmussal élő emberek, és az őket gondozók számára is az egyik legnagyobb nehézséget a közösségi szolgáltatások igénybevételének (egészségügyi ellátás, oktatás, szociális ellátás) akadályozottsága jelenti. A hazai intézmények – ahogy a társadalom is – nincsenek még felkészülve ennek a speciális igényű csoportnak az ellátására, befogadására.

Az autizmus spektrumzavarral élő emberek ellátásának megszervezésére tett szakmapolitikai intézkedések

Bár már az ezredfordulón működött néhány nagyon magas tudományos és szakmai színvonalat képviselő ellátó hely az autizmus spektrumzavarral élő személyek számára, és egyre több speciális iskola indított autizmussal élő gyermekek számára kialakított csoportokat, az autizmus csak 2003 óta önálló fogyatékosági ág a hazai jogszabályokban. Ezzel párhuzamosan sporadikusan ugyan, de megjelentek az első szakmapolitikai intézkedések (pl. majorságok, autizmus diagnosztikai központok létrehozását elősegítő pályázatok).

2007-ben az új Országos Fogyatékosügyi Program végrehajtásának 2007–2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedési tervéről szóló 1062/2007. (VIII. 7.) Korm. határozat IV/3. rendelkezésében jelent meg elsőként az a kormányzati szándék, mely szerint *„El kell készíteni az autizmussal élő személyek komplex (foglalkoztatási, szociális és pedagógiai) rehabilitációjára, valamint az autizmus diagnosztizálására alkalmas intézményrendszer koncepcióját.”*

A 1062/2007. Kormányhatározat értelmében a szaktárca 2007 októberében az Autisták Országos Szövetségét kérte fel a Stratégia elkészítésére. A munka 2007. november és 2008. július között zajlott. (AOSZ 2008)

A számos szakértő bevonásával elkészített Stratégia középtávú, részletes fejlesztési és intézkedési tervet tartalmazott az autizmus spektrumzavarral élő emberek ellátásának minden területére vonatkozóan (szűrés, diagnosztika, szakemberképzés, oktatás, fejlesztés, foglalkoztatás, felnőttképzés, családtámogatás, ismeretterjesztés). Az egyes területeket érintő fejlesztés és intézkedési terv kidolgozásának és megvalósításának koordinálására a Stratégia egy úgynevezett Szakmai Műhely létrehozását jelölte meg, ennek előhírnökeként 2009-ben meg is alakult a Nemzeti Erőforrás Minisztérium jogelődjének felkérésére, az FSZK vezetésével az Autizmus Stratégiai Munkacsoport (továbbiakban ASM).

A Stratégia kodifikációjára 2010-ben került sor, amikor is a Kormány elfogadta az új Országos Fogyatékosügyi Program végrehajtásának 2007–2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedési tervéről szóló 1062/2007. (VIII. 7.) Korm. határozat módosítását tartalmazó 1038/2010. (II. 18.) Kormányhatározatot.

Ez a dokumentum a Stratégia bizonyos részeit kiemelve fogalmazott meg kormányzati feladatokat az adott időszakra vonatkozóan. Számos vállalás eddigi eredményeinek bemutatását jelen publikáció is tartalmazza (például az iskolai programok tekintetében). A cikk írásának idején ugyanakkor még nem került nyilvánosságra az új Országos Fogyatékosügyi Program 2011–13-ra vonatkozó intézkedési terve, így a Stratégiában vállalt további kormányzati feladatok nem itt kerülnek ismertetésre.

II. Autizmus Stratégiai Munkacsoport tevékenysége – egyfajta válasz a helyzetre

Az 2009 és 2011 nyara között kisebb megszakítással működő ASM hagyományok nélküli és bizonyos értelemben „hálátlan” feladatot vállalt fel. A nemzetközi tapasztalatok elemzése és a hazai eredmények, illetve szakmai feladatok áttekintése alapján nyilvánvalóvá vált, hogy a legfőbb feladat a biztos alapok letétele annak érdekében, hogy a fejlesztések összehangoltan, evidenciákon alapuló szemléletben, egyenletesen, egységesen és magas minőségben valósuljanak meg. Ez azt is jelenti, hogy ebben a szakaszban a fejlesztések eredményei még csak korlátozottan érzékelhetők a mindennapi gyakorlatban.

Az egyenetlenségek egyaránt érzékelhetők a szűrési és diagnosztikai hálózatban, a diagnózist követő, kísérő ellátórendszerben, a közvetlenül a családoknak nyújtott szolgáltatások terén ugyanúgy, ahogy a rendszeren belüli kommunikáció és a finanszírozási koncepció területén. Az ASM munkájának megtervezésekor nyilvánvalóvá vált, hogy a szerteágazó feladatok csakis egy közös és átlátható szemléleti rendszerben valósíthatók meg, így a munka középpontjába a komplex autizmus ellátás minőségirányítási koncepciója került. A minőségi működés meglehetősen képlékeny, szubjektív fogalom, mást jelenthet a rendszer különböző résztvevőinek. Szükséges tehát egy olyan objektíven értelmezhető minőségi alapvetés, viszonyítási rendszer kidolgozása, mely a szolgáltatásokat igénybevevőknek (autizmussal élő személyek és családjaik), a szolgáltatóknak (széleskörű szakember és intézményhálózat) és a finanszírozóknak egyaránt támpontot nyújthat. Ez az alapvetés az adott szolgáltatás modellje.

A modell lehetővé teszi a rendszerek megtervezését, az alapelvek, a követelmények gyakorlatba történő átültetését, működtetését, értékelését és felülvizsgálatát a megfelelő szinteken. A modell tartalmazza a rendszerek megtervezéséhez, működtetéséhez, értékeléséhez szükséges szemléletformálást is. (SIMÓ és mtsai 2010)

A modell – a folyamatos fejlesztés lépéseivel összhangban (PDCA logika) – tartalmazza a tervezés, működési leírás, működtetés, mérés és értékelés valamint a felülvizsgálat és visszacsatolás egymással szoros kapcsolatban álló elemeit. Egy adott szolgáltatás optimális és autizmus specifikus működtetéséhez szükséges követelményeinek (kritériumok) meghatározása a kidolgozott modell alapján történik.

Az autizmus ellátás minőségfejlesztésének közös alapvető követelményei azok a kritériumok, kulcsfontosságú lépések, tevékenységek, amelyek nélkülözhetetlenek ahhoz, hogy a szolgáltatást autizmus-specifikusnak tekintsük, és amelyekhez képest mérhető bármely szakpolitika vagy rendszer, gyakorlat, eljárás minősége, elvárható eredményessége és hatékonysága. A kritériumok azt tartalmazzák, amit a szervezet tesz vagy tennie kellene céljai elérésének érdekében. A cél az autizmus spektrumzavarral élő személy és családja számára a szakmailag megalapozott, folyamatos és személyre szabott szolgáltatás biztosítása.

A modellek és a kapcsolódó dokumentumok kidolgozása során figyelembe kellett venni az ellátottak (autizmus spektrum, életkori spektrum), az ellátási formák és szakemberek (módszerek, szintek, szakmák), illetve az ellátási területek (egészségügy, oktatásügy, szociális ügy, jog stb.) szerteágazó spektrumát.

A kidolgozás, a feladatok megvalósítása minden esetben a multi- és interdiszciplinaritás, valamint a kliensközpontúság elvének figyelembevételével történt, és az ennek megfelelően kialakított szakmai munkacsoportokban valósult meg, melyben az adott

szakterület és a kapcsolódó területek szakemberei mellett az érdekvédelemi szervezetek képviselői is jelen voltak.

A lezajlott fejlesztési időszakban a következő, a teljes életutat átívelő, horizontális területek modellje, követelményrendszere került kidolgozásra:

- Életút dokumentáció
- A szülők és családok bevonása, támogatása, informálása
- A szakember-képzés és szakértői hálózat
- Kommunikáció

Az **életút dokumentáció** kidolgozásának szükségességét a személyes, életutat kísérő dokumentáció rendszerszintű, minőségi és tartalmi hiányosságai indokolták.

A modell kidolgozásának célja az volt, hogy az autizmus spektrumzavarral élő emberek életútjához tartozó dokumentumok hazai rendszerét feltérképezze az egészségügy, a közoktatás, a szociális ellátás és a foglalkoztatás területén, valamint javaslatot tegyen a meglévő rendszer egységes, autizmus-specifikus szempontokkal való kiegészítésére a hazai és nemzetközi jó gyakorlatok figyelembevételével, és egyben ajánlást dolgozzon ki a hiányzó dokumentum-típusok tartalmára, formájára. (Őszi és mtsai 2010) A munkacsoport vizsgálta továbbá egy online adatbázis távlati kialakításának lehetőségét is.

A szülők és családok megsegítését, tájékoztatását, bevonását támogató protokoll kidolgozására azért került sor, mert a magas minőségi elvárásoknak megfelelő szolgáltatások elengedhetetlen feltétele az érintett családokkal és gondozókkal kialakított kölcsönös és partneri viszony a beavatkozások teljes spektrumában és fázisában. Ennek kialakításához minden szolgáltatási típusban és minden szakaszban szükséges megtalálni azokat az eszközöket, amelyek segítik a családok feldolgozási stratégiájának kibontakozását, magát a feldolgozási folyamatot, és növelik a családok bevonásának esélyeit, a kölcsönös együttműködéshez szükséges motivációt. Emellett minden szakaszban szükséges biztosítani mindazokat az információkat, visszajelzési és kommunikációs lehetőségeket, melyek a családok felelősségteljes döntéseit segítik. (MÓZES és mtsai 2010)

Az autizmus-specifikus szakértői lista kritériumrendszere kidolgozásának elsődleges oka annak a ténynek a felismerése, miszerint lényegesen kisebb a megfelelően felkészült szakemberek száma, kapacitása, mint az szükséges volna – legyen szó az autizmus és az ellátás spektrumának bármely szeletéről. Ugyanakkor a formális graduális és posztgraduális képzések hiánya, illetve korlátozott elérhetősége, továbbá a rendkívül heterogén képzési kínálat erősen nehezíti annak a megítélését, hogy ki és milyen képzettséggel tekinthető ma Magyarországon autizmus-szakembernek/szakértőnek. Szükségessé vált tehát egy olyan – az évek során bizonyosan felülvizsgáltra szoruló – kritériumrendszer kidolgozása, mely segítséget nyújt ebben mind a szolgáltatásokat igénybevevők, mind pedig a szolgáltatást nyújtók számára. (STEFANIK és mtsai 2010)

Kétségtelen, hogy a megfelelő szakemberek elérhetőségének egyik gátja a szakemberképzés hiányosságaiban keresendő. Ugyanakkor azt a tényt is figyelembe kell vennünk, hogy Magyarországon is elérhető az a tudás, amely a jó minőségű autizmus-ellátás alapja. Mindezek mellett azonban tény, hogy a képzések nagyon egyenetlen területi eloszlást mutatnak, a tudás megszerzésére a legtöbb lehetőséget a fővárosban találjuk.

Az ASM alapvető célja, hogy az autizmus spektrumzavarral élő személyek és közvetlen környezetük számára olyan rendszer létrehozását segítse elő, mely jelentősen javítja az autizmussal élő emberek életminőségét. E folyamatba ágyazódik az a kommunikációs terv is, mely a Stratégiában megfogalmazott célok hatékony megvalósítását elősegítő tájékoztatási tevékenység rendszerbe foglalására vállalkozik annak érdekében, hogy a szakmai területek, témák mentén hatékonyan és eredményesen jelenhessenek meg a szülők, ellátók és szakemberek számára fontos információk. (RÉPÁSSY és mtsai 2010)

A szakembereket célzó aktivitás volt még az autizmus spektrumzavarral élő személyek mindennapi ellátásában dolgozó pedagógusok / integráló és speciális intézmények számára újonnan megjelent és munkájukat gyakorlati módon segítő könyvcsomag biztosítása.

A szülői önképző távoktatási program tematika összeállításának célja az autizmus spektrumzavarral élő kisgyermeket (2–7 éves korig) nevelő szülők támogatására és önképzésére alkalmas e-learning tananyag kidolgozása volt. (LOCSMÁNDI és mtsai 2010) A képzés elemei közül a tematikán kívül készültek még olyan 1-3 perces filmszpotok, melyeken hiteles szakemberek, illetve érintett szülők fűznek gondolatokat a tematikai egységekhez.

Az autizmus-specifikus minőségirányítási rendszer kidolgozásának második szakaszában az egészségügyi ellátás (szűrés és diagnosztika) modellje áttekinti az autizmus diagnosztika korszerű fogalmait, az autizmussal kapcsolatos nemzetközi új felismeréseknek, paradigmáknak megfelelően. Helyzetelemzéssel feltárja a szűrés-diagnosztika terén tapasztalható eredményeket és hiányosságokat.

Vázolja a diagnosztikus vizsgálatot és az ellátás tervezését megalapozó felmérés elemeit. Helyzetelemzések, jó gyakorlatok tanulmányozásának eredményeként ajánlásokkal törekszik javaslatokat tenni a rendszerszerű működés megszervezésére. Kitér a korai felismerés, a gyermekkori és felnőttkori diagnosztikus tevékenység sajátosságaira. Javaslatot tesz a vizsgálatok körülményeinek megtervezésére, illetve a szakemberek szükséges kompetenciáira, a szűrés-diagnosztika folyamatában résztvevő intézmények szerepére. Diagnosztikus szerepük tisztázásával, feladatuk meghatározásával segítséget nyújt az egészségügyi – szociális – közoktatási intézmények, valamint a terület fejlesztéséért felelős döntéshozók számára, azzal a céllal, hogy kiépüljön egy optimális szűrés-diagnosztikai rendszer Magyarországon. (CSEPREGI és mtsai 2011)

Az Autizmus Intézmény-fejlesztési Koncepció / Országos Autizmus Stratégia felülvizsgálatának, a 2.0-ás verzió előkészítésének célja volt, hogy értékelje a Stratégiában kitűzött célok aktualitását a szakmai, jogi, politikai és intézményi környezetben bekövetkezett változások fényében. Az aktualizálás egyszerre jelentette az eredmények elemzését, a célok és eredmények összefüggéseinek megállapítását, a célok eléréséhez szükséges további erőforrásigényt és a környezet változásait figyelembe véve a célok relevanciájának megállapítását. (BODOR és mtsai 2011) A programelem végrehajtása során lett egyértelmű, hogy a felülvizsgálat egyik fontos eleme egy adatbázis, melynek célja, hogy a rendszeres felülvizsgálat és a mindenkori új stratégia megfogalmazása számszerűsíthető adatokon, és az autizmus ügyében érintett szereplők (autista személyek, szülők, szakemberek, döntéshozók) igényein alapuljon figyelembe véve az elégedettségüket.

Mentorszülő képzés

A mentorszülői szolgálat célja olyan – az autizmus spektrumzavarral élő gyermek/felnőtt nevelésében, gondozásában saját élménnyel és tapasztalattal rendelkező – önkéntes segítők képzése, akik autista gyermeket nevelő szülőkkel és az autista gyermeket/felnőttet diagnosztizáló/ellátó intézményekkel tartanak kapcsolatot, és segítenek a felmerülő problémák megoldásában. Ennek a programelemnek az eredményeként megtörtént a teljes képzési program kidolgozása, a mentorszülőség modelljének a leírása (CSIKÓSÉ SIPEKI IRÉN és mtsai 2011), és megvalósult egy háromnapos képzés is, melynek keretében 15 mentorszülő képzése történt meg.

Az autizmus hazai ügyét rendszerszinten befolyásoló fejlesztések tehát az ASM működése alatt a kezdeti elméleti modellalkotásokat követően olyan – az autizmussal élő személyek és családtagjaik életét támogató – konkrét eredményeket értek el, mint például a mentorszülő kiképzése, vagy a szolgáltató szervezetek számára szóló követelményrendszerek megfogalmazása.

III. A Stratégia megvalósítását segítő egyéb fejlesztések

Az iskolai program

A 1038/2010 (II.18.) számú Kormányhatározat előírja, hogy gondoskodni kell az autizmus-specifikus oktatás fejlesztéséről, melynek érdekében az oktatás minden szintjére vonatkozóan ki kell dolgozni az autizmus-specifikus fejlesztés és oktatás minőségi kritériumrendszerét; illetve a 2010/2011-es tanévtől kezdődően a közoktatási intézményeknek pályázati forrás biztosításával kell segítséget nyújtani a kritériumrendszer bevezetéséhez. Ennek megfelelően került meghirdetésre a Nemzeti Erőforrás Minisztérium támogatásával és az FSZK szakmai irányításával az első pályázati lehetőség olyan közoktatási intézmények számára, ahol autizmus spektrumzavarral élő gyermekek oktatását is végzik. A pályázati kiírást megalapozta egy több éves szakmai munka és kutatás (KROLIFY 2010), mely alapján ajánlás készült az autista tanulókat oktató közoktatási intézmények autizmus-specifikus személyi és tárgyi feltételeihez szükséges sztxenderdekről.

A pályázat célja az volt, hogy olyan intézményeket vonjanak be a konzorciumba, ahol még nincs kialakítva az autizmus-specifikus oktatási rendszer. A rendelkezésre álló 20 millió forintos keretösszegeből a pályázat eredményeként 12 konzorciumi partnerségben összesen 31 intézményt sikerült bevonni a fejlesztésbe. Az érintett intézmények elsősorban mentorálásra¹ pályázhattak, illetve eszközbeszerzésre és képzésen való részvételre is. A pályázatok megvalósítási időszaka 2010/2011. tanév II. fele volt.

1 A mentor ismeri és átadja a megszerzett tudás felhasználásának módját a gyakorlatban, segít abban, hogy a pedagógusok képessé váljanak az autista gyermekek sérülés-specifikus minőségi nevelésére-oktatására. A mentor segít az első lépéseknél azért, hogy a jövőben nélküle is eredményesen folytatódjon az ellátás. A mentor mellérendelt, tanácsadó szerepben vesz részt a kollégák szakmai támogatásában. A mentori terv felmérésen alapuló tevékenységeket tartalmaz. Fontos a mentoráltak és mentor közötti megegyezés rögzítése a kitűzött célokról. A mentor kapcsolatban áll a gyermekkel, annak közvetlen és tágabb környezetével, pedagógusokkal, intézményi munkatársakkal, kortársakkal, szülőkkel, a vezetőséggel. Kiemelt szempont a gyermek közvetlen elérése, hiszen az egész támogatott folyamat Őerte történik. A mentor feladata, hogy saját tevékenységét folyamatában dokumentálja, tapasztalatait összefoglalja, illetve, hogy a projekt végén javaslatot, középtávú fejlesztési tervet fogalmazzon meg a jövőbeni beavatkozási területek feltérképezésével.

A projektek megvalósításának tapasztalatai azt mutatják, hogy az eredményes munkához elengedhetetlen a biztos alap, így a pozitív vezetői hozzáállás, a megfelelően motivált munkaközösség, illetve a mentor szakmai kompetenciája. Bármelyik hiányzik a három közül, a program célt téveszt. A kulcsszerep a mentoré, aki, ha rendelkezik a szükséges gyakorlattal és képességekkel, irányba tudja terelni a vezetőség hozzáállását, képes formálni a pedagógus munkaközösség attitűdjét.

A támogatott projektek megvalósítása helyzetfelméréssel indult az érintett gyermek szűkebb és tágabb környezetére vonatkozóan, majd ez alapján a beavatkozási területek kijelölése történt. A dokumentáció, elemzések (nevelési program, pedagógiai program, egyéni fejlesztési tervek, haladási napló stb.), hospitálások, konzultációk a pedagógusokkal, beszélgetések a szülőkkel és kortársakkal sok információt szolgáltatnak a mentornak, akik javaslatokat és ajánlásokat fogalmaztak meg az intézmények számára a minőségi, autizmus-specifikus ellátás érdekében. Volt olyan projekt, ahol szükség volt a meglévő dokumentációk módosítására, máshol a protetikus környezet kialakítása érdekében történtek változtatások. A napirend megfelelő kialakítása szinte minden támogatott intézménynél szóba került, mint az is, hogy milyen meghatározó jelentőségű a szülő és az intézmény közötti jó kapcsolat. Ez utóbbi ápolása érdekében több helyen szülőklubokat, illetve egyéni szülői tanácsadásokat is szerveztek. Volt olyan támogatott, ahol az osztálytársaknak próba érzékenyítő tréninget tartottak, illetve sor került kortárs segítők kiválasztására is. Nagyon jó ötlet a mentortanárok kijelölése. A legideálisabb esetekben még a fenntartó képviselőinek bevonására is sor került. Ebben az esetben nagyon sokat számít a kapcsolati tőke. A fenntartói oldal megfelelő módon történő megközelítése, érdekeltté tétele azért is kiemelten fontos, hisz az oly gyakran jelentkező hiányzó státusz problémája általa tud megoldódni.

A pályázati programnak köszönhetően összesen 341 fő autizmus spektrumzavarral élő gyermek közvetlenül érintett lett a programban, 68 fő óvodás-, 273 fő iskoláskorú. Az iskolás korosztályon belül 46 fő integráltan tanul, 86 fő más SNI gyermekekkel közösen, 209 fő pedig autista csoportokban. További eredménye a programnak, hogy 143 fő pedagógus tudott autizmus-specifikus képzésben részt venni. A legtöbben az Autizmus Alapítvány által kínált képzéseket végezték el.

A program által elindult egy folyamat, mely mindenképpen további támogatást igényel. Reményeink szerint a 2011/2012-es nevelési-oktatási évre vonatkozóan is meghirdetésre kerülhet a pályázat és így folytatni lehet az elkezdett munkát és egyben új résztvevőket bevonhatunk a program megvalósításába.

ATF – avagy autizmus spektrumzavarral élő munkavállalók a nyílt munkaerőpiacon

A közelmúltban ért véget az a nagyszabású szakmai fejlesztés, melynek eredményeként létrejött szolgáltatás-módszertan az autizmus spektrumzavarral élő emberek speciális igényeihez igazodó nyílt munkaerő-piaci integrációt teszi lehetővé. A program két meglévő szükségletre kívánt választ adni: egyrészt nem volt autizmus-specifikus munkaerő-piaci szolgáltatás, másrészt régóta megjelenő igény az alternatív munkaerő-piaci szolgáltatók részéről, hogy szolgáltatásaik célcsoportját bővíthessék az autizmus spektrumzavarral élő álláskereső körével.

Erre az igényre reagált az FSZK az „Autizmussal élő személyek részére alternatív munkaerő-piaci modellprogram kidolgozása” elnevezésű programja, amely a Munka-

erőpiaci Alap rehabilitációs alaprészt 2008. évi központi keretéből valósult meg a Nemzeti Erőforrás Minisztérium megbízásából. Az FSZK – a fejlesztés vezetőjeként – biztosította a program szakmai és szervezési koordinációját.

A módszertani fejlesztés megalapozása, illetve a stratégiai terv elkészítése érdekében lebonyolításra került egy, az autizmus spektrumzavarral élő személyek nyílt munkaerőpiaci munkavállalásához kapcsolódó kutatás. A kutatás egyik fókuszpontja az autizmussal élő személyek nyílt munkaerőpiaci elhelyezkedését biztosító munkaerőpiaci szolgáltatások aktuális jellemzőinek megismerése, az alternatív munkaerőpiaci szolgáltatások gyakorlatának (alkalmazott szolgáltatások és eszközök köre), területi lefedettségének, a releváns mennyiségi és eredményességi szempontok feltárása. (NAGY 2010)

A felmérés tárgyát képezte továbbá a nemzetközi gyakorlat feltérképezése, elemzése, illetve azok hazai gyakorlatba történő adaptálhatóságának vizsgálata, valamint az autizmussal élő személyek munkavállalását elősegítő, illetve akadályozó tényezők feltárása. A módszertani fejlesztés során mind a meglévő hazai jó gyakorlatok, mind a releváns nemzetközi tapasztalatok figyelembevételre, illetve felhasználásra kerültek.

A kutatással párhuzamosan zajlott a szolgáltatási modell kialakítása, melyben több szervezet vett részt. Az előzetes szakmai koncepció szerint a kialakuló módszertan bevezetésének és gyakorlati tesztelésének budapesti és vidéki helyszíneken egyaránt meg kellett valósulnia. A módszertan célja, hogy a munkaerőpiaci szolgáltatás, valamint az autizmus spektrumzavarral kapcsolatos tudás tartalmi elemeit és tapasztalatait összehangolva gyakorlati támogatást nyújtson az autizmus spektrumzavarral élő személyek sikeres, nyílt munkaerőpiaci elhelyezkedéséhez.

A módszertan kidolgozását és a módszertani kézikönyv elkészítését a konzorciumban dolgozó Autizmus Alapítvány és a Salva Vita Alapítvány valósította meg. A szolgáltatási modell tesztelésébe és a módszertani kézikönyv elkészítéséhez kapcsolódó szakmai munkálatokba bekapcsolódott a Regionális Szociális Forrásközpont Nonprofit Kft. (Szombathely), valamint a Fogd a Kezem Alapítvány (Pécs).

A módszertan elméletének átadása, a gyakorlati tapasztalatok megosztása, a módszertan folyamatos monitorozása, a visszajelzések beépítése, a program során megrendezett egyeztető fórumokon, illetve a vidéki helyszíneken történő konzultációk során valósultak meg. A modellprogramban kifejlesztett módszer elnevezése: Autizmus-specifikus Támogatott Foglalkoztatás (ATF), melynek részletes leírását a módszertani kézikönyv tartalmazza. (JÁSPER–KANIZSAI-NAGY 2011)

A kézikönyv első fejezetében kitér az autizmus spektrumzavar alapismeretekre, az autizmus spektrumzavarral élő emberek intézményes ellátásának, támogatásának leírására, a családdal való együttműködésre, az autizmus-specifikus támogatás alapelveire és módszereire, végezetül a szakemberigényre.

Az ATF módszertan áttekintő bemutatásában szó esik a szakemberek közötti munkamegosztásról, a tárgyi és technikai feltételekről, a dokumentáció általános szabályairól, illetve a szolgáltatás lépéseiről. Ezt követi egy-egy fejezetben az ügyfeleknek, valamint a munkáltatóknak nyújtott szolgáltatás részletes kifejtése. A könnyebb érthetőség kedvéért a folyamat leírását gyakorlati példák és jó gyakorlatok gazdagítják, mint például az itt következő kommunikációt érintő példa:

„Tímea 37 éves autizmussal élő nő, először ebédel a munkahelyén. A konyhás kolléga leteszi az étellel megrakott tálcát az ételkiadó ablakhoz és kedvesen, segítőkészen megkérdezi Tímeát: „El tudod vinni a tálcádat az asztalhoz?” Tímea válaszol: „Igen.”, és áll tovább az ételkiadó ablaknál. Csak akkor indul el asztalához a tálcával, amikor erre egyértelműen felszólítják: „Timi, akkor vidd a tálcát az asztalhoz és ebédelj meg!”

Ebben az esetben Tímea a szó szerint vett eldöntendő kérdésre korrektül válaszolt, de nem értette meg a – konyhás kolléga számára egyértelmű – mögöttes tartalmat (ti. „Viheted a tálcádat és ebédelhetsz!”) (Jásper–Kanizsai-Nagy 2011)

Szerves része a módszertani kézikönyvnek a minőségbiztosítási fejezet – vagyis az Autizmus-specifikus Támogatott Foglalkoztatáshoz tartozó szakmai és vevői elégedettség sztenderdek rögzítése –, a fogalomtár, a hasznos linkek gyűjteménye, az ajánlott szakirodalom és a dokumentációs sablonok. Szorosan kapcsolódva, lényegében a szolgáltatási folyamat lépéseit megjelenítve készült el a módszertani segédanyagként alkalmazható film, illetőleg egy másik, a munkáltatók számára összeállított, az autizmussal élő személyek foglalkoztatását ösztönző rövidfilm.²

A programban elkészült a képzési és telepítési tematika terve, így a szakértőkkel közösen kialakított stratégia mentén – egy elkövetkező fejlesztési szakaszban – megvalósítható a szolgáltatás terjesztése.

Az Autizmus-specifikus Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás hiánypótló hazánkban. A módszertan a legkorszerűbb szaktudásra, illetve a külföldi és hazai tapasztalatokra támaszkodik mind az autizmus, mind pedig az alternatív munkaerő-piaci szolgáltatások területén.

Szakemberképzés és fejlesztés felnőttképzési területen

A TÁMOP 5.4.5. „A fizikai és info-kommunikációs akadálymentesítés szakmai háttérének kialakítása” című kiemelt projekt keretében kerültek kidolgozásra azok a felnőttképzési továbbképzések, melyek három részterületet fednek le az „Autizmus szempontú info-kommunikációs akadálymentesítés a szolgáltatásokban” témakörön belül, melyek az következők:

1. Az autizmus szempontú, infokommunikációs akadálymentesítés alapelvei – Érzékenyítő tanfolyam (15 óra)
2. Autizmus spektrumzavarral élő gyermekek – az autizmus szempontú, infokommunikációs akadálymentesítés alapelvei
Alapismeretek szolgáltatók és szolgáltatósszervezők számára (45 óra)
3. Autizmus spektrumzavarral élő felnőttek – az autizmus szempontú, infokommunikációs akadálymentesítés alapelvei
Alapismeretek szolgáltatók és szolgáltatósszervezők számára (45 óra)

A képzéseken részt vehetnek felsőfokú végzettségű (egyetem, főiskola, felsőfokú szakképzés) szakemberek az oktatásügy, egészségügy, szociális ügy, gyámügy és foglalkoztatásügy szakterületein dolgozó személyek, beleértve a fenntartói intézmények munkatársait is. (SIMONICS 2010) Azok, akik saját szakterületükön magasan képzettek, munkájuk során autizmus spektrumzavarral élő személyekkel, illetve családjaikkal közvetett vagy közvetlen kapcsolatban vannak, illetve szűkebben vagy tágabban értelmezett gondozásukkal, ellátásukkal foglalkoznak, ugyanakkor kevés specifikus tudással rendelkeznek az autizmus spektrumzavarokat illetően.

A képzések célja, hogy a képzések sikeres elvégzésével a hallgatók alapvető ismeretekkel, szemlélettel és gondolkodásmóddal rendelkezzenek az autizmus spektrumzavarok

² A kézikönyv, a munkáltatói film és a kutatási zárójelentés elérhető a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány weblapján (www.fszk.hu) keresztül a következő elérési útvonalon: Szervezet/Rehabilitáció/Szakmai anyagok.

természetéről, a terápiás alapelvekről, a gyermekkorban és/vagy a felnőttkorban szükséges segítségnyújtás lehetőségeiről, az ellátórendszerről és a jogszabályi keretéről. Az ismeretekre alapozva képessé válnak arra, hogy saját szakterületükön belül hatékonyan illesszék szolgáltatásaikat az autizmusból származó igényekhez, valamint az egyéni igényekhez egyaránt, továbbá eredményesebben tudjanak a többi szakemberrel és a családdal partnerségben együttműködni, ezáltal elősegítsék az autizmus spektrumzavarral élő személyek társadalmi befogadását.

Összegzés

A fent bemutatott fejlesztések megalapozói és részelemei annak az Országos Autizmus Stratégiának/Autizmus Intézményfejlesztési Koncepciónak, amely részletes fejlesztési és intézkedési javaslatokat tartalmaz az autizmus spektrumzavarral élő emberek ellátásának minden területére vonatkozóan.

Az autizmus-specifikus szolgáltatások követelményrendszerének gyakorlati bevezetése az intézményrendszer szintjein, illetve az ezt támogató országos lefedettségű szakmai szolgálat hálózat felállítása a következő időszak feladata lesz. Ennek érdekében az FSZK és az AOSZ a partnerszervezetek bevonásával elkészítette „A közszolgáltatások felkészítése az autizmussal élők ellátására az Autizmus Intézményfejlesztési Koncepció alapján” című kiemelt projekt javaslatát. A projekt célja egy olyan országos lefedettséget biztosító támogató szakmai-tanácsadói hálózat kiépítése és elindítása, amely a megfelelő képzés, felkészítés és feltételek biztosítása mellett az adott régió sajátosságait is ismerve, figyelembe véve – a kidolgozott szttenderdeket teszteli, telepíti. Közreműködik a szolgáltatásokra vonatkozó (szűrés, diagnosztika, korai fejlesztés, közoktatás, szociális ellátás, egészségügyi ellátás, védett foglalkoztatás) minőségi autizmus-specifikus követelményrendszer adaptációjában és magas szintű támogatást nyújt a helyi szolgáltató intézményhálózatnak. Feladata továbbá a hazai oktatási, egészségügyi és más szakmai módszertanok tudásmenedzsmentje, terjesztése, új módszerek és tudások adaptálása és terjesztése, képzések, kézikönyvek, e-learning anyagok kifejlesztése és meglévő anyagok intenzív terjesztése.

A projekt végére elkészülhet az ún. Pepita-könyv, ami egy olyan, a teljes oktatás, szociális és egészségügyi rendszerre vonatkozó minőségbiztosítási alapvetés, amely tartalmazza az adott szolgáltatástípusra értelmezhető autizmus-specifikus szttenderdeket. Ennek révén kiképezhetünk 300 pedagógust, gyógypedagógust, 200 egészségügyi dolgozót, 300 szociális szakembert, elkészülhetnek kézikönyvek, segédanyagok, nemzetközileg bevált módszerek magyar változatai, amelyek kikerülhetnek az intézményrendszer minden szintjére. Webes felületeken keresztül e-learninges tananyagokat, video tanfolyamokat teszünk nyilvánossá, és elkészülhet egy speciális, az autizmus spektrumzavarral élő személyekre szabott életút dokumentáció. Felállhat egy megyei hatókörben, országos lefedettséggel működő tanácsadói szolgálat-network, amelynek keretében minimum 7 – szakértői szolgálat támogatja területi hatókörrel a közszolgáltatást nyújtó intézményeket az oktatási rendszer teljes spektrumán, illetve a szociális és egészségügyi intézményekben.

Felhasznált irodalom

- AOSZ (2008): *Országos Autizmus Stratégia – Középtávú Intézményfejlesztési Koncepció a 2008–2013-as időszakra*. Autisták Országos Szövetsége, Budapest.
- BARTHÉLÉMY, C.–FUENTES J.–HOWLIN, P.–VAN DER GAAG, R. (2007): Autizmus spektrumzavarral élő személyek. Azonosítás, megértés, beavatkozás. In: BOGNÁR VIRÁG (szerk.) (2010): *Láthatatlanok. Autista emberek a társadalomban*. Scholar Kiadó, Budapest. 332–363.
- BALÁZS Zs.–PETRI G. (2010): Az autista embereket segítő magyarországi civil ellátórendszer kialakulása. In: BOGNÁR VIRÁG (szerk.) (2010): *Láthatatlanok. Autista emberek a társadalomban*. Scholar Kiadó, Budapest. 36–76.
- BODOR P.–GIFLO H. P.–MENNER Á.–SIMÓ J.–VÁLYI R. (2011): *Az Országos Autizmus Stratégia felülvizsgálatának terve*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- CSEPREGI A.–STEFANIK K.–KOVÁCS Zs.–SIMÓ J. (2010): *Irányelvek autizmus szakértői lista létrehozásához*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- CSEPREGI A.–HORVÁT K.–SIMÓ J. (2011): *Az autizmus spektrumzavarok szűrési – diagnosztikai modellje*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- CSIKÓSNÉ S.I. (2011): *Mentorszülői szolgálat autizmussal élő gyermeket nevelő szülők számára (modell-leírás)*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- GALLAI M.–GAZSI A.–FARKAS E.–LEHNER T.–ŐSZI T.-NÉ (2010): *Az autizmus spektrumzavarokban érintett személyek életútját kísérő dokumentációs rendszer modellje*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- GIFLO H. P.–MÓZES E.–PREKOP Cs.–RÁCZ Zs.–RÉPÁSSY B.–SIMÓ J.–SOLTÉSZ V.–SZILVÁSY Zs. (2010): *Az autizmussal élők családjának/gondozóinak tájékoztatása, támogatása és bevonása a teljes ellátási spektrumban és a teljes életút során*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- JÁSPER É.–KANIZSAI-NAGY I. (2011): *Autizmus-specifikus támogatott foglalkoztatás*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- KROLIFY VÉLEMÉNY- ÉS SZERVEZETKUTATÓ INTÉZET (2010): *Autista tanulókat nevelő, oktató, közoktatási intézmények személyi, tárgyi es oktatásmódszertani–oktatásszervezési feltételeinek vizsgálata. Zárótanulmány I. Autista gyermekeket nevelő szülők, gyógypedagógusok, pedagógusok, intézményvezetők és intézményfenntartók körében végzett interjúk és fókuszcsoportos kutatás eredményei*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- KROLIFY VÉLEMÉNY- ÉS SZERVEZETKUTATÓ INTÉZET (2010): *Autista tanulókat nevelő, oktató, közoktatási intézmények személyi, tárgyi es oktatásmódszertani–oktatásszervezési feltételeinek vizsgálata. Zárótanulmány II. Az autista gyermekeket nevelő, oktató intézmények körében végzett kérdőíves kutatás eredményei*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- MÓZES E.–RÁCZ Zs.–LOCSMÁNDI A.–KÓPATAKINÉ M. M. (2010): *Szülői önképző távoktatási program*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- NAGY P. (szerk.) (2010): *Autizmussal élő munkavállalók a nyílt munkaerőpiacon? Autizmussal élők foglalkoztatással kapcsolatos tapasztalatai és lehetőségei Magyarországon Kutatási zárótanulmány*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- PETRI G.–VÁLYI R. (szerk.) (2009): *Autizmus – Tény – Képek*. Autisták Országos Szövetsége és a Jelenkutató Alapítvány, Budapest.
- SIMÓ J.–MENNER Á.–RÉPÁSSY B.–GIFLO H.P. (2010): *Az autizmus-specifikus szolgáltatás modelljének útmutatója*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- SIMÓ J.–RÉPÁSSY B.–GIFLO H.P. (2010): *Autizmus Szakmai Műhely – Kommunikációs koncepció*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- SIMONICS B. (szerk.) (2010): *Képzési katalógus*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.

STEFANIK K. (2011): *Alaptények az autizmusról – üzenet a gyógypedagógiának*. In: PAP GABRIELLA (szerk.): *A diagnózistól a foglalkozási rehabilitációig*. ELTE BGGYK–ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 225–230.

Felhasznált jogszabályok

- 1038/2010. (II. 18.): Kormányhatározat az új Országos Fogyatékosügyi Program végrehajtásának 2007–2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedési tervéről szóló 1062/2007. (VIII. 7.) Korm. határozat módosításáról
- 1062/2007. (VIII.7.): Kormányhatározat az új Országos Fogyatékosügyi Program végrehajtásának 2007–2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedési tervéről
2007. évi XCII. törvény a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről
-

Játék vagy munka?

A kutyás terápia lehetőségei a tanulásban akadályozott gyermekek fejlesztésében

KÖBÖL ERIKA¹ - TOPÁL JÓZSEF²

kobolerika@t-email.hu, topaljosef@gmail.com

Absztrakt

A tanulásban akadályozott gyermekek fejlesztésében világszerte egyre népszerűbbek a különböző úgynevezett állat-asszisztált eljárások. Áttekintésünkben emellett érvelünk, hogy a kutya speciális evolúciós előtörténetéből fakadóan kiemelkedően alkalmas arra, hogy bármely típusú eljárásban (AAA, AAT, AAE), ahol az állat alanya, segítője, „eszköze”, motiválója a foglalkozásoknak, alkalmazható legyen. Hatásos közreműködő partnere lehet a pedagógusnak nemcsak a „megelőző”, „alapozó” fejlesztés során, de a kompetencia élményét biztosítva a gyermek számára, valamint növelve a tanulási motivációt hatásosan bevonható a különböző képességterületek célzott fejlesztésébe is. Bár a kutyás terápia alkalmas lehet arra, hogy a hatékony tanítási technika kidolgozásakor a különböző szinteken jelentkező problémákat megoldja, távolról sem mindenható módszer. Fő gyengesége, hogy nagymértékben hiányoznak a hatásmechanizmus megértését segítő kísérletes vizsgálatok, pedig hosszútávon ezen áll vagy bukik az állatterápiás módszer jövője.

Kulcsszavak: állat asszisztált terápia, kutya, tanulásban akadályozott, fejlesztő pedagógia

Bevezetés

Amikor egy gyermek iskolába kerül, egy csapásra megváltozik körülötte a világ. Az, amit eddig egységben látott és élt meg, amely folyton tágult, színesedett körülötte, most egyszeriben feldarabolódik matematikára, írásra, olvasásra, testnevelésre, 45 és 15 percre. Ettől a pillanattól kezdve a felnőtt társadalom teljes értékű tagjává váláshoz szükséges tudás egy jó részét az emberi kultúra egy sajátos „találmányának” köszönhetően intézményesített keretek között, az iskolában kell elsajátítsa. Az iskolai keretek között történő képzés természetéből adódóan gyakran kerül kényszerű döntés elé a gyermek és a vele foglalkozó felnőttek is, amikor választaniuk kell a játék és a munka között. Felmerül azonban a kérdés, valóban választani kell? Az iskola tényleg nem alkalmas terep arra, hogy a gyermeknek lehetősége legyen ősi-biológiai késztetéseibez, formálódó társas készségeibez bizonyos értelemben jobban illeszkedő módon játszva tanulni és tanulva játszani?

Sajátos nevelési igény és tanulásban akadályozottság

Kétségtelen, hogy az iskolai tanulással a gyerekek számára elkezdődik a rendszeres munka. Mondhatnánk, az iskola életük első munkahelye, mégpedig egy olyan különleges munkahely, ahol napról napra új dolgokat kell elsajátítaniuk. Vannak azonban olyan

gyerekek, akik különleges, sajátos (nevelési) igénnyel érkeznek az iskolába. A hatályos jogszabály megfogalmazása szerint *sajátos nevelési igényű* az a gyermek, aki

a) testi, érzékszervi, értelmi, beszéd fogyatékos, autista, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének organikus okra visszavezethető tartós és súlyos rendellenességével küzd, illetve

b) a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének organikus okra vissza nem vezethető tartós és súlyos rendellenességével küzd (ld. Ktv. 121.§ /29¹).

A „sajátos nevelési igény” tehát nem egy specifikus kategória, hiszen ez egy olyan, a szakértői és rehabilitációs bizottság szakvéleménye alapján kialakuló általános diagnózis, mellyel a motoros és kognitív képességeik alapján rendkívül sokféle gyermek illethető.

A sajátos nevelési igényű gyermekek egyik jelentős csoportját képezik a *tanulásban akadályozottak*, akiket elsősorban az idegrendszer (genetikai és/vagy egyéb biológiai okokra visszavezethető) gyengébb funkcióképessége, illetve a kedvezőtlen környezeti hatások mentén lehet jellemezni, melynek következtében tartós, átfogó tanulási nehézségeket, tanulási képességszavart mutatnak. Ide tartoznak az általános iskolában tanulási nehézségekkel küszködő tanulók és ezen belül is azok, akiket a tanulási képességeket vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság enyhén értelmi fogyatékosnak minősített. Ez összességében a tanköteles korú gyermekek mintegy 15%-a, tehát nem elhanyagolható létszámú közösségről van szó (GAÁL 2002).

Mire számíthat a pedagógus a tanulásban akadályozottság esetén? Ahogy a neve is mutatja, a tünetek a tanulás több területén átfogóan, súlyosan és tartósan jelentkeznek. A tünetek itt említett természetükből adódóan nagyon gyakran csak akkor kerülnek diagnosztizálásra, amikor a szervezett körülmények között folyó tanulás az óvodában egyre hangsúlyosabbá válik, vagy amikor az általános iskolába kerülve ez lesz a gyermek meghatározó tevékenysége.

A fejlesztés lehetőségei, a kutya mint lehetséges „terapeuta”

Az elemi alapképességekben a tanulásban akadályozott gyermekek akár 5–7 évnyi elmaradást is mutathatnak (GAÁL 2000), ezen belül azonban nagy egyéni eltérések tapasztalhatók. Így bár nevükben, definiálásukban egységesnek tűnő csoportról van szó, a gyakorlat ennél jóval színesebb képet mutat. Bár kétségtelen, hogy a tünetek oka jórészt a veleszületett és környezeti hatások összjátékából fakadó kognitív működési zavarokra vezethető vissza, nemritkán azonban a gyermek és a szokásos iskolai környezet viszonyában is gyökerezhet a tanulásban való akadályozottsághoz vezető probléma. A változatos okok és tünetek következtében a tanulásban akadályozott gyermekek osztályában gyakran legalább olyan mértékű sokféleséget tapasztalhatunk a tanulók képességeit, személyiségüket illetően, mint bármely többségi iskola egy-egy osztályában. Minden esetben igaz azonban, hogy hosszan tartó fejlesztő intézkedésekre, terápiás eljárásokra van szükség. Megoldást jelenthet a gyermek egyéni fejlesztése, illetve az, ha a tanulási környezetet számára megfelelően alakítjuk ki, illetve át. Akármelyik utat is választja, a pedagógus szemléletmódját alapvetően az kell meghatározza, hogy a tanulási akadályozottság változó és változtatható állapot, részben megelőzhető, részben pedig súlyosságának mértéke csökkenthető (GAÁL 2000).

1 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300079.TV

Ehhez pedig alapvetően fontos a szakember(ek) és a célcsoport, azaz a „team” számára az alkalmas módszer kiválasztása. Ami ezt illeti, a természetközelség, a játék, a világ egységben megtapasztalása olyan körülmény, amely egyedülálló lehetőséget nyújthat a gyermekek fejlesztése, tanítása során a játszva tanulásra és a tanulva játszásra. A mai urbanizált és sok szempontból elidegenedett világunkban felnőttként is gyakran társállatokkal próbáljuk elemi társas igényeinket kielégíteni és visszacsempészni a természetet az életünkbe. A gyerekek társállatok iránti vonzódásának, igényének gyakran csak a szülők racionalitása szab határt. Mindezeket az igényeket azonban kielégíthetjük, ha a tanítás-tanulás folyamatába segítségül hívjuk „legjobb barátunkat”, a kutyát.

A kutya terápiás célú alkalmazásának lehetőségére elsőként Boris Levinson, amerikai gyermekpszichológus hívta fel a szakmai közvélemény figyelmét egy általa tapasztalt eset kapcsán. Az a megfigyelése, hogy a pszichoterápiába bevonni kívánt, de annak tartósan ellenálló gyermek elfogadja a kutyát mint a terapeuta és önmaga között „közvetítő ágenst”, az állatasszisztált terápiás módszerek egész tárházának kiindulópontjaként szolgált a rákövetkező évtizedekben. Megfigyelte, hogy a vele közvetlenül nem kommunikáló gyermekkel a kutya beiktatása révén egy „triadikus” kommunikatív interakciót lehet kialakítani. Fontos tényezője volt az ily módon folytatott terápiának, hogy a gyermek és az állat kapcsolatához nem tartozott félelem, megfélemlési kényszer, ezért a gyermek engedte a kutyának, hogy közel menjen hozzá, fizikai kontaktust létesített vele, s barátságot, egyfajta „titkos” szövetséget alakíthatott ki vele. Eredményeit 1961-ben tárta az Amerikai Pszichológiai Társaság közgyűlése elé, s bár meglehetősen vegyes fogadtatásra talált, a tudományos közvélemény figyelmét egy fontos módszertani lehetőségre hívta fel (LEVINSON 1969).

A rákövetkező években kibontakozó állat-asszisztált eljárások, amelyben az állat alanya, segítője, „eszköze”, motiválója a foglalkozásoknak, azóta többféle formát öltöttek. Az „*állat asszisztált aktivitás*” (Animal Assisted Activity – AAA) elsősorban pihentető vagy oktató célú közös tevékenység a terápiás állattal. Célja nem valamely specifikus képesség vagy készség fejlesztése, hanem az általános kedélyállapot fokozása, az örömszerzés, az életminőség javítása, a szociális kapcsolatok ápolása. Az „*állat asszisztált terápia*” (Animal Assisted Therapy – AAT) ezzel szemben meghatározott terápiás cél elérése érdekében szervezett fejlesztő/terápiás foglalkozás állat közreműködésével. A cél általában a páciensek fizikai, érzelmi, szociális és kognitív funkcióinak javítása. Végül beszélhetünk „*állat asszisztált oktatás*”-ról (Animal Assisted Education – AAE), amely az AAA és AAT osztálytermi interakciókra, tanórai feladatokra specializálódott alkalmazása, vagyis a tanórán konkrétan az előírt tananyag elsajátítását segítik az állat bevonásával végzett feladatok (bővebben lásd FINE 2000).

Bár terápiás állatként esettől függően akár halak, hüllők madarak vagy a legkülönbözőbb emlősfajok is alkalmazhatók, széles körben elfogadott vélekedés, hogy a kutya, mint a társállat prototípusa kiemelkedően alkalmas arra, hogy gyakorlatilag bármely típusú terápiás foglalkozásban partner legyen (TOPÁL – HERNÁDI 2011). A kutya kiváló alkalmazhatósága nagyrészt evolúciós okokra vezethető vissza. A háziasítás következtében, az emberi szociális struktúrába való integrálódás során ugyanis a kutya társas környezete rendkívül összetetté vált, és ez olyan adaptációs kényszerként jelentkezett, melynek révén a kutya funkcionálisan humán-analóg szociális tulajdonságokra tett szert például a kötődés, szinkronizációs képességek, kommunikációs és kooperációs készségek stb. terén (TOPÁL és mtsai 2009). A kutya az emberi közösség releváns tagjaként általában véve is fontos szocializációs tényező lehet. Egyrészt kedvező hatással van a gyermekek szociális és érzelmi fejlődésére – a kutyával rendszeres kapcsolatot tartó

gyermekek konfliktuskezelési képessége és empátikus készsége jobb, mint társaiké (FILLATRE és mtsai. 1986) – másrészt úgy tűnik, hogy a kutyaival való interakciók elősegítik a helyes társas viselkedés elsajátítását, s így javítják a gyermek közösségbe való beilleszkedési készségét (MILLOT és mtsai. 1988). Több tanulmány szerint a gyermekek stresszhelyzetben érzelmi támaszként használhatják a kutyát, ami így jelentős stresszcsökkentő tényezővé válhat. A kutyaival való rendszeres kapcsolat pedig általában segítheti a gyermek identitásfejlődését és a társas kapcsolatok elsajátítását (ENDENBURG – BAARDA 1995).

Már több mint egy évtizede vannak arról is adatok (ld. pl. CHAMRADOVA 1995), hogy a kutya mint motiváló ágens, illetve mint szociális facilitátor elősegítheti a tanulási problémákkal küzdő gyermekek figyelmének feladatára való fókuszálását, s általában az oktató-tanuló team sikeresebb együttműködését,

Az elsajátítás során jelentkező problémák négy szintje

Azonban akár állatasszisztált, akár más módszert alkalmazunk, a tanulási nehézségek leküzdése, illetve a tanítás általában csak akkor lehet sikeres, ha olyan eljárásokon alapszik, amely a szükséges ismeretanyag hatékony elsajátítását teszi lehetővé. Éppen ezért létfontosságú, hogy az alkalmazott módszerek megfelelően „testreszabottak” legyenek a célcsoport, illetve a célcsoport alkotó egyének számára.

A megfelelő eljárások kidolgozásakor a pedagógus egy olyan összetett problémával szembesül, amelynek négy egymástól jól elkülöníthető szintje van. Márpedig a hatékony tanítási technika kidolgozásakor a négy szint bármelyikén jelentkező problémát tudunk kell kezelni – különösen igaz ez a tanulásban akadályozott gyermekek oktatásában, ez esetben ugyanis a pedagógus által egyébként rutinszerűen gyakorolt eljárások nem igazán válnak be és ez próbára teszi a tanító kreativitását, szakmai éleslátását.

1. „Hozott” ismeretek és feladat-megoldási algoritmusok szerepe a tananyag elsajátításában

Az elsajátítás folyamatát egyrészt nagyban meghatározzák a gyermek magával hozott ismeretei és azok a feladatmegoldási algoritmusok, amelyeket 6-7 éves korra már észrevétlenül elsajátítanak a gyerekek. Ezek azok, amelyekre a pedagógus rutinszerűen építhet a tanítás során, de ezek azok, amelyek feltűnő módon hiányosak lehetnek a tanulásban akadályozott gyermek esetében. Az a tény, hogy az iskolai feladatok teljesítésekor egy sor olyan „megtanulnivaló” vár az ilyen gyermekekre, amelyet a társai észrevétlenül már az iskolakezdésre elsajátítottak egyfelől hatalmas terhet ró magára a gyermekre. Ugyanakkor nagy odafigyelést és gondos ütemezést igényel a pedagógus részéről, akinek egy új típusú feladat esetén magát a feladatvégzés algoritmusát (vagy akár azt is, hogyan rendezze el az eszközeit a tanulás megkönnyítésére) is külön meg kell tanítania az efféle lemaradással küzdő tanulónak. Tehát az ismereti háttér és ismeretkezelési algoritmusok megléte, illetve hiánya az, amely a hatékony tudás-átadási eljárások kidolgozásának *első szintjét* jelenti.

Egy normális fejlődésű gyermek számára például már óvodás korban teljesen természetes dolog, hogy tudjanak „olvasni” bármilyen, tárgyakból, képekből, alakzatokból álló sort. Később az iskolába kerülve számukra a szavak, mondatok olvasásának és

írásának az iránya, a balról jobbra haladás szinte természetes lesz. A tanulásban akadályozott gyerekeknél azonban ezt is, majd a sík lapon való tájékozódást is (hol van a fent, lent, középen, bal vagy jobb oldalon) tananyagnak tekinthetjük. Gondoljunk csak bele, hogy írjon le pl. egy írott kis „k” betűt a kisiskolás gyermek, ha a fenti tudásnak nincs a birtokában. Ennek hiányában egy bizonytalan „ábrához” hogyan kössön hangot, írott nagybetű párt, nyomtatott betűket (kis és nagy változatot), hogyan ismerje fel egy szóban, olvassa össze stb.

Tehát sok más egyéb mellett ezzel is szükségszerűen bővül számukra az olvasás-írás „tananyaga”, ami különösen nagy nehézséget jelent, hiszen a tanulásban akadályozott gyermek idegrendszere alapvetően kevésbé, illetve másként terhelhető, az elfáradás hamarabb jelentkezik, így eleve csökkent hatásfokkal képesek tanulni.

Megoldást jelenthet, ha a tanulás folyamatát a pedagógus a megszokottól eltérő módon szervezi. Mivel a kisgyermek természetes közege a játék, így az iskolai tanulást is feltétlenül játékosá, játékká kell tennünk a sikeres elsajátítás érdekében. Persze ezen a szinten – mivel a tananyag jórészt meghatározott – első pillantásra sok szabadsága nem lehet a pedagógusnak, de a tananyag szervezése, az adott gyerekcsoporthoz illeszkedő módszertani eszköztár használata megkönnyítheti, sőt akár élvezetessé is teheti mind a gyerek, mind a pedagógus számára a munkát (SINGER és mtsai 2006; WALBERG-PAIK 2000).

2. Kompetenciák, öröklött és tanult készségek

Amikor a pedagógus a tanulásban akadályozott gyermeknél szembesül a tananyag elsajátításának fenti problémáival, akkor szükségszerű, hogy elkezdje keresni, hogy az elsajátításához milyen alapvető kompetenciákra, képességekre, készségekre van szükség. Ez jelenti a pedagógus számára a fejlesztés *második szintjét*. A személyiség működésének, adaptációjának, fejlődésének alaprendszerét a *kompetenciák* alkotják, melyek három általános (kognitív, szociális, perszonális) és egyéb speciális kompetenciákra bonthatók. A kompetenciákat néhány tucat *alapképesség* (pl.: olvasási, konvertáló, gondolkodási, tudásszervező képesség) építi fel, melyeket azonban már sok ezer *készség*, egyszerűbb készségek, szokások, öröklött és tanult rutinok alkotnak (NAGY 2008).

A pedagógus számára a probléma ezen a szinten úgy fogalmazódik meg, hogy mit és milyen alaposan tanítson, hiszen a sikeres előrehaladáshoz a gyermeknek az alapképességek kritikus komponenskészletére van szüksége. Ehhez az egyes alapképességekre vonatkozóan – vagyis mit tanítsunk – fel kell térképeznünk és meg kell határozni az *elsajátítási- és használhatósági kritériumokat* – vagyis milyen alaposan tanítsunk. Az elsajátítási kritériumok 3 dimenzió mentén fogalmazhatók meg: a tartósság, a bonyolultság és az absztrakciós szint meghatározásával. A használhatósági kritériumok a kiépülés és a gyakoroltság kritériumait tartalmazzák. Ezek alapján személyre szólóan létre lehet hozni egy-egy egyéni fejlődési diagnosztikus térképet, mely alkalmas lenne az egyénre szabott kritériumorientált rendszeres, folyamatos fejlesztés tervezésére és nyomon követésére (NAGY 2008). Különösen fontos lenne ez ennél a tanulói körnél a nagy egyéni eltérések, az igen különböző képességprofilok miatt.

3. Tanulási motiváció

Gyakran azonban szembesülnie kell a pedagógusnak azzal is, hogy a kiegészítő készségek, kompetenciák fejlesztésével nem tudja megoldani a problémát. Nemegyszer előfordul, hogy

bár a képességek fejlesztésére már megvan a „haditerv”, de a feladatvégzésre nehezen lehet rávenni a gyermeket, pedig éppen a hátrányok leküzdés érdekében fontos lenne őt minél többször, tanórák után is foglalkoztatni. Ekkor jut el a pedagógus a képzés-fejlesztés problémakör *harmadik szintjére*, a tanulási motiváció kérdéséhez.

A személyiség két alapvető komponensrendszere a motívumrendszer és a képességrendszer. Fejlődésük összekapcsolódik, így fejlesztésüket is csak egyidejűleg lehet és kell végezni (NAGY 2008). A tanulási motiváció képessé tesz minket a környezeti feltételekhez, a tanulási környezethez való adaptív alkalmazkodásra. Az egyén elsősorban arra motivált, hogy a környezete elfogadja (JÓZSA–FAZEKASNÉ 2008), tekinthetjük ezt a „túlélés” zálogának. Pedagógusként (is) fontos tisztában lenni azzal, hogy a tanulási motívumok fejlődésében kiemelkedő jelentősége van a társas interakcióknak és a környezetnek. A tanulás ezen feltételeit viszont a pedagógus maga alakíthatja! Továbbá a pedagógusok kezében egy másik „fegyver” is van, mégpedig az, hogy a tanulási motivációt a sikeresség erősíti, vagyis a tanulási motiváció is változtatható.

A tanulási motiváció a tanulásban akadályozott gyermekek körében is vizsgálható a következő komponensek mentén: *elsajátítási motívum, elsajátítási öröm, iskolai tanulás iránti érdeklődés, szociális környezet szerepe, ezen belül a szociális függőség, pedagógushoz való érzelmi kötődés, és a tárgyi környezet szerepe.* (JÓZSA–FAZEKASNÉ 2008). Kisiskoláskorban általánosan jellemző, hogy a tudás, tanulás szeretete együtt jár a tanító szeretetével. Egyszerűen megfogalmazhatjuk azt a tényt, amelyet minden kisgyermekes szülő saját bőrén tapasztal, hogyha gyermeke szereti a tanítóját, akkor szívesen jár iskolába, örömmel tanul meg szinte bármit. Az a gyermek azonban, aki nem élte át a koragyermekkorai kötődés biztonságát, annál a pedagógushoz való kötődés is nehezebben alakítható ki és ambivalensebb, sérülékenyebb is marad. A közösségben a mások által való elismerésre törekvés, a kompetencia érzés kialakítása, a versengés, a mások teljesítményének az elismerése és az együttműködés egyrészt komoly motívációs hajtóerőt testesítenek meg, másrészt pedig fontos személyiségformáló tényezők. A tanulásban akadályozott gyerekeknek általában kevesebb ismeretük van a környező világról, ezért nagyobb a biztonságigényük, mely a tárgyi környezet, a feladatok, a társak, a pedagógus, a „segítők” szintjén is megjelenik. Örömmel játszanak már ismert játékokat a sikeresebb végrehajtás miatt, biztonságot jelent a társak, a már ismert pedagógus jelenléte. Ez a bizonytalan tudás igaz saját tudásuk megítélésével kapcsolatban is (Csíkos 2006; 2007). Ezt a bizonytalanságot pedig tovább növelheti a pedagógus értékelése, amikor a csoport tagjainak az önmagához mért fejlődését ismeri el, de ambivalens módon ugyanakkor ez segíti az együttműködést, a másság elfogadását, a másik teljesítményének az elismerését.

Sajnos az iskolai oktatás „mellékhatásaként”, évek múlásával csökken a tanulók motivációja, bár kutatási eredmények azt mutatják, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek motiváltabbnak érzik magukat, mint többségi társaik. A tanulás szociális motívumai náluk határozottan erőteljesebbek. A felnőttek kontroll szerepét (elismerés, megerősítés) jobban igénylik, a pedagógushoz való kötődésük intenzívebb, erős a biztonság- és komfortszükségletük, melyek felső tagozatban is kifejezetten erősek maradnak. Bár a tanulásban akadályozott gyerekek elsajátítási motívumai alsó tagozatban gyengébbek többségi társaikénál, de ezek az iskolai évek alatt erősödnek. Ez a kedvező tendencia ellentétes a többségi tanulóknál tapasztaltakkal, ahol ezen a téren csökkenés figyelhető meg (JÓZSA–FAZEKASNÉ 2008).

4. Együttműködés, feladattudat és feladattartás

Azonban mindezek mellett is megesik, hogy vannak helyzetek, amikor még az érdekes, játékos feladat sem oldja meg a pedagógus gondját, mert még ezekkel sem lehet feladathelyzetbe „csábítani” a gyermeket, illetve nem lehet tartósan ott tartani. Ilyenkor szembesülünk azzal a problémával, hogy hiányzik a „feladattudat”, illetve „feladattartás”, a siker- és a kudarc-tűrés. Bár ezek az elemek tulajdonképpen részei a 2. pontban megfogalmazott kompetenciáknak, de ugyanakkor egyik legalapvetőbb előfeltételét, „gyökerét” jelentik a képzésnek, fejlesztésnek. E *negyedik szinten* jelentkező esetleges problémákat csak egy „megelőző”, „alapozó” fejlesztés beiktatásával lehet kiküszöbölni. Hatványozottan igaz ez a tanulásban akadályozott gyermekek esetében, ahol egyfajta „alapozó” fejlesztésére sokszor már a kezdet kezdetén szükség van, mert ezek teszik alkalmasá a gyermeket a munkára, kialakítva benne a kellő nyitottságot, együttműködési készséget, feladattudatot- és tartást, siker- és kudarc-tűrést.

A rehabilitációs-rehabilitációs tevékenység során a siker érdekében van négy alapelv, amit sosem szabad elfelejtenünk, a fent említett rendszer bármely szintjén is dolgozunk egy adott probléma megoldásán. Ezek a fokozatosság, folyamatosság, következetesség és partnerség (PETŐ 1994).

A terápiás kutya lehetséges szerepe az egyes szinteken jelentkező elsajátítási problémák megoldásában

A korábban leírtak alapján jó okunk van feltételezni, hogy a kutya hatásos közreműködő partnere lehet a pedagógusnak a „megelőző”, „alapozó” fejlesztés során annak érdekében, hogy a gyermek kellő érzelmi-motivációs készségekkel legyen felvértezve arra, hogy kompetens módon, partneri szerepben „lépjen be” a tanítás folyamatába. A kutya egyrészt alapvető szerepet játszhat abban, hogy a gyermek elsajátítási helyzetből fakadó szorongását mint kötődési biztonságot jelentő ágens csökkentse. A foglalkozások során gyakran tapasztalható, hogy a gyerekeknek igénye van a kutya érintésére, simogatására, átölelésére, persze nem feltétlenül alakít ki minden gyerek ilyen személyes kötődésen alapuló közvetlen viszonyt a kutyával.

A kutya mindemellett fontos segítője lehet a pedagógusnak abban, hogy a kompetencia élményét biztosíthassa a gyermek számára. A tanítás-tanulás folyamatát nagyban segíti ha tudunk olyan helyzetet teremteni, ahol a tanulásban akadályozott gyermek átélheti az „én is tudom”, sőt „az én jobban tudom” érzését. Szüleik, társaik pedig megtapasztalhatják azt, hogy ezek a gyerekek olyan teljesítményre képesek, amit ők nem is feltételeztek róluk. A kutya irányítása egy játékos gyakorlat során, vagy pusztán csak pórázon vezetése alapvető forrása lehet a kompetencia élményének.

A különböző tanulási helyzetekben nagy problémát jelenthet, hogy a gyermekek hozzá sem mernek fogni egy-egy feladathoz. A gyermekek egy része ezt a félelmet „csak” tanórákon éli át, de egy oldott helyzetben a kutyával átélt játék (tulajdonképpen egy sikeresen elvégzett feladat) növeli az önbizalmukat, s ezzel egy pozitív érzelmi-motivációs folyamatot indít el. Paradox módon ez a hatás azoknál is jelentkezhet, akiket több-kevesebb félelemmel tölt el a kutya jelenléte. A kutyától való félelem gyakran igen ambivalens érzés, félelem és vonzódás egyaránt jelentkezik, s ilyenkor a félelem leküzdése, a társak és

a pedagógus pozitív visszajelzése, a sikeres feladatmegoldás felszabadult öröme komoly önbizalomnövelő hatású lehet.

A gyerekek a kutyával és a társakkal végzett játékos feladatok közben átélhetik a közös munka örömét. Megtanulnak közösen, egymás érdekeit szem előtt tartva játszani, illetve sportszerűen versengeni. A kutya, mint motivációs bázis megkönnyítheti ezeket a helyzeteket. Tapasztalatok azt mutatják, hogy ezeken a foglalkozásokon olyan társal is hajlandók együttműködni, akit hétköznapi feladathelyzetben önként sosem választanának. Ezzel megtanulják kezelni ezeket a helyzeteket, és alkalmat teremtenek arra, hogy egymást jobban megismerjék. A kutya és a játék közösen komoly segítséget jelenthet az integráció során is.

A kutya bevonása alkalmas lehet a *tanulási motiváció* növelésére is. A gyerekek szívesen és örömmel játszanak. Ez alapvetően természetes körülmény számukra, az iskolának pedig minél többször kellene ilyen körülményt teremtenie akár kutyával, akár kutya nélkül. A kutyával végzett feladatokat – tartalmától függetlenül – szívesen végzik a gyerekek, eközben szinte észrevétlenül tanulnak, gyakorolnak például még délután is, amikor már igen nehéz lenne őket tankönyv mellé ültetni.

A tananyag elsajátítása, gyakorlása közben gyakran tapasztalunk még a jó motiváció mellett is szorongást, különösen a tanulási nehézségekkel küzdőknel fontos figyelembe venni a gyermek „biztonságszükségletét”, mely egyaránt vonatkozik a fizikai környezetre és az elvégzendő feladatra. A gyerekeknek az otthonos környezet, a velük foglalkozó felnőttek, illetve az általuk közvetített következetes szabályrendszer állandósága teremti meg a biztonság érzését. A kutyával végzett feladatok erős szabályalapú szerveződése, repetitív jellege mindezt erősíti. Ugyanezt segíti, hogy a kutya általában szívesen dolgozik nekik és velük, az ismétlés, gyakorlás miatt egyre ügyesebbek egy-egy feladat végzésében, egyre hatékonyabban irányítják a kutyát, illetve egyre sikeresebben oldanak meg feladatokat. Alapvető pedagógiai elv, hogy egy feladat vagy az egész foglalkozás szükséges és elégséges mértékben legyen fejlesztő hatású. A nagyon begyakorolt feladat már nem fejleszt, sőt unalmassá is válik, míg a túl sok új vagy túl nehéz feladat túlterheli a gyermekeket, ezért nem fejlesztő hatású.

A tanulási motiváció szempontjából nem elhanyagolható a szociális környezet, társas viszonyok szerepe. A társak és a pedagógus a foglalkozások során biztonságot, motivációt jelentenek azoknak a gyerekeknek, akiknek akár a kutyával, akár a tanulóval, feladatvégzéssel kapcsolatban a viszonyuk még rapszodikus. Ugyanakkor a kutya az egyéneket csoporttá, közösséggé alakulását is segíti. A gyerekek gyakran még azzal a társukkal is hajlandók együtt dolgozni, akit önmaguk sosem választanának párnak, ezzel a pedagógus alkalmat teremthet a kapcsolatok építésére.

Mindemellett a terápiás kutya hatásosan bevonható a különböző *képességterületek fejlesztésébe* is. Jól alkalmazható a *motoros képességek* fejlesztését célzó feladatokban, hiszen a gyerekek általában szívesen mozognak, játszanak mozgásos játékokat. Ezeket gyakran alkalmazzák tanórákon is az elfáradás megelőzésére, a gyermekek felfrissítésére, feszültségoldásra. A kutyás foglalkozáson a mozgásfejlesztés feladatai közös játék-ká alakulnak, ez nemcsak fejlesztő hatású, de élményt is jelent azoknak is, aki jó mozgásúak, valamint azt is motiválja, aki kevésbé szeret mozogni vagy mozgássérült. Egy engedelmes, trükkököt tudó kutya pedig még a kamaszok elismerését is kivívja.

A *kognitív képességek* és azok fejlesztése az iskolai teljesítmény szempontjából kiemelkedő terület. Mind a kognitív folyamatok (pl. érzékelés, észlelés, figyelem, emlékezet stb.), mind pedig alapműveletei (ráismerés, kiválogatás, összehasonlítás, csoportosítás stb.) gyakorlásához keretet adhat a kutyával való közös tevékenykedés

(pl. akadálypálya, trükkök kivitelezése, memóriajáték stb.), tartalmát pedig jelentheti bármely aktuális ismeret vagy tananyag.

Külön említést érdemel az *orientációs képességek* fejlesztése. A saját testen, térben és síkban való tájékozódás elsajátítása az óvodás- és kisiskoláskor elengedhetetlen feladata. Fejlesztése, gyakorlása, szinten tartása folyamatos feladat (lehet) a tanulásban akadályozott gyermekeknél. Éppen ezért szükséges ezt minden lehetséges esetben, minél többször, minél változatosabb helyzetben gyakorolni. A kutyával végzett feladatok izgalmassá, viccessé teszi azt a tevékenységet, melyet már tanítási órán esetleg szinten az unalomig gyakorolt.

Egy kutyás foglalkozás keretein belül talán a *kreatív képességek* fejlesztésének lehetőségei azok, amelyek első pillantásra a legnagyobb fejlődést okozhatják. Ezt a területet azonban nemcsak művészi alkotások kivitelezésével fejleszthetjük. Alkalmat teremthetünk erre mesék, történetek szereplőinek elképzelésével, megjelenítésével játék, ábrázolás során, de olyan feladatok is fejleszthetik ezt a területet, ahol szerepe van a jövőre vonatkozó elképzeléseinknek, a problémamegoldásnak. A lehetőségek tárháza tehát itt is szélesebb, mint első pillanatra gondolnánk, mondhatnánk ez csupán a foglalkozásokat tervező team kreativitásán múlik!

Végül, de nem utolsósorban a *szociális és kommunikációs képességek* azok, amelyek fejlesztésében a kutya alkalmazása egyedülálló lehetőségeket rejt. Egyrészt a foglalkozáson a siker érdekében a kutyával együtt kell működni, folyamatosan figyelni kell rá, az ő szempontjából is végig kell gondolni a helyzeteket, munka után pedig jár neki a dicséret, vagyis el kell ismerni a teljesítményét. Csoporthelyzetben ez az együttműködés kiterjed a társakra, a csoportot irányító felnőttekre is. A kommunikáció különböző területeinek (közlés, befogadás), módjainak (verbális, nonverbális) fejlesztésére pedig a kutyás foglalkozás tág teret biztosít. Bár minden csoport együttműködésének alapja egy hatékony kommunikáció, ez azonban a gyermek számára nem ennyire természetes. Egy másik fajhoz tartozó élőlényel, a kutyával való sikeres kommunikáció megtanulása, hatékony kivitelezése felhívja a figyelmet a saját kommunikációnk hiányosságaira. A kommunikáció fejlesztésének már csecsemőkortól ismert eszközei a mondókák, versek, történetek. Ezek kutyás játékokba ágyazása, akár mozgással való kísérése itt is könnyen megvalósítható.

A kutyás foglalkozások kisiskolásoknál, de szükség esetén később is játékos feladatokba ágyazva segítheti *tananyag elsajátítását*, például a készség szintű olvasás vagy számolás kialakulását, de konkrét, ismeret szintű tananyag is sikeresen gyakorolható (pl. egy memóriajáték keretében) ebben az oldott légkörben.

Csapdák és kiutak

Összességében elmondható tehát, hogy a kutya sokoldalúan használható segítség lehet a különböző céllal megvalósított fejlesztő foglalkozások során. Ezt tükrözi az állat-asszisztált terápiák világban (és hazánkban is) tapasztalható robbanásszerű népszerűség növekedése, mely azonban óvatosságra is kell intsen bennünket.

Potenciális veszély ugyanis, hogy amikor az állatterápiás helyzetbe csöppenő pedagógus megtapasztalja azt – a sajnos iskoláinkra egyébként nem mindig jellemző – hangulatilag oldott, motivált légkört mely a kutyás foglalkozások jellemző velejárója, könnyen úgy érezheti, hogy az eredmény szinte magától jön. A gyerekek és a kutya felhőtlen játékát, az észrevétlen tanulást látva az ember hajlamos csodászerként tekinteni

a kutyás terápiára. Pedig nem lenne szabad elfelejtenünk, hogy ez is, mint minden egyéb specifikus módszer, csak kellő szakmai ismeretek és felkészültség mellett lehet eredményes. A szakmaiságot nem helyettesítheti a lelkesedés, a módszer iránti elkötelezettség (bár kétségtelenül ez utóbbiak is fontos elemei a sikernek). A módszer szakmai presztízsének növeléséhez elengedhetetlen a tudományos igényességgel végzett adatgyűjtés és hatáselemzés, hiszen csak ily módon van esélyünk a fejlesztő hatás mibenlétének megismerésére. A kutyás terápia (sem) mindenható módszer, hanem a többi fejlesztő eljárás mellett jól megférő, igen jó lehetőség, mely azonban jelenleg (még) az átfogó kísérletes vizsgálatok hiányától szenved.

Érdemes megemlíteni, hogy a tisztánlátást, a kutyás terápia pontos hatásmechanizmusainak megismerését nem könnyíti meg, hogy a módszer túl komplexen avatkozik be a fejlesztésbe, amint azt a fentebb említett 4 szint leírása kapcsán bemutattuk, valamint hogy a hétköznapi gyakorlatában a kutyás eljárás specifikus hatását nehéz elválasztani a gyermekre érő egyéb fejlesztő hatásoktól.

A kísérletes vizsgálatok követelményei (ahol az egyes eljárásokat szükséges elválasztani egymástól, azokat manipulálni, kontroll kezeléseket kialakítani stb.) és a pedagógus gyakorlati szempontjai (ahol a minden elérhető eszközzel való fejlesztés a cél) gyakran nyilvánvalóan ellentétesek egymással. Ezek egyeztetése néha csak súlyos kompromisszumok árán lehetséges, de ezt az árat érdemes megfizetni, hiszen ez lehet az előrelépés kulcsa és hosszútávon ezen áll vagy bukik az állatterápiás módszer jövője.

Készült az OTKA K76043 támogatásával.

Irodalom

- CHAMRADOVA, A. (1995): The behavior of children with severe learning difficulties during animal assisted therapy. In: *Animals, health and quality of life. VIIth International Conference on Human Animal Interaction*, 46.
- CŠÍKOS, Cs. (2006): A metakogníció pedagógiai értelmezése. In: KELEMEN E.–FALUS I. (szerk.): *Tanulmányok a neveléstudomány köréből*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 25–43.
- CŠÍKOS, Cs. (2007): *Metakogníció: a tudásra vonatkozó tudás pedagógiája*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
- DAVIS K.D. (1992): *Therapy Dogs*. Howel, New York.
- ENDENBUDG N.–BAARDA B. (1995): The role of pets in enhancing human well-being: The effects on child development. In: ROBINSON, I. (ed.): *The Waltham book of human-animal interaction: Benefits and Responsibilities of pet ownership*. Pergamon Press, 7–17.
- FILIATRE J.C.–MILLOT J.L.–MONTAGNER H. (1986): New data on communication behavior between the young child and his pet dog. *Behavioural Processes*, 12, 33–44.
- FINE A. H. (ed.) (2000): *Handbook of animal assisted therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice*. San Diego, CA Academic Press.
- GAÁL É. (2000): A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában. In: ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest. 429–461.
- JÓZSA K.–FAZEKASNÉ FENYVESI M. (2008): Tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációja. In: SZABÓ Á. (szerk.): *Tanulmányok a tanulásban akadályozottak pedagógiája és batártudományai köréből*. Educatio, Budapest. 157–176.
- LEVINSON, B.M. (1969): The pet and mental hygiene. In: BORIS, M. LEVINSON (szerk.): *Pet oriented child psychotherapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- MILLIOT, J.L.–FILIATRE, J.C.–GAGNON A.C.–ECKERLIN, A.–MONTAGNER, H. (1988): Children and their pet dogs: how they communicate. *Behavioural Processes*, 17, 1–15.

- Nagy, J. (2008): Az alapképességek folyamatos kritériumorientált kifejlesztése. In: SZABÓ Á. (szerk.): *Tanulmányok a tanulásban akadályozottak pedagógiája és határtudományai köréből*. Educatio, Budapest. 55–67.
- PETŐ Z. (1994): Rehabilitációs alapismeretek és ideg-, elmegyógyászati rehabilitáció, SZOTE, Egészségügyi Főiskolai Kar, Szeged.
- SINGER D.–GOLNIKOFF R.–HIRSCH-PASEK K. (2006): *Play Equals Learning: How Play Motivates and Enhances Children's Cognitive and Social-Emotional Growth*. Oxford University Press, New York.
- TOPÁL, J.–HERNÁDI A. (2011): Gyógyító állatok: Tudomány vagy kuruzslás? *Magyar Tudomány*, 172(6), 678–686.
- TOPÁL, J.–MIKLÓSI, Á.–GÁCSI, M.–DÓKA, A.–PONGRÁCZ, P.–KUBINYI, E.–VIRÁNYI, ZS.–CSÁNYI, V. (2009) Dog as a complementary model for understanding human social behavior. *Advances in the Study of Behavior*, 39, 71–116.
- WALBERG H. J.–PAIK, S. J. (2000): Effective educational practices. *Educational Practices Series Vol. 3*. 24. International Bureau of Education, International Academy of Education.

Állami kitüntetések gyógypedagógusoknak (2012. március 15.)

Magyarország Elnöke megbízásából, március 15-e alkalmából dr. Réthelyi Miklós miniszter, Halász János parlamenti államtitkár és dr. Jávor András közigazgatási államtitkár kitüntetésekkel adta át.

Miniszter úr a parlamenti és a közigazgatási államtitkár úrral kimagasló színvonalú munkája elismeréseként a Magyar Érdemrend Lovagkereszt kitüntetéssel adta át *Gereben Ferencné dr. Várbíró Katalinnak*, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet főiskolai tanárának.

A kitüntetéshez ezúton is gratulálunk!

Két út van előttem...? Speciális és többségi intézmények közötti kooperáció és konkurencia a sajátos nevelési igényű tanulók oktatásában¹

PAPP GABRIELLA – PERLUSZ ANDREA – SCHIFFER CSILLA –
SZEKERES ÁGOTA – TAKÁCS ISTVÁN
papp.gabriella@barczy.elte.hu, perlusz@barczy.elte.hu,
schiffer.csilla@barczy.elte.hu, szekeres.agota@barczy.elte.hu,
takacs@barczy.elte.hu

Absztrakt

A tanulmány egy olyan kutatással foglalkozik, mely a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók oktatás-nevelését vizsgálja a speciális és a többségi intézmények oldaláról. A kutatás során arra kerestük a választ, hogy van-e verseny a speciális és a többségi intézmények között a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátásáért, mi jellemzi az intézményi működési folyamatokat és a bennük részt vevő szereplőket: sajátos nevelési igényű gyermekeket, pedagógusokat, gyógypedagógusokat és szülőket. A kutatás során készített interjúk elemzése révén képet kaphatunk az intézmények kooperációs és konkurencia-folyamatairól, az ún. nyerő intézmények stratégiájáról, az intézmények dolgozóinak céljairól és jövőképéről, valamint a szülői választás motívumairól.

Kulcsszavak: együttműködés (kooperáció), verseny (konkurencia), sajátos nevelési igényű gyermek-tanuló, integráció, speciális oktatás

A kooperáció és a konkurencia fogalmai közül a gyógypedagógia eddig leginkább a kooperációról beszélt, különösen a sajátos nevelési igényű tanulók többségi intézményekbe történő integrált nevelésével kapcsolatban. Az integrált oktatás-nevelés a benne résztvevők részéről többirányú kooperációt igényel. Kevésbé valószínűsíthető a siker, ha nem jön létre együttműködés a SNI gyermek és társai között, a többségi (ún. befogadó) pedagógus és a gyógypedagógus között, illetve a szakemberek és a szülők között. Továbbá fontos, hogy a befogadó intézmények és a szolgáltatásokat nyújtó intézmények vezetői is együttműködjenek.

Az elmúlt évtized jelentős változást hozott az integráció terén, amelynek következtében a sajátos nevelési igényű tanulók többsége már integrált körülmények között tanul, így e jelentős változás és az integrációt támogató gyógypedagógiai szolgáltatások bővítésének hatásait követve újra előtérbe kerül a speciális és többségi intézmények közötti viszony sajátosságainak vizsgálata.

1 A tanulmány háttérét az „Európai Léptékkal a Tudásért” – ELTE TÁMOP 4.2.1./B-09/KMR-2010-0003. számú, az Európai Unió támogatásával és az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával folytatott pályázat keretében végzett „Az élethosszig tartó tanulás társadalmi folyamatai és bio-pszicho-szociális háttere” című 5. alprojektben folytatott kutatás adja.

Kutatásunk fő célja annak vizsgálata, hogy van-e verseny a sajátos nevelési igényű tanulók oktatásáért a többségi és speciális intézmények között, illetve milyen, a kooperáció és konkurencia jelenségkörébe tartozó folyamatok tárthatók fel.

A kutatásunk középpontjában álló kifejezések nyelvi jelentése kevésbé ad választ a fogalmak tartalmának tisztázási igényére. A konkurencia a latin *concurro* igéből származik, amely 'összefut', 'összetalálkozik', 'összeütődik', 'összeütközik', 'összecsap', 'egymásra ront', 'megrohamoz', 'megütközik' jelentésekkel egyaránt bír. A kooperáció kifejezés alapja pedig a latin *cooperor* együttműködik, közreműködik ige (GYÖRKÖSY 1994). Míg a kooperáció és a konkurencia kettőséből a kooperáció jelentése egyértelmű, a konkurencia jelentésárnyalatai a konfliktus dimenziójában jelentős intenzitásbeli különbségeket mutatnak. Mindez az együttműködés folyamatainak azonosítását ugyan lehetővé tenné a kutatásban, a konkurencia vonatkozásában viszont nem nyújt egyértelmű támpontot. A fogalom pár értelmezését ezért inkább a köztük lévő viszony összefüggéseiben kerestük.

Kooperáció és konkurencia?

Kooperáció vagy konkurencia?

A kooperáció és a konkurencia kérdésköre a biológia, a matematika, a közgazdaságtan, az üzleti tudományok vagy a politikatudomány területén egyaránt jelentős szerephez jut, de a pszichológia és a pedagógia egyes területeit is foglalkoztatja.

A biológia a kooperációt elsősorban az állati és növényi társulások szimbiózisaként jeleníti meg, a konkurenciát pedig a darwini természetes kiválasztódás elméletével állítja párhuzamba. A matematika a játékelméletben kérdez rá a kooperáció és a konkurencia eredményességére, a racionális döntések tudományos metaforájaként használva a játék kifejezését. A közgazdaságtan a konkurenciát versenyként értelmezi, amely tudományának alapfogalma, a gazdasági növekedés mozgatórugója, a piacgazdaság működési elve és hatékonyságának záloga (HÁMORI 2008).

A szociálpszichológia kooperáció- és konkurenciafogalma az utóbbi évtizedekben változáson ment keresztül. A kísérleti szociálpszichológia nagyjai ugyanis a II. világháborútól a '90-es évekig a versengés és az együttműködés jelenségeit egy dimenzió két végpontjaként kezelték. Ennek oka e tudományterület politikai és ideológiai befolyásoltsága volt, hiszen ekkor a világ a hidegháború társadalmi-politikai konfliktusának jó megoldásait kereste. Így a szociálpszichológiai kutatások társadalomjobbító szándékát is tükrözték a kísérletek eredményei, amennyiben ezek szerint a korszak világbékéjének megteremtését a kooperáció tudja garantálni. Mivel a verseny elméleteik szerint destruktív konfliktusokhoz vezethet, így az negatív etikai színezetet kapott. A kérdés tehát a pozitívan értékelt együttműködés és a károsnak ítélt versengés között egyértelmű választási helyzetet teremtett. Ebben az időszakban alakult ki a pedagógiában a kooperatív tanulás igénye és módszertana is. A '90-es évektől azonban maguk az elméletet kifejlesztő szociálpszichológusok is leegyszerűsítőnek tartották az együttműködés és versengés ezen dichotómiáját és foglalkozni kezdtek a kooperáció negatív és a verseny pozitív hatásaival is. Azokat immár a társas motívum összetevőiként jelenítették meg, amelyek együtt optimalizálják a viselkedés nyereségeit. Egyes szervezetekben e kettő ötvözése fejleszti legoptimálisabban a tudást, a konfliktushelyzetek bonyolultsága miatt ugyanis egyes helyzetekben a versengés, más aspektusokban viszont a kooperáció

jelenthet megoldást, ezáltal kiküszöbölve a kooperáció „elkényelmesítő” és a versengés destruktív konfliktusokhoz vezető esetleges negatív hatásait. (FÜLÖP 2008)

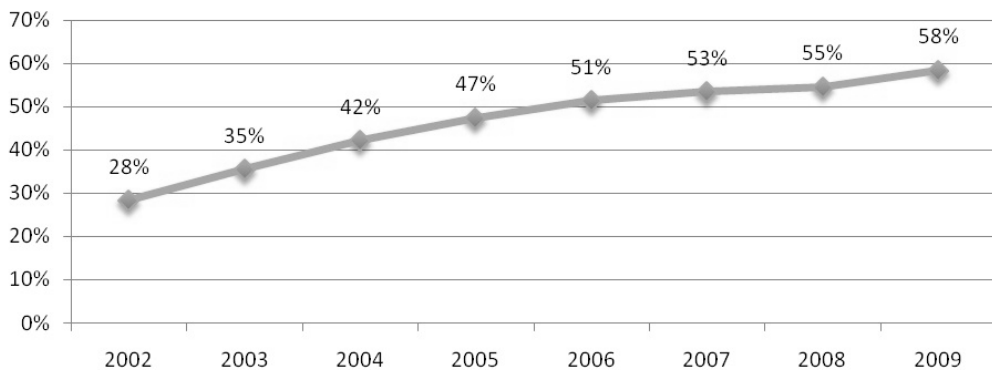
A XXI. század tudásalapú társadalmában a közgazdaságtan is az ellentét helyett a kooperáció és a verseny együttes, „hibrid” megoldásait ajánlja. Ennek oka egyrészt, hogy a tudás csak kooperáció eredménye lehet, hiszen feltételezi az információt kibocsátó és az azt befogadó együttműködését, másrészt pedig a tudástermelés önmagában drága vállalkozás, amely a legkíméletlenebb gazdasági versenytársakat is együttműködésre ösztönzi. A kooperáció és a verseny nem triviális fogalomkettősét hangsúlyozva egy új kifejezés is megszületett: az együttműködő versengés, vagyis a *kopetíció*. Az egyes szervezetek közötti egyidejű kooperáció és verseny több modellje is megjelent. Az *egyszerű kétszereplős kopetíció*t egyes projektek ösztönzik, amelyekben az adott időszakban együttműködő partnerek akár korábbi versenytársak közül is kikerülhetnek. A *komplex kétszereplős kopetíció* bizonyos területeken a kooperációt, más területeken a versenyt részesíti előnyben ugyanazon partner esetén. Az *egyszerű hálózati kopetíció* több megbízást ad egy feladatra, de megbízottjai között saját szervezetén belüli szereplők is jelen vannak, hogy ezáltal biztonságossá tegye az ellátás állandóságát és megóvja a partnereket az „elkényelmesedéstől”. Végül a *komplex hálózati kopetíció* az együttműködést és a versenyt a hálózatban résztvevő szereplők különböző szinteken és különböző intenzitással történő bekapcsolódásával végíti. (HÁMORI 2008)

Kutatásunk kérdésfelvetésének aktualitását tehát nem csupán a vizsgálat szűkebb szakterülete: a SNI gyermekek integrációja és az azt ellátó intézményrendszer, de a kooperáció és a verseny (konkurencia) viszonyának és értelmezésének szociálpszichológiai és közgazdaságtani változásai is alátámasztják. Ez a kérdés a '90-es évek előtt a társadalom és a tudomány sajátosságai miatt vagy nem lett volna felvethető, vagy az arra adott egyértelműen „modern” válasz a kooperáció kizárólagos hangsúlyozását igényelte volna. A mai magyar társadalomban egyre erősödő individualizmus (KOPP 2008) versenyt inspiráló hatásmechanizmusai közepette viszont a sajátos nevelési igényű gyermekeket ellátó intézmények közötti kapcsolat sajátosságai is új formákat és színeket mutathatnak. Ezeknek a feltárására vállalkozott kutatásunk.

A sajátos nevelési igényű tanulók nevelésének dominánssá váló színtere: a többségi intézmény

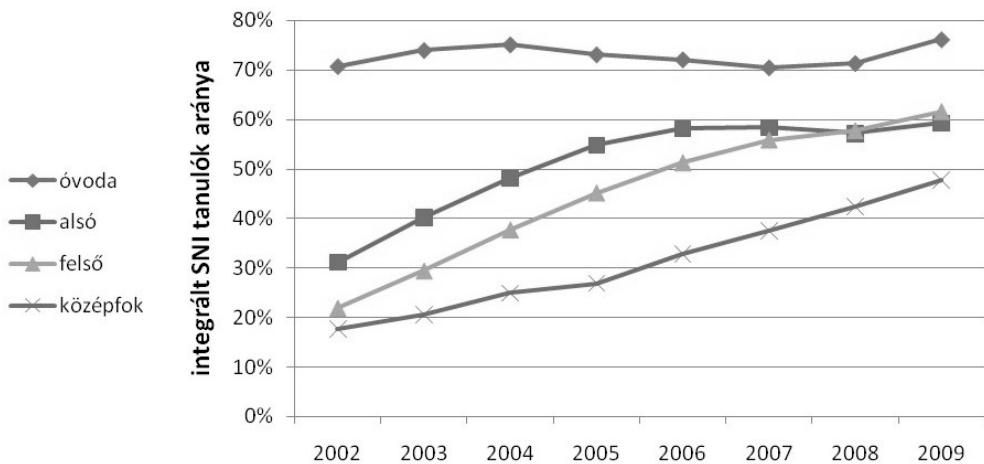
Az 1993-as évektől kezdődően a SNI gyermekek-tanulók integrált oktatás-nevelésének aránya fokozatosan nőtt. Egyidejűleg csökkent a születések száma, mely a közoktatásban csökkenő gyermeklétszámmal érezte hatását. E két tényező valószínűleg nem független egymástól, ugyanakkor hiba volna az integráció növekvő arányának háttérben álló többségi intézmények növekvő fogadókészségét pusztán a csökkenő gyermeklétszámnak tulajdonítani (BÁNFALVY 2008).

Az elmúlt évtized folyamán a hazai közoktatási intézményekben a sajátos nevelési igényű tanulók nevelése a speciális intézményekből többségében átkerült a többségi óvodák, iskolák körébe. Míg 2002-ben többségi közoktatási intézményeink mindössze a sajátos nevelési igényű tanulók 28%-át látták el, addig 2009-re már 58%-uk tanult integráltan.



1. ábra. A sajátos nevelési igényű gyermekek közül többségi közoktatási intézménybe integrált tanulók aránya évente (Forrás: KSH) $n_{2002}=18\ 165$ fő, $n_{2009}=45\ 103$ fő

Ez a változás az óvodai nevelést lényegileg nem, az iskoláztatást viszont annál inkább érintette. Az alsó tagozaton tanuló SNI gyermekek integrációs arányai 2006-ig nőttek, az utóbbi években viszont stagnálnak. A felső tagozat és a középfokú oktatás viszont folyamatosan egyre befogadóbbnak mutatkozik az SNI tanulók iránt. 2009-re a felső tagozat elérte, sőt két százalékponttal meghaladta az alsó tagozatra jellemző integrációs arányt (61%), és a középiskola is egyre inkább közelít efelé (48%).



2. ábra. Az integráltan tanuló óvodás, alsó, felső tagozatos és középfokú oktatási intézménybe járó sajátos nevelési igényű gyermekek és fiatalok aránya 2002–2009 között évente (Forrás: KSH)

A jelenség mögött az óvoda esetében két ok feltételezhető. Egyrészt az óvoda mindig nyitottabb volt a sajátos nevelés igényű gyermekek felé, hiszen ebben az életkorban a gyermekek között nagyfokú heterogenitás tapasztalható. Másrészt az a tény, hogy az óvodára kevésbé nehezedik egyfajta teljesítménykényszer, befogadóbbá tette ezen intézményeket.

Az általános és középiskolai változások háttérében pedig az 1993-as Köznevelési törvény hatása állhat. Ez a törvény kezdte ugyanis támogatni az integrációt, így ettől az időszaktól kezdve kapott lendületet az SNI tanulók együttnevelése. A '90-es években az integrációba bekerülő SNI tanulók a 2000 utáni időszakban folyamatosan átléptek a felső tagozatra, illetve középiskolába kerültek. Egyre több SNI tanuló jelent meg tehát ezen intézményi szintereken is, helyet kérve magának a többségi iskoláztatásban. Ugyanakkor a folyamatban oda-visszahatás érvényesül. Amennyiben a felső tagozat, illetve a középiskola sikeresen birkózott meg egy-egy SNI tanuló oktatásával, úgy fogadó-készebbé is vált újabb tanulók felvételére.

A többségi intézmények inkluzívá válásának nehézségei

Annak ellenére, hogy a hazai köznevelés jellemző hagyományai között az erőteljes szelekció, az egyoldalú teljesítményértékelés és az egyéni különbségeket nehezen kezelő frontális tanulásszervezés jelen van, nem elhanyagolható mértékű változás következett be az oktatás-nevelési intézmények gyakorlatában az elmúlt 15 évben. Köszönhető ez az intézményeket közvetlenül is érintő – egyben a mindenkori oktatási kormányzatok által támogatott – fejlesztéseknek,² illetve azoknak az innovációknak, melyek pl. a többségi pedagógusképzést érintették.³ Ugyanakkor elmondható, hogy az egyes intézményeket érintő fejlesztések bár jelentősen kinyitották az integráló intézmények kapuit, növelték a fogadókészséget és az integrált oktatás-nevelés eszközbeli és személyi feltételeit, kevésbé hatottak a pedagógiai módszertani kultúrára, s ezáltal nem tették lehetővé – néhány kivételtől eltekintve – a „mindenki számára hatékony iskola” széleskörű megvalósulását. Amint Kőpatakiné és Mayer rámutat: „Az elmúlt évtizedek módszertani és szervezetfejlesztési gyakorlata kevés eredményt tud felmutatni a szakmák közti módszer- és eszközcserét illetően, tapasztalati háttér sem áll rendelkezésre. A pedagógia nehezen vagy nem fogalmazza meg az együttműködés igényét a gyógypedagógiával és a pszichológiával, és ez így van fordítva is.

Miért van szükség a szakmai és szakmaközi kommunikáció fejlesztésére?

a) Mert a befogadó tantestületek és az átlagosnál toleránsabb iskolavezetés ellenére is nagy nehézségeket jelent a sajátos nevelési igényű tanuló integrálása nagy létszámú csoportokba.

b) A módszertani műhelyek magas színvonalú munkája nagyon kevés hatással volt a gyakorlatra, ugyanis a kommunikáció fejlesztésének hiánya, a tudáscserével, tudásmegosztással kapcsolatban meglévő ellenállás zárt műhelyajtókat eredményezett. Nem sikerült kapcsolatot létesíteni a gyógypedagógiai műhelyek és az iskolák között.

c) A pedagógusok kompetenciájának fejlesztése helyett specializált, szakmailag elkülönülő fejlődési irányt képvisel a társszakmák mindegyike. Az önfejlesztésre nem vagy alig fókuszáló pedagógia és gyógypedagógia évtizedek óta – a változások, elvárások folyamatos alakulása ellenére is – stabilitást remélve igyekezett a megszokott kereteket megtartani, kis innovációkkal kikerülni a nagy változások útjából.

d) A pedagógusok alapképzésében nem jelent meg alapvető és a képzés egészét átható alapelvként a pedagógusjelöltek számára az inkluzív nevelés-oktatás, csak „színfoltként” található meg.

2 FEFA, Soros Alapítvány, Tempus – integrációs programok pl. Gyermek Háza, kéttanáros modell stb.

3 UNESCO Mindenki számára hatékony iskola, EUMIE, Twinnings, SuliNova Pedagógusképzési programok a sajátos nevelési igényű gyermekek inkluzív oktatásának elősegítésére stb.

e) A témába vágó konferenciák tömegeket vonzanak, az innovatív intézmények pedagógiai rendszereinek belső fejlesztőmunkája mégis szinte teljesen elzártan folyt és folyik a közoktatás szakmai fórumaitól. A konferenciák és bemutatók ugyan mindig sikerrel zárulnak, de mivel nem a leghatékonyabb formái a tudáscserének, a gyakorlatban ritkán hasznosultak az évek óta hatékonyan működő programok. (KÓPATAKINÉ-MAYER 2009: 57–58)

A módszertani kultúra megváltozása, a differenciális tanulószervezés széleskörű elfogadása és megvalósítása – mely egyébként erőteljes összefüggésben áll az ún. forrásközpontok segítő tevékenységével –, valamint az integrációban érintett szakemberek együttműködése nélkül aligha képzelhető el széleskörű inklúzió, ugyanis az „nem arról szól, hogy néhány sajátos nevelési igényű tanulót hogyan lehet integrálni a többségi oktatásba, sokkal inkább *szemléletmód*, és arra keresi a választ, hogyan lehet átalakítani az oktatási rendszereket és más tanulási környezeteket, hogy azok *meg tudjanak felelni a tanulók sokféleségének*. A minőségi oktatás olyan oktatás, amely inkluzív, mivel célja minden tanuló teljes részvétele.” (UNESCO 2005)

Új szervezeti keretek az SNI tanulók ellátásában

Általános trend Európában (McPHERSON 2011; RÉTHYÉ 2002), hogy a korábban kizárólag sajátos nevelési igényű gyermekekkel foglalkozó intézmények funkciót váltanak. Az elnevezésük különböző (szakértői központ, módszertani központ, segítőközpont, forrásközpont). Sokrétű feladatkört látnak el, úgymint a pedagógusok képzése, tanfolyamok tartása, anyagok, módszerek kifejlesztése és terjesztése, közvetlen segítségnyújtás a többségi iskoláknak és a szülőknek, egyéni vagy kiscsoportos foglalkozás gyermekekkel, tanácsadás az iskolaváltásnál (JOHNSTONE 1999).

A SNI tanulókat ellátó intézmények a hazai közoktatásban is megváltoztak. A speciális intézmények szolgáltatásai részben átalakultak, és az integráció számára is szolgáltatásokat biztosító rendszer immár Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézményként (EGYMI) született újjá. A speciális gyógypedagógiai intézmények korábbi profiljukat megtartva, az adott fogyatékosági csoportba tartozó, de komplexebb, halmozott szükségleteket mutató gyermekek-tanulók speciális ellátását végzik, ugyanakkor emellett az integrációt segítő szakmai és szakszolgáltatásokat is biztosítanak.

Az integrált tanulók létszámának jelentős növekedése és az inkluzív nevelés osztálytermi szintű kooperációs igénye hatására megnőtt a szakmai együttműködések iránti kereslet. Az együttműködés több szinten: a pedagógusok, a tanulók, a gyógypedagógusok, a szülők többszereplős dialógusában formálódik egy-egy befogadó iskola színterén.

Az EGYMI-k számára alapvető kérdésként merül fel, hogyan képesek szembenézni a fenti változásokkal. Ugyanakkor az együttműködés mellett nemes versengés alakulhat ki a sajátos nevelési igényű tanulók ellátásáért, növelve az egyes szereplők aktivitását és munkájának minőségét. A konkurencia ugyanis, abban az értelemben, hogy mind a speciális intézmények, mind a többségi intézmények vállalkoznának egy adott SNI tanuló ellátására, az ellátási rendszert pozitív irányba mozdíthatja el, növelve az egyéni szükségleteknek megfelelő, testre szabottabb szolgáltatások biztosítását, az azokhoz való folyamatos és rugalmas alkalmazkodást.

A konkurencia – paradox módon – pozitív hatással lehet az eredményességet erőteljesen befolyásoló belső folyamatokra mint a pedagógiai fejlesztésben részt vevő partnerek

(tanuló, pedagógus, egyéb szakember, szülő, fenntartó) együttműködésének javítására, a különböző tanácsadói szolgáltatások egységes koncepciójú, szakmaközi alapokra épülő kooperációjának megvalósulására. A kooperáció ugyanakkor szintén lehet formális, amennyiben nem partnerségre épülő, esetleg csekély intenzitású.

A helyzet azért is különleges, mert ebben az együttműködést igénylő szituációban felértékelődik az EGYMI-k tudásátadó szerepe, mely a szakmai szolgáltatások biztosításának széles körében érhető tetten, ebben különbözik az eddigi egységes szakszolgáltatóktól. A speciális intézmény így tudástermelő műhellyé is vált. Jó gyakorlatainak, innovációs törekvései tapasztalatainak megosztásával segítheti az együttnevelést, a befogadó pedagógia tartalmi gazdagodását is. Az EGYMI segítséget adhat a többségi iskolának abban, hogy alkalmas legyen a sajátos nevelési igényű gyermekek befogadására, képes legyen az egyes gyermekek sajátos igényeinek kezelésére. Munkája során nemcsak a befogadó intézménnyel, hanem a fővárosi (megyei) kötelezettségként szakmai szolgáltatást ellátó intézménnyel is együttműködik. A szakmai szolgáltató számára kívánatos ez az együttműködés, mert az EGYMI kínálatában a módszertani segítség gyakorlati tevékenységek bemutatása alapján valósul meg. (KÓPATAKINÉ 2006)

Egyaránt kihívás és lehetőség tehát, hogy az integrált nevelés terjedésével a speciális kompetenciák erőteljesebben jelenjenek meg a többségi iskolákban is. A speciális intézményekben dolgozó gyógypedagógusok szaktudását az integrált nevelés elterjedésével a többségi intézményekben is igénylik. A meglévő gyógypedagógiai tudás (fejlesztő programok alkotása, terápiák alkalmazása, tanácsadás) segítik az integrált oktatásban részt vevő sajátos nevelési igényű gyermekeket, tanulókat. A (gyógy)pedagógiai többlétszolgáltatás fogalma beépült a magyar szakmai gyakorlat szókincsébe. A gyógypedagógiai diagnosztikus, terápiás, oktató, nevelő, rehabilitáló folyamat széles spektrumú, rendszereszerű és több intézményt érintő tevékenység. A szolgálat, szolgáltatás a társadalmi élet számos területén hat. Komplex segítséget jelent a rászorulóknak a családban, valamint az intézményes ellátás esetében (GAÁL 2000; ILLYÉS 2000; MESTERHÁZI 1996, 1998). A gyógypedagógiai iskolák funkcióváltása a XX-XXI. század fordulójára tehető, a széleskörű szolgáltató feladat felvállalása azonban új. A változtatás mozgatórugója alapvetően a gyermekek, tanulók megsegítéséről alkotott kép és gyakorlat átalakulása volt. Korábban a szakmai tudás centralizálása állt a középpontban. A sajátos nevelési igényű tanulók különnevelése a hozzájuk kapcsolódó tevékenységi kört is elkülönítetten koncentrált. Az együttnevelés elméletének és gyakorlatának megjelenésével együtt járt a tudás decentralizálása, a gyermek, tanuló támogatása ott, ahol él, tanul.

A gyógypedagógiai szolgáltató központok vagy ún. integrációs központok kiépítésének gondolata ugyanakkor nem új keletű. A gyógypedagógiai innováció szerves részeként jöttek létre külföldön ilyen központok, valamint a hazai gyakorlatban is találunk rájuk példát. Jellemzőjük, hogy kizárólag a gyógypedagógiai szakszolgálati, szakmai szolgáltatási feladatokat látták el, vagyis nem iskolákhoz kötötten működtek, működnek (CSÁNYI 1990; PAPP 1995, 2004; GEREKENÉ 1996; MESTERHÁZI 1998).

Magyarországon a forrásközpontok kialakulásának első kezdeményei a *Tanulási Klinika*-programban érhető tetten, ahol azoknak az 5-12 éves gyermekeknek, tanulóknak nyújtottak fejlesztési, oktatási, terápiás segítséget, akik a tanulási képesség különböző mértékű zavara miatt a tanulási területén tartósan alulteljesítettek. A program tevékenységköre kiterjedt a pedagógusoknak, gyógypedagógusoknak nyújtott szakmai szolgáltatásokra, valamint kutatást folytatott a tanulási képesség fejlődéséről, fejleszthetőségéről. Fő célja az volt, hogy olyan gyógypedagógiai szolgáltatásokat fejlesszen ki, amelyek a későbbiekben az eltérő tantervű általános iskolák keretein belül működ-

hetnek. A program meghatározó jelentőségű volt nemcsak az enyhén értelmi fogyatékos tanulókat oktató-nevelő iskolák, hanem valamennyi szegregált gyógypedagógiai intézmény számára, hiszen jövőképet adott és felvázolta egy majdani intézményi struktúra alapjait. A gyógypedagógiai szolgáltató központok a gyógypedagógiai intézmények és a gyógypedagógiai tudás fejlődésének jövőbeli irányát mutatták meg (MESTERHÁZI 1996, 1998; FARAGÓNÉ-TÓTH B. 2003).

Mind az elmélet, mind pedig a külföldi és hazai gyakorlat tapasztalatai követelték ki a törvényes keretek megteremtését az intézményi struktúra és hozzá kapcsolódó tartalom megváltoztatására. Az 1993-ban kiadott, többszörösen módosított LXXIX., Közköztartásról szóló törvény (Ktv) 2003. évi módosítása teremtette meg az egységes gyógypedagógiai módszertani intézmény (EGYMI) fogalmát.

A többségében eddig különnevelést-oktatást végző gyógypedagógiai intézmények egységes gyógypedagógiai módszertani intézménnyé alakulva szakszolgálataik és szakmai szolgáltatásaik révén nagy segítséget tudnak nyújtani az integráltan oktatott-nevelt gyermekek/tanulók számára, megőrizve egyúttal a külön oktatott-nevelt tanulók magas szintű szakmai ellátásának kompetenciáját is. Mindennek záloga az intézményekben korábban felhalmozott tudás és tapasztalatanyag, valamint a személyi feltételrendszer: a szakmailag kompetens gyógypedagógiai tanárok, terapeuták, szakpedagógusok, gyógypedagógiai asszisztensek (PAPP-FARAGÓNÉ 2007; PAPP 2008; KÖPATAKINÉ 2006).

A különböző tanácsadói szolgáltatások egységes koncepciójának kidolgozása, a sztenđerdek kialakítása, a referencia intézmények kritériumainak felsorolása, a különböző szinteken történő koordinálás, az azonnali reagálás az EGYMI feladata (KÖPATAKINÉ 2004: 13). A korábbi jogszabályi környezet, egyedülállóan a hazai palettán, egészséget teremtett jog, szakmaiság, ellátottak szükségletei, nemzetközi szintér hálójában, valamint egy intézmény alá sorolta a szak- és szakmai szolgáltatás körét. A jelenleg alakulóban lévő folyamatok éppen ezt az egészséget tervezik megbontani. Az EGYMI-k szolgáltatásai sokrétűek. Céljuk segítséget adni a többségi iskolának abban, hogy alkalmas legyen a sajátos nevelési igényű gyermekek befogadására, képes legyen az egyes gyermekek sajátos igényeinek kezelésére. Ennek érdekében segíti az intézményben a habilitációs, rehabilitációs szemlélet kialakulását, a sérülés-specifikus módszertani eljárások elterjesztését, az alkalmazkodást a sajátos nevelési igény típusához, eltérő mértékéhez, az egyéni fejlődési sajátosságokhoz. A többségi iskolák és a speciális iskolák együttműködése, a többségi pedagógus és a gyógypedagógus együttműködése új tanulási helyzet a szervezetek és a szakemberek számára.

A befogadó intézményben a támogató-segítő-fejlesztő együttműködés megkezdése előtt is zajlottak komplex, folyamatosan átalakuló munkafolyamatok, új megoldásokat kerestek a problémákra, ezért a befogadó intézmények – csakúgy, mint az EGYMI-k – állandó változásban, fejlődésben voltak. Az egységes gyógypedagógiai intézményeknek nemcsak azért nehéz megfelelniük a szakmai kihívásoknak, mert egyszerre sokféle elvárást támasztanak irányukba, hanem azért is, mert ezt olyan körülmények között és olyan erős partneri együttműködéssel kell megtenniük, ami a közoktatási intézmények számára szokatlan. Miközben zajlik az alig egy évtizedes építkezés, folyamatos kritika is éri a módszertani intézményeket. Az intézmények közötti kommunikáció fejlesztésének hiányai, az ösztönző erő gyengesége, a forrásteremtő stratégiák problémái, a szervezetfejlesztés, az önmenedzselés gyengeségei jelentik a kritikai alapot (KÖPATAKINÉ 2009: 39).

Miért nehéz az EGYMI dolga?

Ha az EGYMI-k új szerepkörét úgy tekintjük mint a befogadó és speciális intézmények közötti kooperáció – konkurencia-folyamatok kiegyensúlyozójáét –, akkor látható, hogy ezzel a meglehetősen újfajta szereppel való azonosulás másfajta stratégiai megközelítést igényel. Ennek a stratégiának alapvetése, hogy a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátása az EGYMI-k feladata, mindegy, hogy ennek szervezeti keretét a speciális intézmények, vagy az integráló intézmények adják. Mindegy, hogy „kint vagy bent”, ahogy Lányiné Engelmayer Ágnes egy, a projekt előzetes eredményeit bemutató konferencián hozzászólásában felvetette, már az is kérdés, hogy egyáltalán mi a kint és mi a bent. Azonosulva ezzel a gondolattal, az első lépés a konkurencia-folyamatok pozitív irányba terelésének irányába az, hogy az EGYMI a SNI gyermeknek nyújtott szolgáltatásokat – a „legkevésbé korlátozó környezet” fogalmával összhangban (USA, oktatási törvény, 1975.) – ott biztosítja, ahol az a gyermek számára a legoptimálisabb. E gondolat elfogadása korántsem könnyű, számos szervezeti, tradicionális és személyi korlát lebontását igénylő folyamat. Ugyanakkor vannak és voltak is olyan speciális intézmények, melyek idejekorán megvalósították önfejlesztésüket e téren.

Az EGYMI-k jelenlegi állapotának és különböző fejlettségi színvonalának megértéséhez fontos annak figyelembevétele, hogy az EGYMI-vé alakulás láthatóan az előre menekülés stratégiája volt, amelynek a fogadtatása az intézményeken belül meglehetősen vegyes véleményeket váltott ki. Jól kitapintható azoknak a köre, akik elképzelhetetlennek tartották az integrációt, a többségi iskolákat alkalmatlannak ítélték a sajátos nevelési igényű tanulók fogadására, s ezért határozottan kiálltak a nagy hagyományokkal rendelkező, a többségi intézményekkel párhuzamosan fenntartott és működtetett speciális iskolák mellett. Az előremenekülés stratégiájának része az is, hogy – ha már elkerülhetetlen az integrációban való részvétel, akkor az újonnan kialakult helyzetben – legyen megkerülhetetlen annak a szakmaiságnak a szerepe, amellyel a gyógypedagógiai intézmények (és az ott dolgozó pedagógusok) rendelkeznek. A kérdés az, hogy az inklúziós gyakorlat támogatásában hatékonyan tudnak-e részt vállalni a korábban csak a különnevelésben dolgozó gyógypedagógus-szakemberek. Hogyan segíthetők abban, hogy az újonnan vállalt feladatokhoz szükséges kompetenciákat megszerezzék?

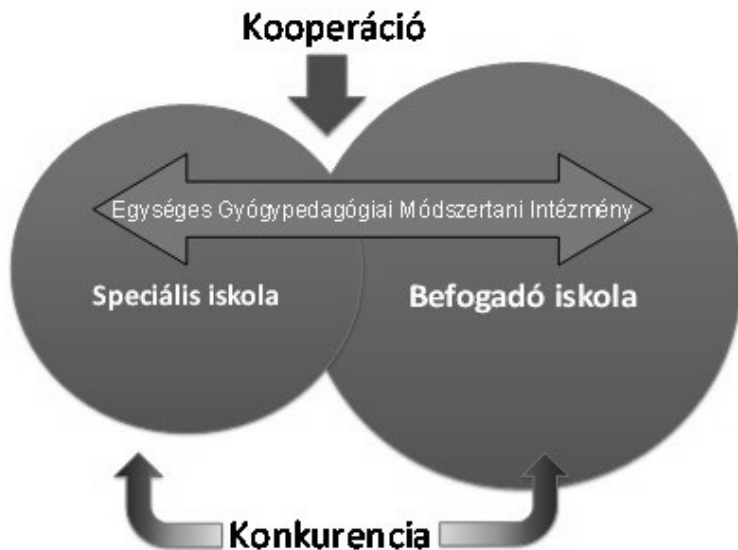
Problémát okozhat, hogy az EGYMI gyógypedagógusai a folyamatokat a maguk nézőpontjából tervezik meg, abból indulnak ki, hogy ők maguk mit és hogyan csináltak az eddigi gyakorlatukban, illetve hogyan gondolják a speciális intézmény nézőpontjából a támogatást, segítséget.

Önmagában nem mutatja az inklúzióval kapcsolatos elkötelezettséget, hogy az EGYMI-k hány éves tapasztalattal rendelkeznek az együttnevelés támogatásában. Tény viszont, hogy szinte mindegyik EGYMI átalakult, bár ez *inkább a külső kényszereknek* (Nemzeti Fejlesztési Terv programjainak elindulása, a közoktatási törvény változásai, a nemzetközi tendenciák hatása, oktatáspolitikai szándék, szülői akarat), továbbá a sajátos nevelési igényű (fogyatékos) tanulók iskolai *integrációjának* folyamatos, nagy léptékű emelkedésének is köszönhető.

Ugyanakkor a törvényben megfogalmazott lehetőségek előtt jóval korábban (már a 70-es évektől) a testi-érzékszervi fogyatékosok speciális intézményeiben kialakultak a szak- és szakmai szolgáltatás kísérleti műhelyei, amelyek egyrészt gyakorlati tapasztalatra tettek szert a szolgáltatói rendszer kiépülésében, másrészt erős együttműködésben fedezték fel a szakmaközi kommunikáció lehetőségeit, alakíthatták ki annak gyakorlatát. (KÖPATAKINÉ 2004, 2006, 2008, 2009; FARAGÓNÉ–PAPP 2011)

Kutatási koncepció

A fentieknek megfelelően *kutatásunk célja* tehát, hogy feltárjuk a sajátos nevelés igényű gyermekek-tanulók oktatás-nevelése háttérében álló intézményi működéseket, az intézmények közötti választási motivációkat, és ezek eredményeiből kiindulva ajánlásokat készítsünk a sikeres integráció megvalósítása érdekében.



3. ábra. A kooperáció és konkurencia együttes megjelenése az SNI tanulókat ellátó intézmények között

A kutatás céljának megfelelően azokat a *kérdéseket* vizsgáljuk elsősorban, hogy: Folyik-e piaci verseny a sajátos nevelési igényű tanulók oktatásáért a többségi és speciális intézmények között? Mely tényezők befolyásolják az intézmények kínálatának fejlesztését a különböző szintereken? Milyen szolgáltatások és befogadási folyamatok megteremtésére nyújt lehetőséget az együttnevelés? Van-e együttműködés az intézmények eltérő feladatot ellátó egyes intézményegységei között? Melyek az intézmények közötti szülői döntés mozzasztórugói?

Kutatási módszerünk a *szakértői interjú*, a kvalitatív kutatási módszerek egyik klasszikus formájának, az interjúnak (SZABOLCS 2001; SEIDMAN 2002; KVALE 2005; MASON 2005; SÁNTHA 2009) egy speciális változata (BOGNER–MENZ 2005). Olyan kérdések vizsgálatára alkalmas elsősorban, amelyek elméletileg kevésbé strukturálhatóak, mert a valóság valamilyen új jelenségét tárják fel, miként kutatásunk is az EGYMI-k és az integrációban egyre nagyobb szerepet vállaló többségi közoktatási intézmények új viszonyrendszerében megjelenő kooperációs és konkurencia folyamatait keresi. A szakértői interjú módszere azért alkalmas új jelenségek feltárására, mert széles körű adatgenerálási lehetőséget nyújt, vagyis viszonylag sok adatot gyűjt, amelyek az interjúk félig strukturált jellegének megfelelően alapvetően nyitottak a válaszadók legkülönbözőbb felvetéseire. A módszer nehezen megközelíthető, „érzékeny” témákat, esetleg tabutémákat feszegető szociális mező feltárását is lehetővé teszi. Esetünkben a konkurencia, konfliktusok,

együtműködés határai és sikerei ilyen „érzékeny” témaköröknek bizonyulnak, hiszen egyéni és szakmai érdekviszonyok sokszintű hálójában forognak nemcsak az interjúalanyok, de az interjúkészítő kutatók is.

Az interjúkészítők tehát egy szakértői interjúban a kutatók maguk, akik a témakör szakértőiként jelennek meg a kutatási helyszíneken. Szakértők, mert jelentős belső tudással rendelkeznek a vizsgált helyzetről, nemcsak annak kutatásáról, de gyakorlati aspektusairól is. Tapasztalataik segítik a félig strukturált beszélgetés irányítását és a váratlanul felmerülő, de a kutatási kérdések szempontjából releváns új beszélgetési irányok felvételét.

Az interjú résztvevőinek *mintáját* különböző speciális és többségi iskolákból választottuk ki. Olyan intézményeket kerestünk, amelyek látássérült, hallássérült, mozgáskorlátozott vagy tanulásban akadályozott tanulók speciális oktatását látják el, illetve integrációban ilyen gyermekeket fogadtak. Az interjúkat az intézmények igazgatóival, néhány ott dolgozó pedagógussal, gyógypedagógussal és az ott tanuló egyes gyermekek szüleiével készítettünk.

A kutatás folyamán egyértelműen azonosíthatók voltak a szülői, a pedagógusi és az igazgatói szerepek képviselői, az EGYMI kétirányú szolgáltatói feladatköre okán a gyógypedagógusok viszont egyszerre több szerepben is megjelentek. Ugyanaz a személy a speciális iskola pedagógusaként (gyógypedagógusaként) esetenként a többségi iskolákat is ellátta utazó gyógypedagógusi feladatkörben munkaideje egy részében.

Speciális iskola	Többségi iskola
igazgató	igazgató
szülők	szülők
	gyógypedagógusok
gyógypedagógusok	pedagógusok

4. ábra. A kutatás mintájának összetétele az egyes intézményekben

Mintaválasztásunk megmutatja, hogy a kutatás nem tűzte ki célul a reprezentativitást. Ilyen új kérdésfelvetés első vizsgálatakor ez nem is ajánlott, hiszen a kutatás éppen arra irányul, hogy azonosítani tudja az egyes feltárandó jelenségek mintázatait, értelmezéseit és azok jelentéseit, amelyek a kutatás továbbfejlesztéseként a jövőben vezethetnek reprezentatív vizsgálatokhoz.

A kutatás 2010. szeptemberében kezdődött a „TÁMOP-4.2.1.B-09/1/KMR projekt – Az iskolai és társadalmi inklúzió feltételrendszere” alprojektjeként. A próbainterjúkat 2010 őszén készítettük, segítségükkel véglegesítve az interjúkérdéseket. Az interjúk felvételére 2011 folyamán került sor, jelenleg az eredmények feldolgozása zajlik. A feldolgozott interjúk várhatóan egy kötetben kerülnek összefoglalásra, amely 2012 második felében készül el. A továbbiakban a kutatás olyan eredményeire szeretnénk felhívni a szakmai közönség figyelmét, amelyek illusztrálják vizsgálatunk egyes aspektusait és az intézmények közötti kooperáció és konkurencia folyamatainak egyes mintázatait.

Előzetes eredmények

Az eredmények feldolgozásakor a tematikus aspektusok és nem a fogyatékosági csoportok szerinti elemzést választottuk. Tettük ezt egyrészt a kutatás intézményi aspektusainak hangsúlyozása miatt, másrészt a kislétszámú kutatási csoportok résztvevőinek anonimitását garantálva. Az eredményeket így az intézményvezetői, a szülői, a gyógypedagógusi és a pedagógusi szerepkör felől rendszerezzük.

Az innovatív, „nyerő” intézmények stratégiája

Annak ellenére, hogy kutatásunkban intézményvezetőkkel, pedagógusokkal, gyógypedagógusokkal és szülőkkel készítettünk interjút, erőteljesen igyekeztünk fókuszálni *az intézmények rendszerszintű működésére*, mivel az együttnevelés több intézmény, több, különböző kompetenciájú szakember együttműködése mentén zajlik. Mind a szolgáltatások köre, mind pedig azok fogadtatása függ, véleményünk szerint, az intézmény rendszerszintű működésétől. Ennek az elvnek a megvalósulását az egyes intézmények vezetőinek rendszerszintű gondolkodásában, intézkedéseiben érhetjük tetten.

Az elmúlt évtizedben az EGYMI-vé válás útján nagy különbségeket lehetett tapasztalni az egyes intézmények között, voltak előresiető, és kissé lemaradó intézmények. Kutatásunk alapján megállapítható, hogy az ún. sikeres intézmények a megváltozott körülményekre reagáló stratégiát tudtak kialakítani. Olyan *új szolgáltatásokat* fejlesztettek ki, melyekkel az integráltan tanuló SNI gyermekeket látják el (pl. utazótanári szolgáltatást, továbbképzést a többségi pedagógusoknak stb.), de bővítették a hagyományos speciális iskolai profiljukat is (pl. új fogyatékosági típusok ellátása, fejlesztő iskola stb.) Ezeket az intézményeket jelentős mértékű *innováció* is jellemzi, pl. a tananyag-adaptáció, az eszközkölcsonzés, a jó gyakorlatok átadása terén. A többségi és a speciális intézmények között sokrétű és *intenzív együttműködések* alakultak ki: pl. team-tanítás, közös tervezés és értékelés a befogadó pedagógusok és a gyógypedagógusok között, közös programok a SNI és az ép tanulók között, illetve a szülők bevonására irányuló kezdeményezések. Éppen az együttműködésekhez kapcsolódik a negyedik jellemző, ez pedig az *intézmények közötti átjárhatóság*, vagyis az, hogy a SNI gyermek abban az intézményben kapja meg az oktatás – nevelést, ami számára a legoptimálisabb. Mivel az EGYMI-k részben megtartották korábbi speciális intézményi profiljukat, ugyanakkor ellátják a partner-intézményekbe integrált SNI tanulókat is, így a SNI tanulók rugalmas ellátási formáinak kialakítására van lehetőség: részleges integrációra, év közbeni intézményváltásra, a szolgáltatások intenzitásának növelésére stb., ami összhangban áll a legkevésbé korlátozó környezet koncepciójával.

„Persze, hogy kooperálunk, de azért az egészséges, önbirdető attitűd meg van bennünk. Mi elmondjuk, hogy azt sem szégyelljük, hogy mi jók vagyunk a szakmában, de ettől függetlenül, ha a szülő úgy dönt és kint van a gyerek ... akkor igyekszünk az összes befelé meglévő szolgáltatásunkat kifelé is elérhetővé tenni.” (speciális iskola vezetője)

Gyógypedagógusok aspektusa

Az interjúk során a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátását biztosító gyógypedagógusok gyakorlati munkájába kaptunk betekintést, legyen az akár speciális intézmény,

akár többségi intézmény (óvoda, általános iskola, középiskola). Megismerhettük azokat az ellátási modelleket, amelyek a sajátos nevelési igényű gyermekek szükségleteinek hatékony kielégítését célozzák. Külön kitértünk azokra a módszerekre, oktatásszervezési megoldásokra, amelyek jó gyakorlatként emelkedtek ki (pl. több gyógypedagógus dolgozik egyszerre mindkét profilban, az integrációban és a speciális intézményegységben). Megjelennek azok a szakmai képzési lehetőségek, amelyek a gyógypedagógusok számára azáltal váltak lehetővé, hogy intézményük átalakulási folyamaton ment keresztül, speciális intézmény esetében EGYMI-vé alakultak, többségi intézmény esetén pedig integrálóvá váltak (pl. a kooperatív együttműködés lehetőségei, továbbképzés kifejezetten az utazó gyógypedagógusok számára, sok belső képzése).

Vizsgálatunk során kitértünk a gyógypedagógusok perspektíváinak, munkájukkal kapcsolatos vélekedéseiknek vizsgálatára ebben a komplex ellátórendszerben. Megállapítható, hogy az integráció megítélése a gyógypedagógusok körében vegyes, még az utazó gyógypedagógusként dolgozó kollégák véleménye sem egyértelműen pozitív az együttnevelés jelenlegi helyzetéről és feltételeiről.

„Szerintem sokszor jó, de még többször rossz. Általában így gondolom, mi úgy próbáljuk csinálni, itt az iskolában, hogy mindenkinek jó legyen. A gyerek van az első helyen, sokszor dolgozunk együtt a legjobb megoldás érdekében. Legtöbbször team-munkában gondolkodunk, de ezek mi vagyunk.” (gyógypedagógus)

Felhasználók (szülők, családok) aspektusa

Vizsgáltuk a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátását a szülők (családok) szempontjából. Arra a kérdésre kerestük a választ, hogy az intézményrendszer hogyan tud segíteni a gyermek ellátásában (például: a diagnózis megállapításakor, az intézmény kiválasztásakor, a fejlődési alternatívák kijelölésében, a terápiás kínálat stb.). Kíváncsiak voltunk azokra a támogatási lehetőségekre, amelyeket az intézmények tudnak biztosítani a gyermekek és családjaik számára a lehetséges tanulási út megtervezésében, a jövőkép kialakításában. Külön kitértünk arra, hogy milyen a családok viszonyulása ezekhez a szolgáltatásokhoz, érznek-e, s ha igen mely pontokon bizonytalanságokat.

Fontos szempontnak tartjuk a szülők választási motivációit a gyermekük számára nyújtandó szolgáltatások terén, illetve a gyermekek/családok fontos életeseményeit. Emellett a válaszok tipizálására tettünk kísérletet RUNSWICK-COLE kutatásának elemzési szempontjai alapján (2008). Előzetes eredményeink alapján elmondható, hogy a szülők általában elégedettek az intézménnyel, ahova jár a gyermekük, legyen az akár integráló közeg vagy speciális intézmény. Ez utóbbi esetben megfigyelhetők fogyatékoságspecifikus szempontok is. Például az enyhén értelmi fogyatékos gyermekek legtöbbször a speciális intézményt megelőzően járt többségi általános iskolába, ahol kudarcok sorát szenvedte el a szükséges támogatás hiánya miatt, éppen ezért a szülők megnyugvással vették tudomásul az intézményváltást.

„... az Általános Iskolában nem fejlődött a gyerek. Kikértem a gyógypedagógiai felmérést, és azt javasolták, hogy inkább ide járjon. Láttam, hogy ott a gyerek egyre jobban épül le, depressziós lett, úgyhogy azt gondoltam vagy ide hozom, vagy sehova.” (enyhén értelmi fogyatékos gyermek édesanyja)

Pedagógusok aspektusa

A többségi intézmények tanítóinak, tanárainak aspektusából is jól kirajzolódnak a kooperáció és a konkurencia jelenségkörébe sorolható intézményi folyamatok jellemzői. A pedagógusok személyi szintjén egyéni megújulási, fejlődési lehetőségekről és azok szakmai sikerként elkönyvelt megéléséről szólnak a beszámolók, felvetve a szakmai feltételek és a társadalmi környezet segítő és akadályozó külső tényezőit is.

A személyes megújulási folyamatban a támogató szolgáltatás hozzáférhetősége esetenként korlátozott, de az ideiglenes vagy tartós együttműködésre készített felek egyre tájékozottabbá, nyitottabbá válnak egymás iránt.

Az intézmények belső működésében körvonalazódik egy új működési forma, amelynek megfelelően már nem csupán egy-egy tanuló integrációs folyamatáról beszélhetünk, az intézmények elindultak az inkluzív iskolává válás útján. Ennek révén a pedagógusok több sajátos nevelési igényű tanulót is fogadnak és egyre heterogénebb csoportösszetétellel dolgoznak osztályaikban. Megjelenik az iskolákban azon pedagógusok csoportja, akik tapasztalatokkal rendelkeznek az együttnevelés megvalósítása terén, új által elismerés nyerne kollégáik és vezetőik körében és felkészülten fogadják az újonnan érkező integrálandó tanulókat. A módszertani felkészülés szempontjából ők elsősorban a kooperatív oktatás és a kompetenciaalapú oktatás jelentőségét emelik ki, amely mellett az egyes sajátos nevelési igényű tanulók gondolkodásához, kommunikációjához történő alkalmazkodás megtanulása játszik kulcsszerepet.

„Megtanultam másképp látni a dolgokat földrajz és biológia szakosként. Nagyon jó ötleteim voltak, erre jó volt, hiszen már kezdett rutinszerűvé válni a tanítás, a pedagógiai munka még akkor is, ha mindig új dolgok vannak, még akkor is, ha kompetenciaalapú oktatás van, vagy csoportmunkában tanítunk. Jó volt egy kicsit más szemmel, más fejjel gondolkodni.” (tanár)

A pedagógusok tapasztalatainak heterogenitása megmutatja, hogy az integráció fejlesztése hosszabb személyes, szakmai és szervezeti változás eredménye. Ezen belső átalakulás azonban hatással lehet az iskolarendszer egészét érintő váltásra, az integrációtól az inklúzió felé mutató fejlődésre is.

Összefoglalás

Kutatásunk előzetes eredményeit bemutatva alapkérdésünkben – folyik-e verseny a speciális és a többségi intézmények között a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátásáért – azt a választ kaptuk, hogy nyílt és éles piaci verseny nem tapasztalható. Ugyanakkor az interjúk során látenszen megjelentek a konkurenciára utaló jelzések. Elmondható, hogy az együttneveléssel élénken foglalkozik mind a többségi iskolák, mind a speciális intézmények világa. A tanulók és a szülők azonban olyan természetességgel közlekednek e két világ között, amelynek része lehet abban, hogy e két intézményi csoport világa jelentősen közelítsen egymáshoz. A konkurencia értelmezési lehetőségei közül tehát természetes módon jelen van a helyzetben a találkozás, esetleg a felek saját kompetenciáinak büszke vállalása, megjelennek kommunikációs nehézségek, de mindkét fél érdekelt abban, hogy ezek ne váljanak feloldhatatlan konfliktussá. A sajátos nevelési igényű tanulók oktatásának közös célja megalapozza az együttműködést, amely így az együttnevelés minden szereplőjének érdekében áll.

Az intézményi folyamatok és azok szereplőinek vizsgálata során arra az eredményre jutottunk, hogy a „nyerő” intézményeket az új szolgáltatások kialakítása, innováció, intenzív együttműködések és az intézmények közötti átjárhatóság jellemzi. Az intézmények munkatársainak céljaiban és jövőképében megjelenik az együttnevelés iránti nyitottság, amely arra sarkallja őket, hogy külső vagy belső továbbképzéseken egészítsék ki tudásukat az integráció fejlesztése érdekében. Ugyanakkor az integráció erősödésével saját szerepüket, a gyógypedagógiai kompetenciát még erősebbnek, még szükségesebbnek érzik. Bár az integrációról alkotott nézetek vegyesnek mondhatók mind a gyógypedagógusok mind a pedagógusok között, jövőképükben hosszú távon szerepel az integráció, akkor is, ha valószínűsíthető, hogy az adott pedagógus szakmai pályafutása során egy, netán csak néhány SNI tanuló együttnevelésében közreműködik. Mivel azonban azok az iskolák, amelyek nyitottak már az integráció felé, egyre heterogénebb tanulócsoportok oktatására vállalkoznak, így mégis hosszú távon számolnak az integráció jelenlétével. Az együttnevelés szereplői több szinten (igazgató, tanítók, tanárok, gyógypedagógusok, szülők) állnak kapcsolatban egymással jellemző az együttműködés.

A szülők iskolaválasztási motívumai között természetesen saját gyermekük fejlődése és befogadása áll első helyen, amely mellett a szülők igényei és lehetőségei is gazdagítják az intézményválasztási döntés szempontrendszerét. A szülők nemcsak iskolakezdekor, de gyermekük iskolai pályafutásának teljes idejében élnek az iskolaváltások lehetőségével.

Kutatásunk egyik legfontosabb felismerésének tartjuk, hogy a speciális iskolához képest „kint” és „bent” tanulás a sikeres intézményi fejlődés, EGYMI-vé alakulás révén egyre inkább értelmezhetetlenné vált. A gyakorlati példák arra utalnak, hogy gyakran ugyanaz az eredmény, sőt esetenként ugyanaz a gyógypedagógus látja el a SNI tanulót a speciális illetve a többségi iskolában is.

A választási lehetőség, amelyet tanulmányunk címével is kihangsúlyoztunk, vagyis hogy két út van..., gyakran valódi választást jelent, annak ellenére, hogy a speciális és egyéb feltételek hiánya ennek időnként gátat szab. Kutatásunk során olyan további problémára bukkantunk, mely az egyes tanulók egyedi és egyéni intézményválasztási útjait jellemzi. A speciális és integráló intézmények viszonylag egyenes, kijelölt útjai között, az egyes életutakban tapasztalható útvesszők érdemelnének további figyelmet, vagyis a gyermekek váltásai a speciális és többségi intézmények között, esetenként akár több alkalommal. Az EGYMI kétirányú szolgáltatási rendszere segítheti és teheti biztonságosabbá, tervezhetőbbé ezt a folyamatot, biztosítva az életkor előrehaladtával az akár változó tanulói szükségletekhez történő alkalmazkodást.

Irodalom

- BALÁZS É. – KÓPATAKINÉ MÉSZÁROS M. (szerk., 2008): *Új horizontok az együttnevelésben*. Oktáskutató és Fejlesztő Intézet.
- BÁNFALVY Cs. (szerk., 2008): *Az integrációs cunami*. ELTE BGGYFK, Budapest.
- BOGNER, A. – MENZ, W. (2005): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: BOGNER, A.–LITTIG, B.–MENZ, W. (Hrsg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. 2. kiadás, 33–70.
- BOWERS, T. (1996): A személyi fejlődés és a változás a speciális iskolákban. In. CSÁNYI Y. (szerk.): *KÖZÖSEN. Szemelvénygyűjtemény az integratív neveléstől és oktatásról*. BGGYTF, Budapest, 141–148.

- CSÁNYI Y.–PERLUSZ A. (2001): Integrált nevelés – inkluzív iskola. In: BÁTHORY Z.–FALUS I. (szerk.): *Tanulmányok a neveléstudomány köréből*. Osiris Kiadó, Budapest, 314–332.
- CSÁNYI Y.–ZSOLDOS M. (1994) Világkonferencia a speciális szükségletűek neveléséről. *Új Pedagógiai Szemle*, 12. 41–50.
- CSÁNYI Y. (1990) Fogyatékosok integrációja- nemzetközi és hazai áttekintés. *Gyógypedagógiai Szemle*, 4. 271–279.
- CSÁNYI Y. (szerk.) (1996) *Közösen*, Szemelvénygyűjtemény az integratív nevelésről és oktatásról, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- CSÉPE V. (2008): A különleges oktatást, nevelést és rehabilitációs célú fejlesztést igénylő gyermekek ellátásának gyakorlata és a szükséges teendők. In: FAZEKAS K.–KÖLLŐ J.–VARGA J. (szerk.): *Zöld könyv a közoktatás megújításáért*. ECOSTAT, Budapest. 139–166.
- FARAGÓNÉ BIRCSÁK M.–PAPP G. (2011): Az egységes gyógypedagógiai módszertani intézmény (EGYMI) feladatai, tevékenysége a tanulásban akadályozott gyermekek, tanulók szolgálatában. In: PAPP G. (szerk.): *A diagnózistól a foglalkozási rehabilitációig. Új utak és eredmények a tanulásban akadályozott személyek gyógypedagógiájában*. ELTE Eötvös Kiadó, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, 103–112.
- FARAGÓNÉ BIRCSÁK M.–TÓTH B. (2003): A „Tanulási klinika-modell” kísérleti működésének magyarországi tapasztalatai. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2. sz. 116–134.
- FONYÓDI I. (2001): Az oktatásirányítás szerepe az együttnevelés sikeréért. *Fejlesztő pedagógia*, 12. 3. 7–8.
- FÜLÖP M. (2008) Paradigmaváltás a versengéskutatásban. *Pszichológia*, 28. 2. 113–140.
- GAÁL É. (2000): A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában. In: ILLYÉS S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 429–459.
- GÖNCZÖL E. - VASS V. (2004): Az oktatási programok fejlesztése. In: *Új pedagógiai Szemle*, 11. 10–19.
- GYÖRKÖSY A. (1994): *Latin-magyar kézisztár*. 11. kiadás, Akadémiai Kiadó, Budapest.
- HALÁSZ G. (2004): A sajátos nevelési igényű gyermekek oktatása: európai politikák és hazai kihívások. *Új Pedagógiai Szemle*, 2. 28–37.
- HÁMORI B. (2008): A versenyfogalom dinamikája. In: *Pszichológia* 28. 2. 141–164.
- HORVÁTH A. (1994): *Kooperatív technikák. Hatékonyság a nevelésben*. Budapest, OKI-IFA.
- ILLYÉS S. (2000): A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai. In: ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE GYFK, Budapest, 15–38.
- JOHNSTONE, D. (1999): A forrásközpontok szerepe az inkluzív oktatás megalapozásában. In: ZÁSZKALICZKY P.–LECHTA, V.–MATUSKA, O. (szerk.): *A gyógypedagógia új útjai – Rendszerfejlesztés, tanácsadás, integráció*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 315–324.
- KAGAN, S. (2004): *Kooperatív tanulás*. Ökonet, Budapest.
- KOPP M. szerk. (2008): *Magyar lelkiállapot 2008: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- KÓPATAKINÉ MÉSZÁROS M.–MAYER J.–SINGER P. (szerk., 2007): *Akadálypályán. Sajátos nevelési igényű tanulók a középfokú iskolákban*. suliNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht., Budapest.
- KÓPATAKINÉ MÉSZÁROS M.–MAYER J. (2009): Egy paradigmaváltás margójára. In: KÓPATAKINÉ MÉSZÁROS M. (szerk.): *Együttnevelés határon innen és túl. Kutatási eredmények a sajátos nevelési igényű tanulók inklúzióját támogató hazai szakmai szervezetekről, kitekintéssel az aktuális nemzetközi projektekre*. OFI, Budapest, 33–82.
- KÓPATAKINÉ MÉSZÁROS M. (2004): *Új szakmai igények, új működési forma: az egységes gyógypedagógiai módszertani intézmények*. OKI, Budapest.
- KÓPATAKINÉ MÉSZÁROS M. (szerk., 2003): *Befogadó iskolák, elfogadó közösségek*. OKI, Budapest.
- KÓPATAKINÉ MÉSZÁROS M. (szerk., 2006): *A szervezetfejlesztés jó gyakorlatai: az átalakuló speciális intézmények*. OKI, Budapest.

- KÓPATAKINÉ MÉSZÁROS M. (szerk., 2009): *Együttnevelés batáron innen és túl. Kutatási eredmények a sajátos nevelési igényű tanulók inklúzióját támogató hazai szakmai szervezetekről, kitekintéssel az aktuális nemzetközi projektekre.* OFI, Budapest.
- KVALE, S. (2005): *Az interjú. Bevezetés a kvalitatív kutatás interjútechnikáiba.* Jászöveg műhely, Budapest.
- MASON, J. (2005): *Kvalitatív kutatás.* Jászöveg Műhely, Budapest.
- MAYER J.–KÓPATAKINÉ MÉSZÁROS M. (2011): *A szavak és a tettek. Sajátos nevelési igényű tanulók a közoktatásban a 21. század első évtizedében Magyarországon.* OFI, Budapest
- MCPHERSON, E. (2011): Moving From Separate, to Equal, to Equitable Schooling: Revisiting School Desegregation Policies. *Urban Education.* 46(3), 465–483.
- MESTERHÁZI Zs. (1994): A „Tanulási Klinika” program, a tanulási problémák megelőzéséért, enyhítéséért, – gyermekeknek és pedagógusoknak. *Gyógypedagógiai Szemle,* 2. 120–123.
- MESTERHÁZI Zs. (1996) A tanulást segítő szolgáltatások kialakulása. *Gyógypedagógiai Szemle.* 1. 35–41.
- MESTERHÁZI Zs. (1998) *A nebezen tanuló gyermekek iskolai nevelése,* BGGyTF, Budapest
- MESTERHÁZI Zs. (2001): Útmutató szülőknek. In. CSÁNYI Y. (szerk.): *Értelmileg és tanulásban akadályozott gyermekek integrált nevelése.* ELTE BGGYFK, Budapest 55–74.
- METZGER B. (2004) A sajátos nevelési igényű gyermekek integrált neveléséről – fenntartó önkormányzatoknak. <http://www.oki.hu/oldal.php?tipus=kiadvany&kod=egyuttneveles#tart> (letöltés: 2012 április 16.)
- N. KOLLÁR K. (2004): Kooperáció az iskolában. In: MÉSZÁROS A. (szerk.): *Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága,* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 205–221.
- N. KOLLÁR K. (2004a): Feladatvégzés csoportban, versengés és együttműködés. In: N. KOLLÁR K. –SZABÓ É. (szerk.): *Pszichológia pedagógusoknak.* Osiris Kiadó, Budapest, 324–349.
- PAPP G.–FARAGÓNÉ BIRCSÁK M. (2007): *Inkluzív nevelés. Útmutató tanulásban akadályozott gyermekek, tanulók együttneveléséhez.* Módszertani intézményi útmutató. sulinova, Budapest.
- PAPP G. (1995): Tanulásban akadályozott gyermekek integrációja. In: BORBÁLY S.–CSIKY E.–FÖLDINÉ ANGYALOSSY ZS.–KISS Á.–MISETA ZS.–PAPP G.–PERLUSZ A.–RÓZSÁNÉ CZIGÁNY E.–SZABÓ I.: *Fogyatékos gyermekek integrált nevelése hazai kísérletek tükrében.* BGGYTF, Budapest, 94–143.
- PAPP G. (1998a): Integrált oktatás, inkluzív iskola. In: MESTERHÁZI Zs.: *A nebezen tanuló gyermekek iskolai nevelése.* BGGyTF, Budapest, 215–223.
- PAPP G. (1998b): Jövők Európában. *Gyógypedagógiai Szemle,* 3., 223–228.
- PAPP G. (2000): Öt hazai integrált nevelési modell tanulásban akadályozott gyermekek számára. *Gyógypedagógiai Szemle* 1., 15–19.
- PAPP G. (2002): Tanulásban akadályozott gyermekek iskolai integrációja a szakemberek közötti kooperáció tükrében. *Magyar Pedagógia* 102. 2. 159–178.
- PAPP G. (2004): *Tanulásban akadályozott gyermekek a többségi iskolában.* Comenius Bt. Pécs.
- PAPP G. (2008): Az enyhén értelmi fogyatékos gyermekek integrált oktatása, nevelése hazánkban. In. SZABÓ Á. (szerk.) *Tanulmányok a tanulásban akadályozottak pedagógiája és határtudományai köréből. Inkluzív nevelés.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Kht. Budapest. 215–225.
- PAPP G. (szerk. 1994): *Válogatás az integrált nevelés szakirodalmából.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- PAPP G.– FARAGÓNÉ BIRCSÁK M.(2007): *Útmutató tanulásban akadályozott gyermekek, tanulók együttneveléséhez. Módszertani intézményi útmutató.* Sulinova, Budapest.
- PAPP G.– RÓZSÁNÉ CZIGÁNY E. (1996): Miért jó az integráció? *Speciális Pedagógia, Módszertani Lapok,* 3., 8–23.
- PERLUSZ A.–CSÁNYI Y.–BODORNÉ N. T. (2007): Kiket és hol tanítunk? Tendenciák a hallássérültek pedagógiájában a változó populációra tekintettel. *Gyógypedagógiai Szemle,* XXXV. évf. 3. 161–166.

- PERLUSZ A. (2008): Látássérültek iskoláztatása és társadalmi integrációja. In: BÁNFAVY CSABA (szerk.): *Az integrációs cunami*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 113–129.
- PERLUSZ A. (2011): A hallássérült tanulók középfokú oktatása – tendenciák, módszertani ajánlások. In: PAPP G. (szerk.): *Középköskolás fokon?! Sajátos nevelési igényű fiatalok együttnevelése a középiskolában*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 81–99.
- RÉTHY ENDRÉNÉ (2002): A speciális szükségletű gyermekek nevelése, oktatása Európában. *Magyar Pedagógia* 3. 281–300.
- RUNSWICK–COLE, K. (2008): Between a rock and a hard place: parents' attitudes to the inclusion of children with special educational needs in mainstream and special schools. *British Journal of Special Education*. Vol. 35., No. 3, 173–180.
- SÁNTHA K. (2009a): *Bevezetés a kvalitatív pedagógiai kutatás módszertanába*. Eötvös Kiadó, Budapest.
- SCHIFFER CS.–PAPP G.–SZEKERES Á.– PERLUSZ A. (2011) Speciális és többségi intézmények közötti kooperáció és konkurencia a sajátos nevelési igényű tanulók oktatásában In: HEGEDŰS J.–KEMPF K.–NÉMETH A. (szerk.): *Közoktatás, pedagógusképzés, neveléstudomány – A múlt értékei és a jövő kihívásai. Program és összefoglalók. XI. Országos Neveléstudományi Konferencia*. Budapest, 2011. november 3-5. Magyar Tudományos Akadémia Pedagógiai Bizottság, 260.
- SEIDMAN, I. (2002): *Az interjú mint kvalitatív kutatási módszer*. Kutatásmódszertani kiskönyvtár. Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
- SÍKLAZI I. (2006): *Vélemények mélyén*. Kossuth Kiadó, Budapest.
- SZABOLCS É. (2001): *Kvalitatív kutatási metodológia a pedagógiában*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
- TETLER, S. (2006): Inkluzív osztályok. A tanítás és tanulás modelljei, dilemmák és kihívások. *Iskolakultúra*, 10, 36–43.
- TORDA Á.–PERLUSZ A. (2010): Pedagógusképzési programok utóélete – Egy hatásértékelő tanulmány tükrében. In: *Felsőoktatási műhely* 2. 125–137.
- TÓTH B.–FARAGÓNÉ BIRCSÁK M. (2003): A „Tanulási Klinika-modell” kísérleti működésének magyarországi tapasztalatai. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2. sz. 116–134.
- UNESCO (2005): *Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All*.
- VARGÁNÉ MEZŐ L. (2004): *Sajátos nevelési igényű tanulók együttneveléséről pedagógusoknak, intézményvezetőknek*. OKI, Budapest. [http://www.ofi.hu/tudastar/sajatos-nevelesi-igenyu-090617-2](http://www.ofi.hu/tudastar/sajatos-nevelesi-igenyu/sajatos-nevelesi-igenyu-090617-2) (letöltés: 2012. március 26.)
- VARGÁNÉ MEZŐ L. (szerk., 2008): *Prevenációs pilot program hatása a befogadó intézményi gyakorlatra*. suliNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht., Budapest.
- VASTAGH Z. (1999): *Az iskolai oktatás hatékonyságát növelő kooperatív kiscsoportos tanulás. Kooperatív pedagógiai stratégiák az iskolában*. I–III. JPTE, Pécs.
- ZSOLDOS M.–VÁRNAI ZS.–KOOL, E. (szerk., 2003): *Együttnevelési lehetőségek a holland és magyar iskolákban*. Speciális Nevelés Holland-Magyar Együttműködési Projekt, Budapest.

A Wii játék fejlesztő hatása az értelmi sérültek körében

SÁRINGERNÉ SZILÁRD ZSUZSANNA
saszizsu@gmail.com

Absztrakt

Az Európai Unió különös figyelmet fordít a hátrányos helyzetűek, köztük a fogyatékos emberek sport által történő társadalmi integrációjára. A 2000. decemberi Nizzai Nyilatkozat is hangsúlyozza, hogy a sport kedvező hatással lehet a fogyatékos emberek egyéni tehetségének kibontakoztatására, rehabilitációjára és társadalmi beilleszkedésére. A fogyatékos gyermekek egészséges életmódra nevelése évek óta egyre nagyobb hangsúlyt kap. A Wii játék újfajta szabadidős elfoglaltságot biztosít minden korosztálynak és minden sérült embernek. Többéves kutatómunkánk eredményei a Wii konzoljáték jótékony, fejlesztő hatását mutatják. Felméréseink azt bizonyítják, hogy személyiségformáló, teljesítményfokozó hatása van a játéknak. Munkánk bebizonyította, hogy ennek az újfajta sportmozgásnak jótékony hatása van az értelmi sérültekre, hiszen megváltozik a pszichés állapotuk, elsősorban önbecsülésük, és részképességbeli javulás mutatkozik.

Kulcsszavak: Wii konzol, szabadidős elfoglaltság, értelmi sérült, sportmozgás, számítógépes játék, integráció

Bevezetés

Fejlettebb nyugati országokban már természetes, nálunk még gyermekcipőben jár az esélyegyenlőség megteremtésének jegyében a különböző okoknál fogva rászoruló tanulók integrálása hasonló korú társaik közé. Pedig az ilyen típusú nevelésnél a sérült együtt nevelődik ép társaival (természetesen szakértő segítők biztosításával), és csak bizonyos speciális foglalkozásokon válik le ép társairól. A nevelésnek ez a formája életközelibb, jobban leképezi a színes és sokféle „felnőtt” világot. Mindenki megtanulhatja a máságot, alkalmazkodást, ezzel reményeink szerint toleránsabb, elfogadóbb felnőtt válhat belőlük.¹

Az 1868-as tankötelezettséget előíró népoktatási törvény diszkriminatív lépésének tekinthető az a rendelkezés, mely szerint „a fogyatékosok felmenthetők vagy kizáratnak”². A kétarcú társadalmi közegben, hatalmi, gazdasági és a saját korlátoknak köszönhetően

1 http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/ipr_070424.pdf

2 A gyógypedagógiai oktatás helyzete az ezredforduló Magyarországon. Tanulmány – OKI PTK .
Projektvezető: Dr. Salné Lengyel Mária (2000) : 6–31.

ugyanis ekkor még nincsenek meg a feltételek a közös nevelésre, így nálunk is a klasszikus gyógypedagógiai iskoláztatási modell, az elkülönített iskoláztatás alakul ki. Az 1921. évi iskoláztatási törvény a képezhető fogyatékosok, köztük az értelmi fogyatékosok tankötelezettségét foglalja magába. Külön rendelet szabályozza, hogy a „kizárta-
tak hogyan tesznek eleget tankötelezettségüknek”.

A törvényi előírás szerint ezért a kisegítő iskolák feladatává vált a velük való szervezett, intézményesített foglalkozás. Az értelmi sérülteket súlyosság szerinti kategóriákba sorolják és a velük való bánásmódot szakemberekre bízzák. (HEGEDÜS L.–FICSORNÉ M.–SZEPESSY J.–PAJOR E.–KÖNCZEI GY. 2009)

Napjainkban az általános iskolai és középiskolai, illetve szakiskolai képzés szegregált és az enyhén értelmi sérültek képzése integrált intézményekben valósul meg. Budapesten és vidéken egyaránt több intézmény várja az önállóbb életvitelre történő felkészítésre az arra rászorultakat.

Az értelmi fogyatékoság (korábbi elnevezéssel gyengeelméjűség vagy oligofrénia) a központi idegrendszer fejlődését befolyásoló örökletes és környezeti hatások eredőjeként alakul ki, létrejöttében genetikai és/vagy prae-, peri- és korai postnatalis, esetenként exogén agyi működést károsító hatások, illetve ma még tisztázatlan tényezők játszanak szerepet (CSÁNYI 2000). A Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) szerint: „Abbamaradt, vagy nem teljes szellemi fejlődés, amelyre jellemző a különböző készségek romlása, olyan készségeké, amelyek a fejlődés során jelennek meg, s melyek az intellektus minden szintjét érintik, mint pl. a kognitív, nyelvi, mozgásbeli, szociális készségek, képességek. A retardáció létrejöhet minden más mentális vagy fizikai állapottól függetlenül is.” (1996)

Az értelmi sérülteknél jellemző a normál fejlődési ütemtől való elmaradás és az önálló életvezetés jelentősen akadályozott. Általában nem, vagy csak komoly nehézségek árán tudnak megfelelni az általános iskola tantervi követelményeinek (ZÁSZKALICZKY P.–VERDES T. 2004). Az értelmi sérülés súlyosságától függően más-más formában jelenik meg: az egyén fejlődését korai kortól befolyásoló olyan állapot, amely nem tekinthető a szó klasszikus értelmében betegségnek és jól elkülöníthető a pszichiátriai betegségektől is. Az értelmi sérülés megváltoztatja az egész személyiség szerkezetet, akadályozza a tanulási és gondolkodási folyamatokat, ezzel megnehezíti a szociális beilleszkedést. Némegyszer egyes képességeik fejlettebbek az átlagosnál, de jellemzően késik a mozgásfejlődésük, a beszéd hiányosságai miatt a kommunikáció korlátozott.

A mozgásfejlődésre gyakorolt hatás érződik a testi fejlettségükben, testi, fiziológiai eltérésekben. Gyakori a testséma-zavar, ebből következően a téri tájékozódás, vagy kóros együttmozgás, mozgáskoordinációs zavarok is jellemzőek. A mozgáshiánynak és a jelentős táplálkozási ösztönnek köszönhetően sok az elhízott, túlsúlyos köztük. Érzelmeket, indulataikat gyakran ösztönkésztetésük határozza meg, nem ritka a hirtelen cselekedet. A sérülés súlyossága következtében jellemző a sajátos külső, a tanulási, figyelem- és koncentrációs probléma, kommunikációs nehézségek, látási problémák, a tér- és időbeliség észlelése beszűkültek. Az értelmi sérüléshez gyakran társul epilepszia, mozgáskorlátozottság (ILLYÉS 2004).

A szakemberek feladata, hogy találjanak olyan gyógyító–nevelő eszközöket, módokat, melyek csökkentik, és ezzel egyidőben fejlesztik a testi, mozgásbeli, kifejezésbeli hibákat, rendellenességeket.

Munkánk célja az volt, hogy rámutassunk a sportmozgás jótékony hatására az értelmi sérültek körében.

A fejlődés

A vesztibuláris, kognitív és taktilis rendszeren alapul a teljes gyermeki fejlődés. Ehhez kapcsolódik az auditív és vizuális rendszer. Bizonyos gyermekkori szakaszokhoz jellemző mozgások kapcsolódnak, ezekhez pedig bizonyos központi idegrendszeri fejlettségi fok tartozik, pl. a gerincvelői reflexeket érleli a ringatás, pörgés, forgás. A kúszás, mászás a kisagyat és a középagyat, a járás pedig a kéreg alatti mezőket serkentik. Az agytörzsi rész (nyúltagy, híd, kisagy, középagy) fejletlensége, az ún. agytörzsi integrációs zavar képezi a háttérét a részképesség-kiesésnek, a diszharmonikus fejlődésnek (HÁMORI 2005).

A középagy felelős az olvasás funkcióiért, itt történik a szemek és fülek funkcióinak összekapcsolódása, a síkban való tájékozódás, szabályozza a figyelem-koncentrációt, a környezetre való ráhangolódást.

Az értelmi sérülteknél gyakran tapasztaljuk a középagyi fejletlenséget, mert olvasási, nézési, fixálási, téri tájékozódási problémájuk van. Ahhoz, hogy a középagy jól fejlődjön, feltétele, hogy előzőleg a híd-kisagy, a nyúltagy és a gerincvelői reflexek jól fejlődjenek. A fejletlenség kialakulásában kiváltó ok lehet sokszor az első évben kapott érzelmi vagy fizikai trauma.³

Ha az életkorhoz kapcsolódó mozgásjellemző torz módon fejlődik vagy kimarad, az a központi idegrendszer integrálódását gátolja. Az ilyen formán éretlen idegrendszerre fejlesztő hatással vannak a vesztibuláris rendszert ingerlő játékok, illetve a fejlesztésre irányuló speciális mozgássorok.

Az egyes tanulási területeken tapasztalható nehézségek visszavezethetőek bizonyos agyi területekre, melyeknek segítő mozgása az elmaradt, fejletlenebb területek fejlesztésében segíthet.

A Wii játék rendszeres használata az idegrendszert serkenti, mely javulást eredményezhet az előbb említett területeken.

A játék

A játék komoly dolog, mert egyaránt fontos szerepe van a mentális fejlődésben, a valóság megismerésében, a szociális kapcsolatok alakulásában és az adaptációban. A játék a korai életkori kapcsolatokban gyökeredzik, de a későbbiek során is keretet kínál az érzelmek és a szociális kapcsolatok fejlődéséhez. A játék mindig izgalmas. A gyerek számára a játék az élményszerzés legfőbb forrása. A saját játéköletein keresztül, valamint a másokkal való együttjátás során fejlődik és gazdagodik a személyisége. A játék alatt még a gyerekek is úgy tekintenek saját elméjükre mint vágyak, gondolatok és más érzések reprezentálójára. Az együttlét építő, élvezetes élményét csak mások jelenlétében lehet megtapasztalni (GOLNHOFER E.–SZABOLCS, É. 2005).

A játék hozzájárul a testséma és a testtudat kialakításához, elősegíti az elemi mozgások összerendezését, segíti a térbeli tájékozódás fejlődését (irányfelismerés és iránykövetés), fejleszti az egyensúlyérzékletet, és segít az érzékszervi tapasztalatok szervezésében. A játék a szenzoros ingerfelvétel (egyensúly, hallás, látás, tapintás) számos területét érintheti.

³ <http://demoszthenesz.hu/cikkek/dyslexiafejlesztes>

A Wii játékot egy tanéven keresztül, a fejlesztő órák keretében használtuk az értelmi sérültek körében. Ez a játék igazi sportmozgással irányítható és a játékos megélelheti a sport adta élményeket. Ez általában a sérültek életéből kimarad, illetve csak korlátozottan jelenik meg.

A sérült embereknek – bár törvény szabályozza jogaikat – mégis jóval kevesebb lehetőségük van a szabadidő aktív eltöltésére. Gyakran az odajutás akadályozott, vagy a programok nem megfelelőek számukra, így jó esetben csak passzív résztvevők tudnak lenni. Az általam kezdeményezett program ezen a helyzeten próbál segíteni, a számítógép alapú virtuális sportolást és játéklehetőséget kínáló Nintendo Wii konzollal. A játékot a kézben tartott „ütő” segítségével, vagy a lábbal egyensúlyozva saját mozgással kell irányítani.

A kutatás

A rendszeres fizikai aktivitás megszerettetése már kisgyermekkorban megkezdődik. A serdülőkorban olyan fizikai, mentális, pszichés változásokon megy keresztül a gyermek, amely sokszor a mozgás háttérbe szorulását is eredményezheti. A mai fiatalok a szabadidejük nagy részét a számítógép előtt töltik, így a mozgást elhanyagolják, így aztán jellemzővé válik a rossz tartás, izomgyengeség. A Nintendo Wii konzoljátékát felhasználva egy olyan mozgásos programot ajánlunk, mely szakemberek segítségével az épektől kezdve a sérülteken át, mindenkinek lehetőséget biztosít az aktív, fejlesztő mozgáshoz. A Virtuális Sport Program (VSP) előnye pontosan abban áll, hogy a gyermekek által kedvelt és elfogadott médium, a számítógép válik a rendszeres mozgás eszközévé és vezetheti el őket a valódi, hagyományos testmozgás gondolatának és gyakorlatának elfogadásához.

A Virtuális Sport Program keretében 2009 őszén kezdtünk el játszani a Hegyhát utcai Iskola 14–18 éves tanulóival. Egy tanéven keresztül – kísérleti jelleggel – hetente 1–1 órában játszottak a tanulók. A fejlesztő foglalkozások kis létszámú csoportjaiban a fejlesztő pedagógussal együttműködve történt a játék, mert a kis létszámú foglalkozások kiválóan alkalmasak a programhoz. A játékhoz szükséges eszközöket biztosítottuk az iskolának, az iskola pedig lehetőséget a heti játéokra. A célunk az volt, hogy feltárjuk a virtuális sportolás hatását a sérült fiatalok körében. Feltételezésünk és előzetes felméréseink⁴ szerint a játéknak jótékony hatása van az idegrendszerre, ezáltal csökkentheti a részképeség zavarokat. Ennek eredményeként javulhat a gyermek kognitív, pszichés, szociális, kommunikációs, motoros képessége.

Az előkészületi munka során mindenki megismerkedett a játékkal, kiválasztottuk a játékban részt vevő gyermekeket és a kontroll csoportot, megterveztük a játék menetét, beosztottuk a csoportokat, kidolgoztuk a mérőeszközöket. A felméréshez a POMS (Profile of Mood States) kérdőívet használtuk, mely hét aspektusból mérte a gyermekek pszichés állapotát: feszültség, düh, kimerültség, lehangoltság, önbecsülés, életerő, zavartság, hangulat (a fentiekből eredeztetett átfogó mérőszám). Ezenkívül részképeségteszteket (Sindelar-féle ábrákkal, hangkazzettával; kódolt feladatokkal: azonosságkülönbség, olvasás, szövegértés, kinesztézia; mozgásfejlettség, testséma vizsgálatok) alkalmaztunk a kezdeti és a záró felmérésben. A felmérés kezdetén erre a célra szerkesztett, 26 kérdésből álló kérdőívet töltötték ki a tanulók a számítógépes szokásokról

⁴ SÁRINGERNÉ DR. SZILÁRD Zsuzsanna – NÁDASI Zsófia: Virtuális sport mint szabadidős tevékenység a Pető Intézetben. *Magyar Sporttudományi Szemle*. 10. évfolyam. 37. szám. 2009/1. 28–29.

és a mozgásos szabadidős tevékenységeikről. Minden tesztet és kérdőívet minden résztvevő egymástól függetlenül töltött ki az első játék előtt.

A heti játékról előzetes szempontrendszer alapján naplót vezettük, ahol a változásokat tudtuk nyomon követni. Az egy tanéves időszakot záró felméréssel fejeztük be, ahol az első felméréshez hasonlóan teszteket töltöttek ki.

Az adatokat SPSS statisztikai programmal dolgoztuk fel.

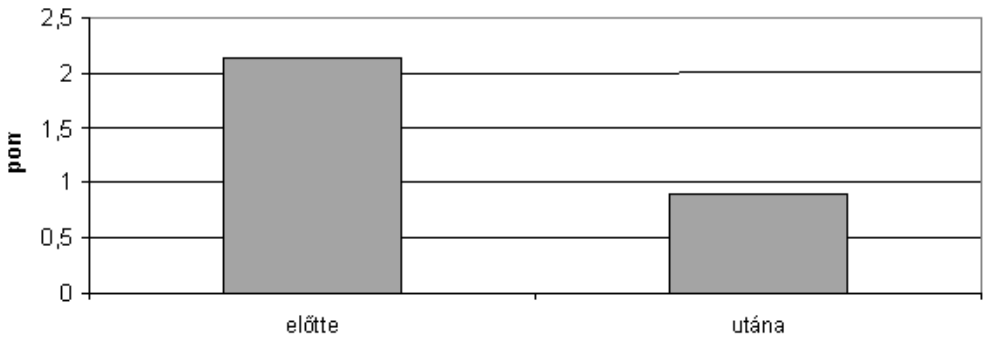
Eredmények

A felmérésben 14, a Gennaro Verolino Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Diákotthon és Gyermekotthon iskolájába járó 14–18 éves tanuló vett részt. Ebből 5 fő középsúlyos értelmi fogyatékos (Down-kóros), 6 fő középsúlyos értelmi fogyatékos, 3 fő közép-súlyos értelmi fogyatékos (mozgássérült). A csoportból 1 fő ismerte a játékot, mielőtt elkezdtük. A kontrollcsoport (N=14) hasonló összetételű volt. A heti egy alkalom a játékra is elegendő volt ahhoz, hogy a tanulókon látványos változást észleljünk. A heti játék alkalmával 2-3 fős csoportokban két gépen tudtak játszani a Wii Sporttal, vagy a Wii Fittel. A Wii Sportban öt játék közül lehet választani, melyeket párban, egymás ellen lehet játszani, és ezek közül a legnépszerűbb játék a tenisz (45%) volt, és a bowling (32%) és csak ezt követte a bokszt (20%). A golf és a baseball játékot csak nagyon ritkán, a teljes játékidő alatt 2-3%-ban játszották, talán mert ismeretlen volt és a szabályok is bonyolultak voltak számukra. A Wii Fit egy egyensúlyozós játék, ahol egy platformon kell állni és a képernyőn megjelenő figurákat a saját mozgással lehet elmozdítani, a feladatokat teljesíteni. Fejleszti többek között a motoros képességeket (egyensúly, téri tájékozódás, orientáció, kondíció). Összesen 12 játék közül választhattak, és ezt elemezve a leggyakrabban játszott játék a „pingvin” (21%), a sísülés (20%), síugrás (20%) volt. A magasban egyensúlyozás, ahol kis mozgásokkal kellett irányítani a játékot 10%-os kedveltséggel bírt. A hullahopp karikával is többet játszottak (11%). A párban futás, bár véleményük szerint fárasztó volt, mégis szerették ezt a mozgásformát (8%).

A Wii konzoljátékkal folytatott egy éves kutatómunka eredményeit elemezve az első, szemmel látható változás a hangulatukban mutatkozott meg. A kezdeti bezárkózott, szomorkás, depressziós hangulatuk a játékidőszak egyharmadától változott meg. Nagyobb érdeklődéssel játszottak, hosszú ideig élénken figyeltek, lelkesen, aktívan játszottak. Sokat mosolyogtak, nevettek. A POMS kérdőív, mely az aktuális hangulatváltozást méri is ezt támasztja alá, az értékek javulást mutatnak (1. ábra). Azoknak a gyermekeknek, akik rendszeresen játszottak a Wii-vel, szignifikánsan nőtt az önbecsülésük, egészséges önbizalmuk lett (2. ábra).

A másik szembetűnő változás a játék pontosságában mutatkozott meg. A résztvevők a kezdeti játékhoz képest 29%-al eredményesebbek lettek a játékidő során, mely a több pont elérésében, a hosszabb játékidőben mutatkozott meg (a kezdeti néhány perces játék egész foglalkozást kitöltő folyamatos játékot eredményezett). A felesleges mozdulatokat az adott sportágra jellemző mozgások váltották fel; ez a jobb koordinációt, figyelmet is feltételezi. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a játék azoknak a sérülteknek is ajánlott, akiknek a mozgáskoordinációja olyan súlyosan visszamaradott, hogy a közlekedésben, téri tájékozódásban jelentősen befolyásolja a mindennapjaikat. A Wii konzollal történő játéknak hasonló hatása van, mint a sportpályán folytatott sportmozgásnak, tehát el lehet fáradni, meg lehet izzadni és a játékot követő napokban izomlása is lesz a játékosnak. A megfigyelési naplókat elemezve azt tapasztaltuk, hogy

Hangulat összeredmény

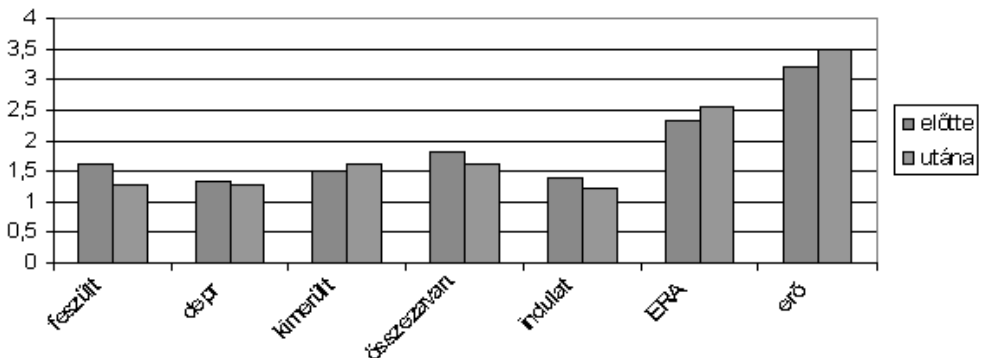


1. ábra. A hangulat-értékek összehasonlítása

a Wii játékkal történt játék után a játékosok elfáradtak, kimerültek. De ahogy a sportpályán is, a sok gyakorlás hatására itt is változás figyelhető meg. A kezdeti első néhány perces játék utáni fáradtság, kimerültség a játékidő végére átlagban 25–30 perc aktív játékra nőtt. Tehát bizonyosságot nyert, hogy a Wii konzollal folytatott játék az eddigi játékokhoz képest szokatlan eredményt hozott, ugyanis fejleszthetően hat a kondicionális állapotra is, mert itt a mozgásérzékelős játékvezérlővel fel nem szerelt hagyományos számítógépes játékokhoz képest (ahol csak a gombokat kell nyomkodni az irányításhoz) itt a játékos saját aktív mozgására van szükség a játék irányításához.

A megfigyelési naplóban egy előre meghatározott szempontrendszer alapján minden játékról feljegyzéseket készítettünk. Ennek alapján megállapítható, hogy a játékosok a játékidő előrehaladásával egyre inkább a csapatban játszásra törekedtek, az egyéni (gép elleni) játékot felváltva, ami a kezdeti időszakra volt jellemző. Így elmondható, hogy a Wii játék alkalmas a csoport építésére, a közösség formálására. Az együttjátszás öröme megfigyelhető volt. A játék ideje alatt sokkal nyugodtabbak voltak a gyermekek,

PCMS eredmények



2. ábra. A hangulat-értékek csoportbontásban

a veszekedést erre az időre felfüggesztették. A céltudatosságuk eredménye a magabiztos játékokban látszott.

Az év során zajló játékokban az egymás elleni versengések is motiválták a gyermekeket, és a tanév végén verseny keretében (II. Wii Bajnokság) összemérték tudásukat a mozgássérültekkel. A verseny alatt is folyamatos volt a fair play, a küzdelem, a győzelem öröme. (www.virtualsport.hu)

A mozgássérült gyermekek közül a járóképesek (2 fő), akik eleinte csak ülve játszottak és egy játék után fáradtan abbahagyták, a nyolcadik játéktól állva és nagy kedvvel több csatát végigjátszottak úgy, hogy a fáradtságnak nyoma sem látszott.

Egy fiúnál nem tapasztaltunk semmi változást, a kezdeti cinikussága, közönyössége nem változott meg a játék alatt. A versennyel sem lehetett motiválni. Az ő esetében az egyéni fejlesztés lehetne célravezető, ahol még több figyelmet kaphatna.

Az értelmi sérültek részképeségzavara is jellemző, így a keresztirányú mozgások is gyakran nehézséget jelentenek. A csoportban egy leánynál javulást figyeltünk meg.

A kezdeti kevés önbizalom (3 fő) a vizsgált időszak végére annyira megváltozott, hogy nem akarták abbahagyni a játékot 45 perc után sem. A győzni vágyás olyan erős volt, hogy addig játszottak, míg sikerélményük lett.

A tanév végén szervezett egyhetes táborba is beépült a Wii konzoljáték, így még több idő állt rendelkezésre a játékhoz. Ott azt tapasztaltuk, hogy többen napi több órát kitartóan, lelkesen aktívan végigjátszottak.

A játékok játékosnál az év végi részképeségek szintjét mérő tesztek részeredményei alapján 15%-ot megközelítő fejlődés mutatható ki a tanulóknál. A részképeségekben – különös tekintettel a mozgás- és a testsémafejltség-tesztek eredménye alapján – fejlődés mutatható ki azoknál, akik a Wii konzollal játszottak, míg a kontrollcsoportnál csak minimális változás figyelhető meg, az is azokban a feladatokban, melyek már ismerősek voltak. Az önbizalom, kitartás, bátorság egyértelműen sokat fejlődött a Wii-csoportnál.

Összegzés

A fogyatékos személyek egészséges életmódra nevelése évek óta egyre nagyobb hangsúlyt kap. A Nintendo Wii konzoljátéka újfajta szabadidős elfoglaltságot biztosít, bár számítógép alapú valóság-hű virtuális játék, mégis aktív mozgás szükséges az irányításhoz. A játék által az általunk elindított programmal (VSP) pozitív változásokat értünk el, mert aktívabb, élményekben gazdagabb játékosokkal találkoztunk. A sérültek is közelebb kerülhettek a sport világhoz, a játékkal sportmozgásokat végeztek. A fogyatékoság általában állapot, mely az egész életet végigkíséri (BENCZÜR 2003). Ebben a játékban a sérülés és annak foka másodlagos, mert a Wii játék nem tesz különbséget a játékosok között, olyan mozgásélményt kínál, mely lehetővé teszi mindenki számára az egyforma megmérettetést, és eltünteti azokat a különbségeket, melyek az élet más területén hátrányt jelentenek (szociális, kognitív, pszichés, motoros).

A Wii játék kiválóan stimulálja a vizuális területet és remekül fejleszti a mozgáskoordinációt.

Öröm látni ezeket a fiatalokat, hogy jókedvűek, kitartóbbak, aktívabbak lettek. Olyan közösségnek váltak a részévé, ahol mozgásos formában játszanak, így a szabadidejüket aktívan, közösségben töltik. Örülök, hogy egy évet együtt dolgozhattunk, és remélem, a jövőben is fogunk találkozni, mert a Wii játék a következő tanévben a fejlesztő foglalkozásokba beépülve folytatódik, illetve lehetőség kínálkozik az egyesületünkben a játékot versengéssel is folytatni.

Irodalom

- A gyógypedagógiai oktatás helyzete az ezredforduló Magyarorszáján.* Tanulmány – OKI PTK .
Projektvezető: Dr. Salné Lengyel Mária (2000) : 6–31.
BNO Betegségek Nemzetközi Osztályozása.
[http://tamogatoweb.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=58:bno—
betegsegek-nemzetkoezi-osztalyozasa&catid=52:pdf-konyvtar&Itemid=64](http://tamogatoweb.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=58:bno—betegsegek-nemzetkoezi-osztalyozasa&catid=52:pdf-konyvtar&Itemid=64)
- BENCZÚR M.-né (szerk., 2003): *Adaptált testnevelés és sport I-II.* 81–98.
- CSÁNYI Y. (2000): A speciális nevelési szükségletű gyermekek és fiatalok integrált nevelése-oktatása
In: ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek.* BGGYTF, Budapest, 377–408.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. (1997): *Gyógypedagógia történet I.* BGGYTF, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- HATOS GY. (2008): *Az értelmi akadályozottsággal élő emberek: nevelésük, életük.* APC-Stúdió, Gyula.
- HÁMORI J. (2005): *Az agy aszimmetriái.* Dialóg-Campus Kiadó, Budapest–Pécs, 136.
- HEGEDŰS L.–FICSORNÉ M.–SZEPESSYÉ J.–PAJOR E.–KÖNCZEI GY. (2009): *A fogyatékosügy hazai és nemzetközi története.* Jegyzet. ELTE Bárczi G. Gyógypedagógiai Kar, Budapest, 232.
- ILLYÉS S. (2000) A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai In: ILLYÉS SÁNDOR (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek.* BGGYTF, Budapest, 15–38.
- MÁRKUS E. (2007): *Általános ismeretek a hazai fogyatékosügyről és a gyógypedagógiáról.* 42.
- ROWLEY (1995): The POMS and sports performance. *A Review Journal of Applied Sport Psychology*, 12. 1. sz. 2000. 34–48.
- SÁRINGERNÉ SZILÁRD ZS.–NÁDASI ZS. (2010): Sportjátékok személyiségfejlesztő hatása mozgássérült gyermekekre. *Iskolakultúra* 2010/9. 34–42.o.
- GOLNHOFER, E.–SZABOLCS, É. (2005): *Gyermekkor: nézőpontok, narratívák.* Eötvös József Könyvkiadó, Budapest.
- ZÁSZKALICZKY P.–VERDES T. (szerk., 2004): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. A fogyatékosügy jelensége a gyógypedagógia határtudományaiban. Tanulmányok Gordosné Szabó Anna tiszteletére.* ELTE BGGYFK–Kölcsény Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest.
- www.virtualsport.hu

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete folytatja továbbképzési sorozatát
a **GMP BESZÉDPERCEPCIÓS DIAGNOSZTIKA** tanfolyammal

A tanfolyamot Dr. Gósy Mária tartja.

A tanfolyam időpontja:

2012. november 6-7-8. (csütörtök, péntek, szombat) 10 órától 16 óráig.

A tanfolyam helye:

MTA Nyelvtudományi Intézet, Budapest, VI. Benczúr u. 33. földszinti nagyelődő

Részvételi díj: 40 000 Ft.

Érdeklődni lehet:

dr. Gyarmathy Dorottya: 321-4830/172-es mellék és Kajáry Ildikó: 313-9288

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

BASS LÁSZLÓ (SZERK.)

„Amit tudunk és amit nem... ... az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon.”

KÉZENFOGVA ALAPÍTVÁNY, BUDAPEST, 2008. 256 OLDAL

A könyv szakmai lektora, Lányiné dr. Engelmayer Ágnes „Bevezető”-jében a munka fontosságáról, hiánypótló voltáról ekképpen fogalmaz: *„Nem készült még mindezekig Magyarországon olyan átfogó tudományos igényű felmérő munka, amely az értelmi fogyatékos gyermekek és felnőttek élethelyzetét sokoldalúan bemutatta volna.”* (7.)

A kutatás a Kézenfogva Alapítvány kezdeményezésére és közreműködésével valósult meg. Mintegy három évtized vizsgálati mintáit – a szakértői és rehabilitációs bizottságok adatbázisára támaszkodva – veszi számba: mindazokat, akik középsúlyos és súlyos értelmi fogyatékoság tekintetében diagnózist kaptak. Magának a kutatásnak a lefolytatása, illetve az eredmények közzététele abban a vonatkozásban is eltér az eredmények szokványos közzétételeitől, hogy a 721 gyermek és felnőtt, illetve az őket ellátó család vizsgálata a nem, az életkor, a településszerkezet tekintetében egy olyan részletes kérdőíves vizsgálat során történt, amely során szakmai kompetenciával rendelkező kérdezők *„értelmezésében és javításával került a kérdőív megválaszolásra”*.

A munka áttanulmányozásával egy jól körülhatárolt képet kaphatunk az értelmi fogyatékos gyermekek, felnőttek életkörülményeiről a mai Magyarországon. Lányiné dr. Engelmayer Ágnes megjegyezte többek között azt a fontos összefüggést is, miszerint annak ellenére, hogy *„elindultak az életminőséget javító kezdeményezések... a civil szervezetek és a szülők hatékony közreműködésével...”* (8.), mégis a kutatás során azzal a ténnyel kellett szembesülni, hogy a családok civil szervezetekkel való kapcsolata hiányos, nem kielégítő.

A kötet nyitó fejezetében Bass László kvantitatív megközelítéssel az értelmi fogyatékosok számát igyekszik meghatározni Magyarországon. A vizsgálathoz az oktatási és a szociális ellátás statisztikáit a bentlakásos szociális intézményekre összpontosítva, míg a szociális ellátás statisztikáit a fogyatékosokhoz kapcsolódó ellátások tükrében igyekszik tetten érni, kimutatni. E szám-meghatározáshoz továbbá adatbázisok – s nem utolsósorban – a 2001. évi népszámlálás adatbázisát is figyelembe veszi. Így számításai szerint *„... ma Magyarországon 50–65 ezer súlyos és középsúlyos értelmi fogyatékos ember él...”* (17.)

Vekerdy-Nagy Zsuzsanna az értelmi fogyatékos gyermekek és felnőttek körében az egészségügyi ellátás sajátosságait vizsgálja meg. A kutatás során nyilvánvalóvá vált, hogy „... az értelmi fogyatékoság orvosi meghatározása, az orvosi diagnózis megállapításának egységes protokollja (oki, tüneti, diagnosztikai kritériumok) hiányzik. Ebből adódóan az egészségügyi dokumentáció alkalmatlan egységes besorolás készítésére.” (48.)

A kötet érdekes színterét jelenti az a kutatás, mely az értelmi fogyatékos személyek szociológiai jellemzőit tárja fel, Bánfalvy Csaba tollából. Konkrétabban: keresi a válaszokat azon kérdésekre, miszerint milyen szociális körülmények között élnek a közép-súlyos és súlyos értelmi fogyatékos emberek, ugyanakkor igyekszik tetten érni azt is, hogy milyen mértékben képesek integrálódni az őket körülvevő környezetbe, társadalomba. E kutatást olyan eredményekben összegzi a szociológus-kutató, miszerint „... – közvetlenül az etnikai és a vagyoni dimenziók vizsgálatán keresztül – mutatta meg, hogy a gyógypedagógiai értelmezés szerint közép-súlyos értelmi fogyatékosként regisztrált vizsgált populáció a falusi, szegény és iskolázatlan miliőben, számos vonatkozásban teljesíteni tudja a környezete által szokásszerűen az emberekkel szemben támasztott tudás-, készség- és teljesítménykövetelményeket.” (73.)

Dr. Radványi Katalin fejlesztés, oktatás és iskolai karrier összefüggéseit veszi górcső alá. Kutatásának eredményeképpen többek között azzal a ténnyel kellett szembesülnie, hogy annak ellenére, miszerint a gyógypedagógiai fejlesztés az utóbbi évtizedekben egyre nagyobb arányú, s az egyéb terápiás eljárások igénybe vétele is egyre növekedett, mégsem részesült ellátásban a gyermekek több mint 13%-a. A korai diagnosztizálás terén a súlyos fokban fogyatékosok még „előnyösebb” helyzetben vannak, de nem ritka eset, hogy csak 9. életévük betöltését követően kerülnek diagnosztizálásra. A szülők elégedettségének vizsgálatával kapcsolatosan az is nyilvánvalóvá vált, miszerint inkább a magasabb jövedelműekre jellemző, hogy nem értenek egyet a gyermekük képességeivel, sajátosságaival kapcsolatosan felállított diagnózissal. A vizsgálat egyik – nem kizárólagosan – fontos hozadéka annak szorgalmazása, hogy szükségesnek látszik a bölcsődei és óvodai ellátás speciális (integrált és szegregált) formáit bővíteni, ugyanakkor több speciális szakiskolára is szükség lenne. S természetesen mindezekhez tartozó szorosán vett üzenet az is, hogy „Az iskolai nevelés-oktatás gyakorlatába a szülők bevonása nagyobb arányú lehetne, ezzel a szakemberek nagyobb támogatást kapnának a gyermek fejlesztéséhez.” (99.)

A Horváth Péter–Keszi Roland–Könczei György szerzői hármas az intellektuális fogyatékosággal élő emberek helyzetét vizsgálja a munka világában. A kutatás során bizonyítást nyert többek között az a tény, hogy a magyarországi munkaerőpiacon való lehetőségeik erősen korlátozottak – kommunikációs akadályozottságuk, alacsonyabb iskolázottságuk, illetve önérdék-érvényesítő képességük folytán. Ugyanakkor kutatásaik során az is egyértelművé vált, hogy a magyarországi vállalati szférában is ez a csoport tekinthető a leginkább hátrányos helyzetű rétegnek. Vizsgálataik arra is rámutattak, hogy az intellektuális fogyatékosággal élő embereknek csupán „5,9%-a bír valamiféle szakképesítéssel, vagy jelenleg vesz részt képzésben. Összességében tehát az intellektuális fogyatékosággal élő embereket a szakképzettség szinte teljes hiánya jellemzi (94,1%)”. (116.) Munkavégzésük legnagyobb részét a szociális foglalkoztatókra, illetve a különböző bentlakásos intézmények területére korlátozódik.

Bass László és Végh Zsuzsa munkájában az értelmi fogyatékos emberek családjainak kapcsolatrendszerét tárja fel. Vizsgálatuk többek között kiterjed a következőkre: a családi, vagy az intézeti nevelés gyakoribb a fogyatékos emberek családjainak körében;

miképpen változott a család szerkezete a sérült gyermek születését követően; befolyásolta-e a további gyermekvállalási kedvet a sérült gyermek születése; végül – de nem utolsósorban – a család kapcsolatainak alakulását tették elemzéseik tárgyává.

Verdes Tamás nagyívű tanulmányában „Jogok a jóléti présben – a cselekvőképtelenség és értelmi fogyatékoság problematikájához a rendszerváltás utáni Magyarországon” címmel többek között körbejárja a „jogfosztás” pedagógiáját, melyben a cselekvőképeség fogalmával és problematikájával foglalkozik, majd megvizsgálja a gondoskodás, terápia és hatalom összefüggéseit, amit a családi életutak „kényszerpályáinak és töréspontjainak” megláttatásával tesz teljessé. A befejező, kutatást összegző tézisek között érdekes, egyszersmind elgondolkodtató sorokkal szembesülhetünk, a sérült emberek viselkedési, személyiségbeli komponenseik megértését illetően: *„Az alárendelődés és kiszolgáltatottság mindennapos helyzeteiben pedig tájékozódni és élni kell, ehhez pedig el kell sajátítani és rendre működtetni szükséges a válaszadás, a viselkedés és a személyes megnyilvánulások összetett és koherens játékát. A beletörődés és az engedelmeskedés azonban nem az értelmi fogyatékoság immanens mozzanata, hanem a kirekesztettek eszközkészlete, amelyet a túlélés érdekében újra és újra mozgósítaniuk kell.”* (153.)

Kozma Ágnes az intézetben élő fogyatékos emberek helyzetét tárja fel, elsősorban országos felmérés adatai alapján, de *„röviden áttekintést ad az intézmények jogszabályi háttéréről, valamint összefoglalja korábbi kutatások, statisztikai adatgyűjtések megállapításait is.”* (157.) A felmérés adatai sajnos szomorú képet festenek; miszerint:

- sok család számára az anya munkavégzése, illetve a közösségi alapú szolgáltatások hiánya miatt az egyetlen, kényszerű megoldást jelenti gyermekének intézetben való elhelyezése;
- az intézetek túlszűfoltak; azon gyermekek és értelmi fogyatékos emberek is intézeti keretekben élnek mindennapjaikat – egyéb alternatíva híján –, akik önellátásra, öngondoskodásra képesek lennének, vagyis nem szorulnának 24 órás felügyeletre;
- az intézeti „külső” kapcsolatok elsősorban a szülőkkel való kapcsolattartásra korlátozódnak;
- végül, de nem utolsósorban: *„Az intézeti élet rutinja nem teszi lehetővé személyre szabott ellátás biztosítását, az ellátottak számára a leginkább békés nap helyzeteiben sem adatik meg a választás lehetősége.”* (175.)
- a fogyatékos emberek a társadalmi részvétel lehetőségével nem élhetnek, mert a szolgáltatásokat többnyire maguk az intézetek helyben szervezik meg.

A kötet XI. fejezetében Bass László azokat a tényeket és eredményeket tárja az Olvasó elé – „Mi változott 5 év alatt?” című tanulmányában –, melyben nyilvánvalóvá válik, hogy az értelmi fogyatékos emberek ügyében, életében, mindennapjaiban milyen változások ragadhatóak meg. Kutatásában olyan vonatkozásokat vizsgált meg többek között, mint a 2003-as és 2007-es minta szocio-demográfiai jellemzői, a szülők foglalkoztatottságának változásai, a „szegénység”, a támogatások, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, az egészségügyi ellátás, az integráció kérdésköre, stb.

Pordán Ákos a könyv záró tanulmányában az összegzélesen túl igyekszik megláttatni azokat a végkövetkeztetéseket, melyek az egyes kutatások legmeghatározóbb tanulságaiként fogalmazhatók meg. Így többek között hangsúlyozza a következőket:

- azok a családok, akik értelmi vagy halmozottan fogyatékos embereket nevelnek, „nagy tömeg”-ben élnek a társadalom peremén;
- *„a legtöbb régióban már elérhető a korai fejlesztés, óvodai és iskolai szolgáltatások”* (192.);
- meghatározó probléma, hogy a munkaerőpiac követelményeire a szakképzés jelenlegi formája nem készít fel;

- az aktív korú értelmi fogyatékos emberek foglalkoztatottsági szintje alacsony;
- ugyanakkor a szociális szolgáltatások terén is hiányok mutatkoznak;
- a következő sorok pedig nagyon szemléletesen önmagukért beszélnek: *„Különösen nehéz helyzetben vannak az időskorú értelmi fogyatékos embert nevelő családok. A társadalom peremén élő családok értelmi fogyatékos emberei az ingerszegény környezetben a televízió és az étel nyújtotta szórakozás keretei közé szorulnak. Sokszor csak a legutolsó pillanatban, amikor már a családok teljesen kimerültek, kerülnek felnőtt gyermekeik az állam által nyújtott személyes gondoskodást biztosító intézményi ellátásba. Ez a váltás óriási trauma az érintetteknek. Hiányoznak azok a felnőttkori szolgáltatások, amelyek a fokozatos leválást segítenék.”* (192.)

A kötet egyes fejezeteinek minden kimunkálója bizakodik abban, hogy a közölt, felvázolt adatok, információk, tények, problémák a szemléletváltáson túl a törvényhozókat, a különböző szolgáltatások koordinátorait, a szakembereket, a civil szervezeteket, s mindazokat, akik a fogyatékos emberek ügyében felelősséggel gondolkodnak, motiválják, ösztönzik egy olyan együtt-gondolkodásra, összefogásra, és segítségadásra, mely ezen „peremhelyzetű” emberek élethelyzetének, mindennapjainak jobbátételére irányul.

Grósz Andrea

OTTO SPECK:

Iskolai inklúzió gyógypedagógiai szemszögből – retorika és realitás

(Schulische Inklusion aus heilpädagogischer Sicht – Rhetorik und Realität)

ISBN 978-3- 497-02229-8

ERNST REINHARDT VERLAG, MÜNCHEN–BASEL, 2011.

A hazánkban is jól ismert szerző könyve második, átdolgozott kiadásban jelent meg. A felvetett kérdések többsége napjaink magyar szakembereit is foglalkoztatja, ezért a kötet méltán tarthat számot itthon is nagy érdeklődésre.

A téma taglalására a szerzőt két ok inspirálta: az egyik, hogy a német speciális iskolákban (Förderschule = fejlesztő iskola) ellátott tanulók száma – szerinte is tarthatatlannul – a legmagasabb Európában (az összes tanuló 4,849 %-a volt 2006-ban). A másik ok a fogyatékos személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény (2006), melyet Németország 2009-ben írt alá. Ez elsősorban az általános emberi jogok széleskörű biztosítását emeli

ki, de a 24. cikkely alapján az aláíró állam elkötelezi magát az inkluzív oktatási rendszer mellett. (Csak zárójelben jegyezzük meg, hogy Magyarország korábban, már 2007-ben csatlakozott.) A szerző kiemeli, hogy nagy anyagi megterhelést jelent ez a vállalás, ha komolyan vesszük, s az alaposágáról ismert Németország esetében ez a helyzet. A kötetet áthatja az aggodalom a gyógypedagógiai iskolák esetleges elsorvasztása miatt, s egyértelműen ez vezetett megírásához.

Speck igen kritikusan szól az inkluzív iskolarendszernek az UNESCO által is kiemelt „az iskola mindenkié” jelszaváról, mely szerinte utópia, hiszen mindig lesznek kivételes esetek, olyan súlyos fogyatékosok, akiknek optimálisabb az ellátása a speciális intézményekben. Irreálisnak tartja azt is, hogy egyes szakemberek a speciális iskolák teljes felszámolásáról „álmódoznak”. Mivel Speck nem fogadja el azt, hogy az inkluzív iskola képes lehet a tanulók teljeskörű heterogén összetételével megbirkózni, továbbá azt sem, hogy a többségi iskola lesz elsődlegesen felelős a fogyatékos gyermekekért, nem lát éles különbséget „integráció” és „inklúzió” fogalmai között, s ezért a könyvben mindvégig a kapcsolt „integráció/inklúzió” megjelölést alkalmazza.

A továbbiakban a szerző zárókövetkeztetései közül emelünk ki néhányat. Az inklúzió az integráció továbbfejlesztett változataként a fogyatékos gyermekek és fiatalok egyértelmű jogát jelenti a többségi iskolához. Nyitott kérdés azonban, meddig lehet elmenni „az iskola mindenkié” elvének megvalósításában. A speciális iskolákban tanulók száma túl magas, a pedagógiai rászorultság minimumára kell ezt csökkenteni de csak olyan mértékben, ahogyan a többségi iskolák megteremtik az integrációhoz/inklúzióhoz a magas szintű tanulási lehetőségeket. A szülők joga az iskola típusának és helyének kiválasztása, meghatározott esetekben (pl. súlyosabb értelmi fogyatékosok, komoly magatartási zavarok) azonban biztosítani kell, hogy a fejlesztő iskola mellett is dönthessenek. Miután a döntés esetenként nem könnyű, a szakmai tanácsadás lehetőségét is biztosítani kellene. A gyógy- vagy speciális pedagógia nem sorvadhat el a jövőben, normatív és tudományos funkciója vitathatatlan. Nemcsak a normatív elvet képviseli, hanem tudományos szakágként feladata az is, hogy elemezze és nyomon kövesse az integráció/inklúzió gyakorlati megvalósulását, beleértve az akadályokat és az esélyeket. Szükség van a regionális alapú tartós nyomon követésre, arra, hogy ez ne csak a kísérleti vagy modell-intézményekben történjék. Az integráció/inklúzió feltételeit a szerző a következőkben látja:

- A pedagógusoknak az integratív fejlesztéshez szükséges hozzáállása és kompetenciái.
- A fogyatékos és nem fogyatékos gyermekek szüleinek megfelelő támogatása.
- Az osztályközösségek nem fogyatékos tanulóinak készsége az elfogadásra és támogatásra, ill. képessége ennek megtanulására, s annak biztosítása, hogy a tanterv szerinti haladásuk nem válik az integráltak miatt frusztráló problémává.
- Csökkentett osztálylétszám a fogyatékos tanulók korlátozott száma mellett.
- Kiegészített személyi feltételek (második pedagógus, további gyógypedagógus, asszisztensek)
- Az épület akadálymentessége.
- A speciális igényeknek megfelelő tanítási és tanulási eszközök.
- Az egyéni foglalkozások lehetőségének biztosítása.
- Az oktatás módszertani váltása a közös tanulás lehetőségének érdekében.
- A pedagógusok közötti jó együttműködés az összehangolt integratív hozzáállás alapján.
- Az integráció iránt elkötelezett iskolavezetés.

A könyv főfejezetei a következők: a közös tanuláshoz vezető hosszú út (történelmi visszapillantás), integráció – az iskolarendszer első strukturális változásai (az integráció mint komplex cél, szociális integráció, iskolai integráció), inklúzió – metafora a közös tanulás fokozásáról (az inklúzió értelmezése, az ENSZ-határozat, nemzetközi tapasztalatok, nyitott kérdések), kora gyermekkori nevelés mindenki számára (az óvodai nevelés tapasztalatai). A kötetet gazdag szakirodalom-jegyzék és tárgymutató zárja.

Összefoglalólag megállapíthatjuk, hogy a könyv alapvető gondolataival a magyar szakemberek bizonyára nem vitatkoznak, hiszen a szélsőséges, minden tanulót integrálni akaró szemlélet a német gyakorlattal ellentétben sohasem jelent meg hazánkban. A szerző aggodalmait a jelenlegi anyagi megszorítások és az integráció megvalósíthatóságának kapcsolatában ugyancsak oszthatjuk, habár itt már jelentős a különbség a rendelkezésre álló források tekintetében. Reméljük, hogy felkeltettük a gyógypedagógus szakemberek érdeklődését a könyv iránt, mely sajnos magyarul nem áll rendelkezésre.

Csányi Yvonne

TONY ATTWOOD:

Különös gyerekek. Kalauz az Asperger szindrómáról szülőknek és nevelőknek

(Asperger's Syndrome, A Guide For Parents and Professionals)

(Fordította: Dr. Simó Judit)

ANIMUS KIADÓ, BUDAPEST, 2008. 224 OLDAL

„Mindig is azt az elvet vallottam, hogy ha nem tudunk egyszerű fogalmakkal elmagyarázni valamit, akkor feltehetőleg nem is értjük azt.” Aligha jellemezhetnénk a szerző e szavainál pontosabban azt a szemléletet, amely áthatja Tony Attwood¹ *Különös gyerekek* című könyvét.

A kötet elsősorban szülőknek és pedagógusoknak tartalmaz hasznos tanácsokat a nevelés terén. Magyarázatot ad az autizmus és az Asperger-szindróma közti különbségre, segítséget nyújt annak meghatározásában, hogy hol a határ a viselkedészavar vagy nevelési hiányosságokból adódó viselkedési problémák és az autisztikus

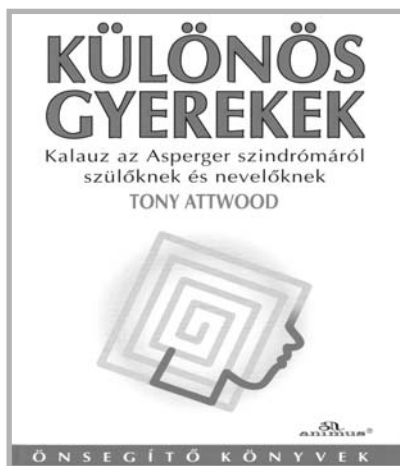
¹ Tony Attwood (szül.: 1952) Ausztráliában élő pszichológus, PhD-fokozatát Londonban szerezte. A *Különös gyerekek* című könyv először Londonban, 1998-ban jelent meg, azóta 20 nyelvre fordították le.

viselkedés között. Ezenfelül a szerző nem fedkezik meg a szakmabeliekről sem. A tudományos vizsgálatokra alapuló állítások mellett számos továbbvezető szakirodalmi hivatkozás segíti a témában való alaposabb elmélyülést. A szakirodalom áttekintését megkönnyíti a könyv végén található bibliográfia is.

A *Különös gyerekek* felépítése nagymértékben támaszkodik a szindróma fő meghatározóira, a viselkedést befolyásoló zavarokra: a szociális interakciók sérülésére, a megkésett nyelvi fejlődésre és az érzékelési zavarra. Nemcsak leírja a tüneteket, hanem Asperger-szindrómás emberek feljegyzéseiből idézve hiteles, egyszerű és bámulatba ejtő magyarázatot kapunk az autisztikus viselkedésekre. A fejlődés és a fejlesztés sikeres előrehaladása érdekében fontosnak tartom az elfogadást, melyhez kivételesen nagy empátia szükséges. Tony Attwood segít megérteni az Asperger-szindrómások nehézségeit, mely a világban való eligazodási hátrányukból fakad, valamint a szülőik helyzetére és az autizmussal való küzdelmükre is felhívja figyelmünket. A fejlődési zavarok mellett kiemelkedő szerepet kap az identitás kialakulása, a serdülőkorban bekövetkező lelki sérülések és a felnőttkori élet megpróbáltatásai. A könyvben olvashatunk az Asperger-szindróma mellé társuló neurológiai eredetű sérülésekről, az utolsó fejezetben pedig a fogyatékkal kapcsolatos 23 leggyakoribb kérdésre kaphatunk részletes, gyakorlatias választ mintegy 51 oldalon keresztül.

Mindezek mellett a legfontosabb pozitívuma a könyvnek, hogy a tények és esetek ismertetése mellett segítséget nyújt az Asperger-szindrómás gyerekek személyiségének elfogadásában, ötleteket ad, hogyan könnyíthetjük meg társas fejlődésüket az óvodai és iskolai környezetben. Az integráció megvalósulását nem feltétlenül a tanórák keretein belül látja megvalósíthatónak, hanem a pedagógusoknak a szabadidős tevékenységek során is fontos útmutató szerepet szán. Számos inspiráló ötlettel gazdagodunk, melyek úgy segítik a fejlesztésre szoruló gyerekek beilleszkedését, hogy ugyanakkor a csoport többi tagja számára is igen hasznosak lehetnek. A fejezetek végén egy praktikus összefoglaló táblázat emeli ki a hatékony neveléshez szükséges legfontosabb tudnivalókat.

Mivel Magyarországon is egyre nagyobb szerepet kap az integráció, fontosnak tartom, hogy minden pedagógus tisztában legyen a különböző fogyatékoságok legjellemzőbb tulajdonságaival. Az autizmus és az Asperger-szindróma esetében különösen is fontos felhívni erre a figyelmet, hiszen ezek felismerése jóval nehezebb, mint a köztudatban már jobban meghonosodott rendellenességeké vagy éppen az érzékszervi fogyatékoságoké. A témába vágó tájékoztató jellegű – és visszatérve a bevezető gondolathoz: közzérhető – könyvek száma meglehetősen csekély. Tony Attwood könyvét éppen azért tartom hasznosnak, mert mindhárom problémát mindenki számára érthető, érdekes és körültekintő módon orvosolja.



Schmidt Noémi

Tartalom

ELŐSZÓ

<i>Gereben Ferencné – Rosta Katalin – Kajáry Ildikó:</i> 40 éves a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete	81
--	----

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

<i>Bertalan Regina:</i> A nyelvfeljedési zavarok logopédiai diagnosztikai megközelítésével kapcsolatos problémák	83
<i>Horváth Viktória – Gósy Mária:</i> Születési rizikótényező hatása az anyanyelv-elsajátításra	97
<i>Györkő Enikő – Lábadai Beatrix – Beke Anna:</i> Téri viszonyok és a nyelvi reprezentáció a koraszülötteknél	106
<i>Balázs Boglárka:</i> Hangterápiával is gyógyítható organikus hangképzési és beszédhibák	122
<i>Fábián Zsuzsanna:</i> „Teremtő Beszéd”: a verbális kommunikáció képességének változása és ennek viselkedésszabályozó hatása	128
<i>Rácz Katalin – F. Földi Rita – Barthel Betty:</i> A beszéd- és mozgásfejlődés összefüggései	136
<i>Gombkötő Andrea – Fehér Ildikó – Gifló Péter – Kovács Zsuzsanna – Perjés Beatrix – Simó Judit – Vályi Réka – Szauer Csilla:</i> Autizmussal élő emberek életminőségének javítása az Országos Autizmus Stratégia fejlesztései által	146
<i>Köböl Erika – Topál József:</i> Játék vagy munka? A kutyás terápia lehetőségei a tanulásban akadályozott gyermekek fejlesztésében	159
<i>Papp Gabriella – Perlusz Andrea – Schiffér Csilla – Szekeres Ágota – Takács István:</i> Két út van előttem...? Speciális és többségi intézmények közötti kooperáció és konkurencia a sajátos nevelési igényű tanulók oktatásában	170

A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

<i>Sáringerné Szilárd Zsuzsanna:</i> A Wii játék fejlesztő hatása az értelmi sérültek körében	188
---	-----

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

Bass László (szerk.): „Amit tudunk és amit nem... ... az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon.” (<i>Gróz Andrea</i>)	196
Otto Speck: Iskolai inklúzió gyógypedagógiai szemszögből – retorika és realitás (<i>Csányi Yvonne</i>)	199
Tony Attwood: Különös gyerekek. Kalauz az Asperger szindrómáról szülőknek és nevelőknek (<i>Schmidt Noémi</i>)	201

Table of Contents

PREFACE

<i>Mrs. Gereben, Ferencné – Rosta, Katalin – Kajáry, Ildikó:</i> 40th Anniversary of Hungarian Association of Special Education	81
--	----

ORIGINAL PUBLICATIONS

<i>Bertalan, Regina:</i> Problems for Logopedics in Assessment of Developmental Language Disorders	83
<i>Horváth Viktória – Gósy Mária:</i> The Effect of Birth Risk Factor on Language Acquisition	97
<i>Györkő, Enikő – Lábadi, Beatrix – Beke, Anna:</i> Development of Spatial Language in High Risk Preterm Children	106
<i>Balázs, Boglárka:</i> The Organic Phonation and Speech Disorders That Can Be Cured with Voice Therapy Too	122
<i>Fábián, Zsuzsanna:</i> Of Language with Creating Function. The Evolution of Verbal Communication Ability and Its Behavioral Effect	128
<i>Rácz, Katalin – F. Földi, Rita – Barthel, Betty:</i> The Connection Between The Speech- and Motion Development	136
<i>Gombkötő, Andrea – Fehér, Ildikó – Giffló, Péter – Kovács, Zsuzsanna – Perjés, Beatrix – Simó, Judit – Vályi, Réka – Szauer, Csilla:</i> Improving the Quality of Life of Persons with ASD with the Implementation of the National Strategy on Autism	146
<i>Köböli, Erika – Topál, József:</i> Work or Play? The Role of Therapy Dogs in the Therapeutic Intervention for Children with Learning Disabilities	159
<i>Papp, Gabriella – Perlusz, Andrea – Schiffer, Csilla – Szekeres, Ágota – Takács, István:</i> Two Roads Ahead of Me...? – Cooperation and Competition for the Education of Special Needs Students between Special Education and General Education Classrooms	170

FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

<i>Mrs. Sáringer Szilárd, Zsuzsanna:</i> The Effects of Wii-exergaming on the Development of People with Intellectual Disabilities	188
--	-----

BOOKS AND NOVELTY

Bass, László (ed.): „What we know and what we do not... – The State of People with Intellectual Disabilities” (<i>Gróz, Andrea</i>)	196
Speck, Otto: Inclusion in School in an Aspect of Special Education – Rhetoric and Reality (<i>Csányi, Yvonne</i>)	199
Attwood, Tony: Asperger’s Syndrome. A Guide For Parents and Professionals (<i>Schmidt, Noémi</i>)	201

A jubileumi kiadvány megjelenését támogatta:

NEMZETI EGYÜTTMŰKÖDÉSI ALAP
HUMANO MODO ALAPÍTVÁNY
