

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2013 – XLI. évfolyam

1

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

Stefanik Krisztina

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

2013. január–március

Felelős kiadó:

GEREBEN FERENCNÉ DR. elnök – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete

1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. (gereben@barczy.elte.hu)

DR. ZÁSZKALICZKY PÉTER dékán – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar

1097 Budapest, Ecseri 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

*BME Kognitív Tudományi Tanszék¹, ELTE BGGyK Gyógypedagógiai
Pszichológiai Intézet², ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék³*

TROG-H: új sztenderdizált módszer a nyelvtani megértés fejlődésének vizsgálatára

LUKÁCS ÁGNES¹ – GYÓRI MIKLÓS² – RÓZSA SÁNDOR³
alukacs@cogsci.bme.hu

Absztrakt

Cikkünkben a nyelvtani fejlődés vizsgálatának egy újonnan adaptált sztenderdizált, egyszerű mérőeljárását szeretnénk bemutatni. A TROG-H (Test for Reception of Grammar-Hungarian; Nyelvtani Szerkezetek Megértése Teszt) a nyelvtani megértést vizsgálja, 72 tétellel. A résztvevőnek minden feladat esetében 4 kép közül kell választania azt az egyet, amelyik megfelel az elhangzott frázisnak vagy mondatnak. Ez az első magyar nyelvi teszt, amely tág életkori tartományban (3–14 éves korig, összesen 1476 gyerektől) tartalmaz reprezentatív mintán gyűjtött normatív adatokat. Reményeink és előzetes tapasztalataink szerint széles körben alkalmazható a nyelv és kommunikáció fejlődési zavarai, így a specifikus nyelvfejlődési zavar, a hallássérülés, értelmi sérülés, autizmus spektrum zavarok és a cerebrális parézis vizsgálatában, de a felnőttkori afázia nyelvi megértési képességeinek vizsgálatára is használható.

Kulcsszavak: nyelvtan, fejlődési zavarok, megértési képességek

Cikkünkben a nyelvtani fejlődés vizsgálatának egy újonnan adaptált sztenderdizált, egyszerű mérőeljárását szeretnénk bemutatni. Közleményünk – az autizmus spektrum zavarok bekezdés kivételével – a TROG magyar nyelvű kézikönyvéből átvett részeket tartalmaz, beleértve az ábrákat és a grafikonokat is.¹ A TROG-H (Test for Reception of Grammar-Hungarian; Nyelvtani Szerkezetek Megértése Teszt) a nyelvtani megértést vizsgálja. A TROG Dorothy Bishop által összeállított és sztenderdizált eredeti angol nyelvű változata 1983-ban jelent meg. A mérőeszközzel végzett első magyar vizsgálatokat Dorothy Bishop útmutatásaival 2002-ben kezdtük meg. Az elmúlt évek során közel 1500 gyereket vizsgáltunk a teszttel; e nagy minta alapján készítettük el a TROG hazai normáit 3 éves kortól egészen 14 éves korig.²

1 BISHOP, D.V.M. (2012). *TROG – Test for Reception of Grammar. Kézikönyv*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft. A hazai pszichometriai eredmények részletes bemutatás a kézikönyvben található: LUKÁCS Á. – GYÓRI M. – RÓZSA S. (2012): A TROG pszichometriai jellemzőinek magyar vizsgálata, a normák kialakítása. In BISHOP, D.V.M. (2012): *TROG – Test for Reception of Grammar. Kézikönyv*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft.

2 A TROG-ot népszerűségének és kiváló klinikai alkalmazhatóságának köszönhetően már több nyelvre is adaptálták (pl. svéd, olasz, dán), újabb változatát (TROG-2) és elektronikusan felvehető formáját (TROG-E) is kidolgozták. Bár a TROG-2 minden tétele újrarajzolt, az elméleti koncepció lényegében nem változott. Az új verzióban a feladat sorokat néhány új blokkal nehezítették, néhány könnyebben teljesíthetőt pedig elhagytak, a szókincskártákat lecserélték képekre és a feladatokban szereplő személyek és állatok viszonyát kifejező igéket általánosították, hogy a jelnyelvhasználók számára is egyértelműen kifejezhető legyen.

A TROG adaptációja régóta fennálló hiányt pótol: ez az első magyar nyelvű, nyelvtani fejlődést vizsgáló teszt, amely reprezentatív életkori normákkal rendelkezik és emellett jogtiszta. A magyar nyelvi fejlődés vizsgálatában legalább két területen nehézséget okoz a sztenderdizált tesztek hiánya: 1.) ilyen tesztek nélkül nehéz megbízható képet kapni a tipikus nyelvi fejlődés főbb állomásairól, arról, hogy milyen életkorban milyen szerkezetek jelennek meg problémát a gyerekeknek, milyen eltéréseket figyelhetünk meg ebben más nyelvekhez képest. Ennek az elméleti érdekességen kívül a gyakorlati jelentősége is nagy lehet, például az iskolaérettség vizsgálatában, vagy a gyerekeknek szóló (például tankönyvi) nyelvezet kialakításában. 2.) A nyelvi és kommunikációs fejlődés zavarainak megfelelő diagnózishoz elengedhetetlen a reprezentatív mintán sztenderdizált, életkori normákkal rendelkező tesztek használata. Az elméletileg motivált, specifikus funkciókat vizsgáló és részletes tesztek nemcsak a pontos diagnózisban, hanem a célzott és sikeres fejlesztésben is nagyon fontosak.

A magyar nyelvfejlődés vizsgálatában eddig nem állt sztenderdizált nyelvi teszt a gyakorló szakemberek rendelkezésére, pedig a vizsgálataink során velünk együtt dolgozó logopédusok támogatásából és a TROG-H iránti lelkesedéséből kiderült, hogy az ilyen tesztek jelentősen segítenék a munkájukat. A TROG-H a nyelvtani tudás szintjének felmérésére szolgáló általános tesztként a diagnózis támogatásán túl lehetővé teszi a különböző fejlődési zavarokkal élő csoportok nyelvi profiljának összehasonlítását, a szorosabban vett nyelvi, illetve kommunikációs zavarok megkülönböztetését, valamint a magyarban a sérülésre leginkább érzékeny szerkezetek összehasonlítását más nyelvek hasonló szerkezeteivel. Reményeink szerint tehát a TROG-H a gyakorló szakembereknek segítséget nyújt a diagnózisban és fejlesztésben, és sztenderdizált tesztként támogatja nemcsak a nyelvfejlődési zavar(ok) diagnózisát, de a tipikus nyelvfejlődés vizsgálatát is. Előzetes eredmények azt mutatják, hogy az afáziák és más olyan felnőttkori zavarok vizsgálatában is hasznosnak bizonyulhat, ahol a nyelvi képességek sérülnek.

A tesztfelvétel nagy részben az ELTE PPK, valamint a PPKE pszichológus hallgatóinak műhelymunkája volt (Lukács Ágnes és Győri Miklós irányításával), de jelentős mennyiségű adatot köszönhetünk a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola logopédus hallgatóinak is, és Kas Bencének, aki az ottani hallgatók munkáját megszervezte. Köszönettel tartozunk minden óvodának és iskolának, és az ott dolgozó pedagógusoknak, akik lehetővé tették és segítették intézményükben a tesztelést. Az afáziás adatokat Mészáros Évának köszönhetjük.

Az adatok gyűjtésében és rendezésében az alábbi pályázatok keretében velünk dolgozó kutatási asszisztensek is segítséget nyújtottak: *Morphological Deficits in Specific Language Impairment*³, *A nyelv mentális reprezentációja*⁴, *Nyelvi és emlékezeti funkciók kognitív neuropszichológiai vizsgálata*⁵, *Kognitív és idegrendszeri plaszticitás*⁶, az ELTE Európai Léptékkal a Tudásért, ELTE Kutatóegyetemi pályázata.⁷

A teszt előnye, hogy tág életkori tartományban használható (4–12 éves korig), és afáziás (vagy más nyelvi nehézségekkel is járó zavart mutató) felnőttek vizsgálatára is

3 2005–2008. NIH 2 R01DC00458-18/511-1776-01 prof. Laurence B. Leonard, magyar témavezető: Lukács Ágnes. Lukács Ágnes 2005-től 2008-ig, valamint 2010-től a Bolyai János-ösztöndíj támogatta.

4 2005–2008. OTKA TS 049840 (témavezető: Pléh Csaba, BME Kognitív Tudományi Tanszék).

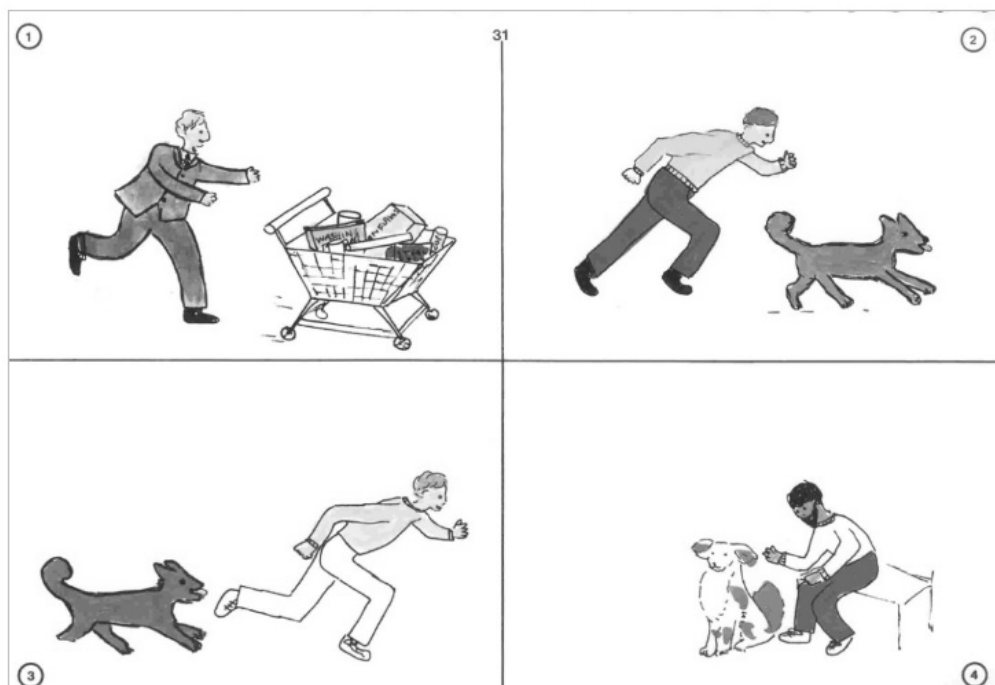
5 2001–2004. OTKA T 034814 (témavezető: Pléh Csaba, BME Kognitív Tudományi Központ).

6 2002–2005. NKFP 0172/5/2002 (témavezető: Pléh Csaba, BME Kognitív Tudományi Központ).

7 2010–2012, TÁMOP 4.2.1/B-09/KMR-2010-0003 (Atipikus fejlődés elemi projekt, Győri Miklós témavezetésével, ELTE BGGYK Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet).

alkalmas. A résztvevőnek minden feladat esetében 4 kép közül rámutatással kell választania azt az egyet, amelyik megfelel az elhangzott frázisnak vagy mondatnak, vagyis nem igényel a vizsgálati személytől expresszív nyelvi viselkedést, vagyis beszédet. A tesztképek határozott körvonalakkal rendelkeznek és élénk színűek. A kidolgozás során fontos cél volt a vizuálisan nehezen megkülönböztethető vagy felismerhető képek kizárása. A tesztmondatok korlátozott, egyszerű szókincsre épülnek; így minimális annak az esélye, hogy valaki azért válaszol rosszul, mert nem ismeri az egyes szavak jelentését. Minden nyelvtani szerkezet megértésének vizsgálatához 4 olyan tétel tartozik, amelyekhez egyenként 4 válaszlehetőség társul. Ennek alapján 0,4% a valószínűsége annak, hogy a gyerek véletlenszerű mutogatással mind a 4 tételre helyesen válaszoljon. Ez azt jelenti, hogy a TROG valós képet tud adni az egyes szerkezetek megértéséről, így nemcsak a megértés általános szintjének értékelésére használható, hanem rámutathat a személy számára külön nehézséget jelentő specifikus területekre is. A hibamintázatok azonosítása jelezheti a megértés kudarcának okát is.

A teszt összeállításakor további szempontot jelentett az elterelő ingerek (rossz válaszalternatívák) típusának kiválasztása. Egy többszörös választásos feladatban a teljesítményt nemcsak a tesztmondatok bonyolultsága befolyásolja, hanem az is számít, hogy milyen specifikus elterelő elemek képezik részét annak a képsorozatnak, amiből választani kell. Egy gyerek megértheti azt a mondatot, hogy „*a kör a csillagban van*” amikor a helyes választ jelentő képen kívül még olyanok vannak, ahol a kör a csillag fölött, alatt és mellett van, de lehet, hogy rosszul válaszol ugyanerre a mondatra, ha az elterelők között van olyan is, ahol egy csillag van egy körben és a szórend, valamint a ragok megértése kulcsfontosságúvá válik.



1. ábra. A TROG-H 31. tétele. „A férfi kergeti a kutyát”

A nagyon gyengén teljesítő gyerekek miatt Bishop fontosnak találta, hogy *lexikális* és *nyelvtani elterelő*k is legyenek. A *lexikális elterelő* kép az egyik szó tartalma tekintetében tér el a tesztmondattól, míg a *nyelvtani elterelő* kép csak a nyelvtani szerkezetében, például egy toldalékban, funkciószóban, vagy szórendben különbözik attól. Például a TROG 31. tételénél (1. ábra) „*A férfi kergeti a kutyát*” esetében a 4. kép „*A férfi simogatja a kutyát*” és az 1. kép „*A férfi kergeti a bevásárlókosarat*” lexikális elterelő. A lexikális elterelő segítségével a hibamintázat alapján megállapíthatjuk, hogy a nyelvtani szerkezetek megértésével van-e specifikus nehézsége a gyerekeknek (ebben az esetben a vizsgálati személy a nyelvtani elterelőre mutatva hibázik), vagy általánosabb problémája van. Az a gyerek, aki nem figyel vagy nem emlékszik a tesztmondatra, vagy nem nézi végig alaposan a képeket, várhatóan sok lexikális hibát ejt. Az *M* blokkon túljutó gyerekek várhatóan már nem ejtenek túl sok lexikális hibát, ezért e pont után nincsenek lexikális elterelő a tesztben. Innentől kezdve minden elterelő elem nyelvtani, és minden elterelő kép olyan helyzetet ábrázol, amelyet a célmondatban szereplő szavak tartalmával le lehet írni, de más szórenddel vagy más nyelvtani szerkezettel.

A TROG magyar normáinak kialakítása

A TROG eredetileg az angol nyelvre kidolgozott nyelvfejlődési teszt, amely nyelvtani szerkezetek megértését vizsgálja az egyszerűektől a bonyolultak felé haladva. Miután Dorothy Bishop (1983), a TROG szerzője nagylelkűen rendelkezésünkre bocsátotta a TROG-ot először a kutatásainkhoz, majd sztenderdizálás céljából is, azt találtuk, hogy a szerkezetek nagy részéhez könnyű magyar megfelelőt találni és elegendő a fordítás, nincs szükség nyelvi adaptációra. Ugyanakkor a két nyelv közötti szerkezeti eltérések eredményeznek különbségeket is. Az *M* blokk az angolban az *in* és az *on* téri prepozíciókat vizsgálja, a magyar nyelv prepozíciók helyett a ragokkal (-ban és -on) jelöli ezeket a téri viszonyokat. A *H* blokkban (felcserélhető szereplőjű *Alany-Ige-Tárgy* szórendű mondatok) az angol gyerekeket a szórend és az igei szerkezet jellemzői igazítják el, míg a magyarban elsősorban a főnévi esetragok jelentik a kulcsot a szereplők azonosításához. Az eltérések ellenére a párhuzamos szerkezetek fejlődése hasonló ívet mutat a két nyelvben, így a legtöbb esetben nem jelent problémát az angol szerkezetek átültetése a magyarra.

A magyar változathoz az *I* és *L* blokkokat kihagytuk. Az *I* blokk az angolban a hímnemű/nőnemű személyes névmások megértését vizsgálja, a magyarban a névmások nem jelölnek nem szerinti különbségeket. Az *L* blokk az eredeti angolban felcserélhető szereplőjű passzív (szenvedő) szerkezeteket vizsgál, a magyarban a passzív szerkezetek használata ritkább, és az angol eredetiben használt igékből (*kerget, tol*) a magyarban nem képzünk passzív szerkezeteket, és a magyar passzív szerkezetekben általában nincs jelen a cselekvő („*A lány kergetve van a ló által*” a magyarban sokkal kevésbé hangzik természetesen, mint az angol „*The girl is chased by the horse*”). A minta egy része esetében ezeket a passzív szerkezeteket aktív, *Tárgy-Ige-Alany* szórendű mondatokkal váltottuk fel, ezeken azonban a magyar gyerekek sokkal jobban teljesítettek, mint angol társaik a felcserélhető szereplőjű mondatokon (már 5 éves korban 85%, szemben az angol 5 évesek 50% körüli teljesítményével; az angolban a 85% körüli teljesítmény csak 8 éves korban jellemző). Ez azt mutatta, hogy az alternatív szerkezet a magyarban jóval kevésbé érzékeny az angol megfelelőjénél, és a fejlődési görbéje nem különbözik jelentősen a *H* blokkétól (felcserélhető szereplőjű *Alany-Ige-Tárgy*

szórendű mondatok), ami a szerkezet kihagyása mellett szólt. Így a végső magyar változat összesen 18 blokkból, vagyis $18 \times 4 = 72$ tételből áll. A vizsgált szerkezeteket az 1. táblázat tartalmazza.

A vizsgálati személynek, mint említettük, minden tétel esetében 4 kép közül kell kiválasztania azt az egyet, amelyik megfelel a tesztfeltevő által mondott kifejezésnek vagy mondatnak. Négy tétel alkot egy blokkot; mindegyik blokk egy adott szerkezet megértését vizsgálja. A tesztet általában a teljesített blokkok száma, nem pedig a helyesen megválasztott egyedi tételek száma alapján értékeljük. Egy blokkot akkor tekintünk teljesítettnek, ha a gyerek mind a 4 tételre helyesen válaszolt. A blokkok nehézségi sorrendben követik egymást. A tesztfelvételt akkor kell abbahagyni, ha a személy 5 egymást követő blokkot elhibáz. A tesztfelvétel kb. 10–20 percet vesz igénybe. A TROG segítségével a tesztfeltevő megállapíthatja, hogy milyenek a vizsgálati személy megértesi képességei a vele egykorúakhoz képest, és rámutathat a specifikus nehézséget jelentő nyelvi szerkezetekre is.

Angol		Magyar
A	Főnév	✓
B	Ige	✓
C	Melléknév	✓
D	Kételemű kombináció	✓
E	Tagadás	✓
F	Háromelemű kombináció	✓
G	Egyes/többes számú személyes névmás	✓
H	Felcserélhető szereplőjű aktív	✓
I	Hímnemű/nőnemű személyes névmás	A magyarban a névmások nem jelölnek nem szerinti különbségeket, ezért ezt a blokkot kihagytuk.
J	Egyes/többes számú főnévrag	✓
K	Középfok/felsőfok	✓
L	Felcserélhető szereplőjű passzív	Ezeket a szerkezeteket <i>Tárgy-Ige-Alany</i> szórendű felcserélhető szereplős aktív mondatokkal fordítottuk le; mivel azonban a fiatalabb korosztályoknak sem jelentettek nehézséget, kihagytuk őket.
M	<i>In</i> (-ban) és <i>on</i> (-on) téri előjárósók	Megtartottuk, de prepozíciók helyett a magyar nyelv ragokkal jelöli ezeket a téri viszonyokat.
N	Alanyi mellérendelő szerkezet, középre beágyazott mellékmondat, alany-alany	✓
O	X, de nem Y	✓
P	Fölött és alatt	✓
Q	Nemcsak X, de Y is	✓
R	Jobbra beágyazott mellékmondat, alany-X	✓
S	Sem X, sem Y	✓
T	Középre beágyazott mellékmondat, X-alany	✓

1. táblázat. A TROG és a TROG-H szerkezeti felépítése⁸

8 Az I és L blokkokat a magyar változatból kihagytuk – a szerkesztők megjegyzése.

Vizsgálati személyek

A mérőeszköz magyar adaptációs vizsgálatába összesen 1476 gyereket vontunk be. A gyerekek átlagéletkora 7,08 év (szórás: 2,73), a legfiatalabb gyerek 3 éves volt, míg a legidősebb közel 14 éves. A különböző életkori övezetekbe eső gyermekek nemek szerinti gyakoriságát a 2. táblázat szemlélteti.

Életkori csoportok (év;hónap)	Fiúk	Lányok	Összesen
3;0–3;11	38	46	84
4;0–4;2	41	49	90
4;3–4;5	37	32	69
4;6–4;8	36	35	71
4;9–4;11	33	35	68
5;0–5;5	61	63	124
5;6–5;11	59	63	122
6;0–6;11	90	93	183
7;0–7;11	63	70	133
8;0–8;11	77	68	145
9;0–9;11	63	48	111
10;0–10;11	49	45	94
11;0–11;11	40	43	83
12;0–12;11	30	36	66
13;0–13;11	15	18	33
Összesen	732	744	1,476

2. táblázat. A vizsgálati minta nemi és életkori csoportok szerinti megoszlása

A gyerekek egyharmada (34%) fővárosi, 45%-uk más városban, 21%-uk pedig községben él. Az édesanyák iskolai végzettsége tekintetében 8 általánost vagy kevesebb végzett 16%, szakmunkásképzőt végzett vagy érettségivel rendelkezett 48% és főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkezett 36%. Az édesapák iskolai végzettsége megközelítően hasonló mintázódást mutatott.

A fenti eloszlásokat összevethetjük a 2005-ös népszámlálás adataival (Mikrocenzus; KSH 2005), miszerint a 6–15 éves gyerekek körében az anyák legmagasabb iskolai végzettsége az alábbi eloszlást mutatja: 8 általános vagy kevesebb = 24%, szakmunkásképző vagy érettségi = 60%, főiskola és egyetem = 16%. Láthatjuk, hogy a sztenderdizációs mintánkban a 8. általános és az annál alacsonyabb iskolai végzettségű, valamint a szakmunkásképző vagy érettségivel rendelkező anyák százalékos megoszlása alacsonyabb (16 vs. 24%, 48 vs. 60%), míg a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya magasabb (36 vs. 16%).

A szociodemográfiai jellemzők és a TROG-H teljesítmény összefüggését a 3. táblázatban szemléltetjük. Láthatjuk, hogy a TROG-H tesztben elért eredménnyel a legszorosabb, ugyanakkor alacsony együttjárást az anya iskolai végzettsége, és a lakás szobáinak száma adta.

	Tételeken elért teljesítmény	Blokk-teljesítmény
Blokk-teljesítmény	0,94**	–
Anya iskolai végzettsége	0,17**	0,16**
Apa iskolai végzettsége	0,10**	0,09**
Együtt élők száma	-0,02	-0,04
Gyerek testvéreinek száma	-0,01	0,00
Szobák száma	0,11**	0,12**

**p < 0,01; N = 1,476

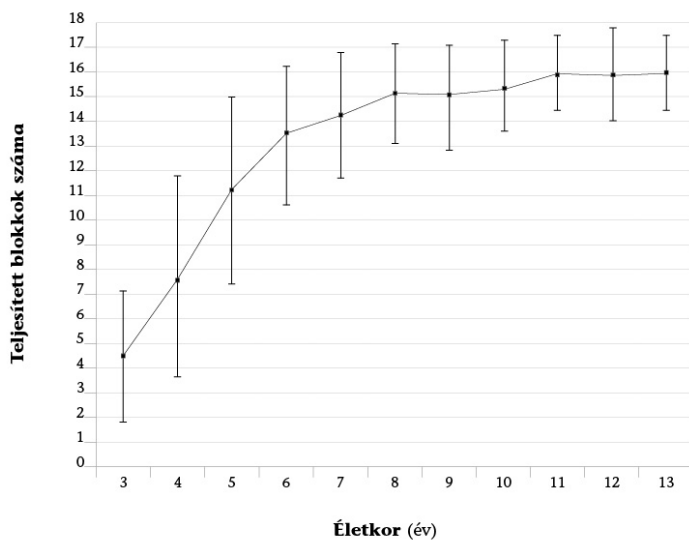
3. táblázat. A szociodemográfiai jellemzők és a TROG-H teljesítmény összefüggései

A brit sztenderdizációs mintán végzett elemzésekhez hasonlóan mi is megvizsgáltuk, hogy az elvárt reprezentatív minta százalékos arányaitól eltérő iskolai végzettség mennyire befolyásolhatja a hazai normákat. A kapott eredményeink szerint megállapítható, hogy bár a szülők iskolai végzettsége hatással van a TROG-ban elért teljesítményre, ez a tényező nem befolyásolta számottevően a hazai normákat.

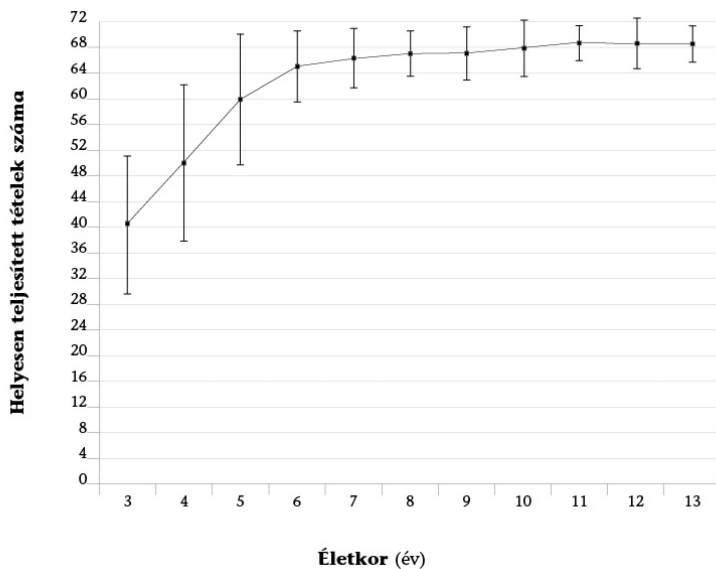
A nyelvi szerkezetek megértésének fejlődése a magyarban

Az adatgyűjtésnél az eredeti TROG sztenderdizációs minta életkori övezeteit tekintettük kiindulópontnak (2. táblázat), így igyekeztünk minden életkori övezetbe a normaképzéshez megfelelő számú gyereket gyűjteni. A 2. és 3. ábrák a TROG-H-ban nyújtott teljesítmény változását mutatják az életkor függvényében (itt csak éves felbontásban). Mindkettőről az olvasható le, hogy a TROG-H a tipikus fejlődésű populációban 11 éves korig érzékeny a nyelvtani fejlődésre, ezután 13 éves korig az átlagos teljesítmény nem javul annak ellenére, hogy még itt sem éri el a maximumot. A tételek szerinti elemzés magasabb teljesítményszintet mutat (annak megfelelően, hogy egy blokk teljesítéséhez a hozzá tartozó 4 tétel mindegyikére helyesen kell válaszolni, ami szigorúbb kritérium).

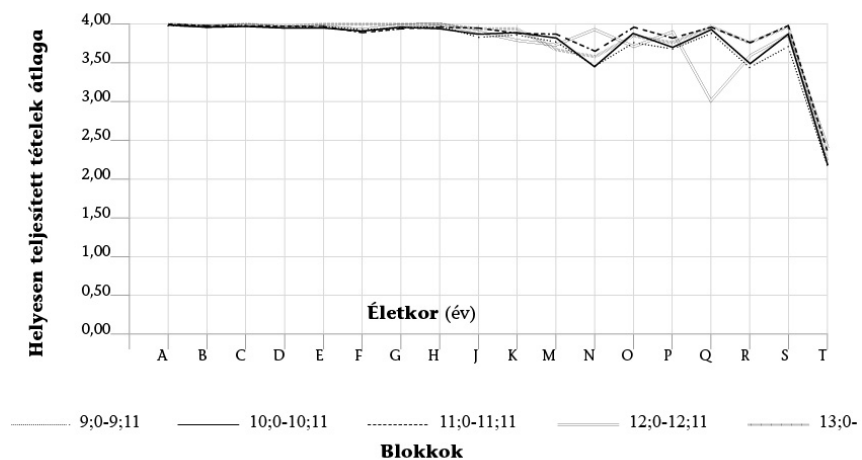
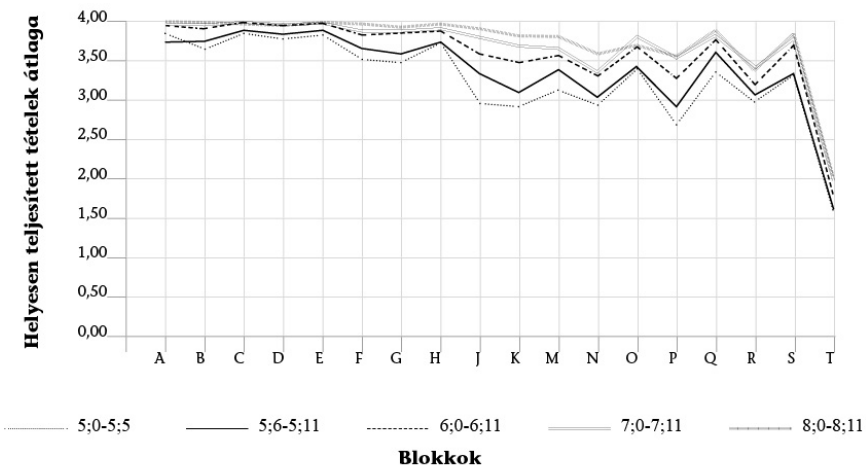
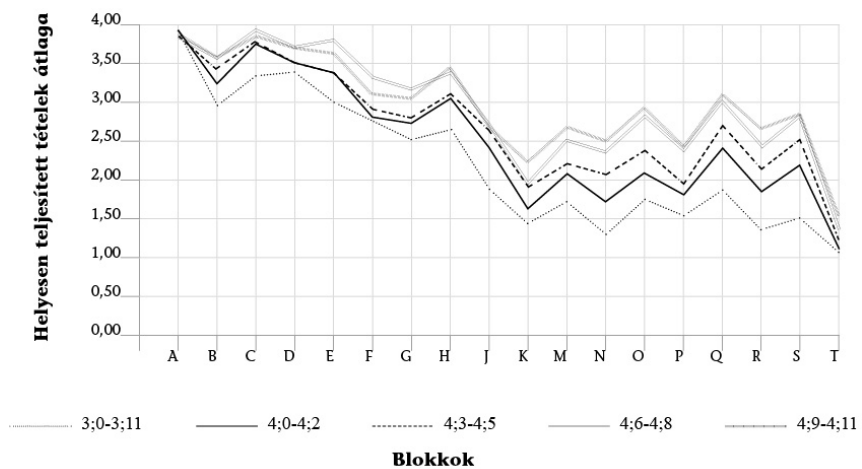
A 2. ábra a blokkonkénti átlagos teljesítményeket mutatja életkori övezetenként. Ebből kiderül, hogy az utolsó blokk (*T*, Középre beágyazott mellékmondat, *X*-alany) teljesítése, vagyis az olyan középre beágyazott mellékmondatokat tartalmazó szerkezetek megértése, ahol a főmondati fej funkciója eltér a mellékmondat alanyi funkciójától, még a 13 éveseknek is nehézséget okoz. Ezen kívül még az *M* (-ban és -on) és *N* (Középre beágyazott mellékmondat, alany-alany), valamint a *P* (fölött és alatt) és *R* (jobbra beágyazott mellékmondat, alany-*X*) blokkokban hibáznak alkalmanként az idősebb korcsoportok tagjai. Ez a mintázat 7 éves kortól kezdődően jellemző. Úgy tűnik tehát, hogy a vonatkozó mellékmondatokat tartalmazó szerkezetek mellett a téri kifejezéseket tartalmazó mondatok megértése a legnehezebb. A 7 évesnél fiatalabbaknál a szerkezetek az *E* bloktól kezdődően fokozatosan nehezednek, de a fenti blokkok itt is nagyobb nehézséget jelentenek. Ebben a korcsoportban a fenti blokkok mellett problémát jelent a *J* (egyes/többes számú főnévrag) és a *K* (középfok/felsőfok) blokk, a náluk is kisebbeknél pedig a *H* (felcserélhető szereplőjű mondatok), és alkalmanként a *G* (egyes/többes számú személyes névmás) és *F* (háromelemű kombinációk) blokkok teljesítése is.



2. ábra. A teljesített blokkok átlagának változása az életkor függvényében (szórásokkal) a TROG magyar változatán



3. ábra. A helyesen teljesített tételek átlagának változása az életkor függvényében (szórásokkal) a TROG magyar változatán



4. ábra. A helyesen teljesített tételek átlaga blokkonként, az egyes életkori csoportokban

Az életkori övezetek és a teljesített blokkok lineáris funkciójának vizsgálata kiváló illeszkedést jelzett ($F = 2065,0$; $p < 0,001$), a 2 változó közötti korreláció mértéke pedig 0,76 volt. A nemzetközi gyakorlatnak megfelelően a TROG-H-ban elért teljesítmény értékelésére a hazánkban is gyakran alkalmazott percentilis-értékeket, valamint az intelligenciamérésnél használatos sztenderd pontszámokat alkalmaztuk; ezeket az adatokat a kézikönyv tartalmazza, a mérőeszköz megbízhatóságára vonatkozó adatokkal együtt.

A TROG-H alkalmazhatóságának hazai tapasztalatai különböző klinikai csoportokban

Nyelvi képességek vizsgálata Williams-szindrómával élő gyerekeknél a TROG használatával

A Williams-szindróma (WSz) genetikai sérülésen alapuló ritka (1/25000 élveszületés) neurokognitív fejlődési zavar, amelyet a 7. kromoszóma hosszú karján bekövetkező mikrodélécio okoz (FRANGISKAKIS és mtsai 1996; KORENBERG és mtsai 2000). A szindróma fizikai és orvosi velejárói a következők: jellegzetes arcberendezés, ízületi bántalmak, emésztési-, szív- és érrendszeri problémák, gyermekkori hiperkalcémia és a szívből vezető főverőér szűkülete (WILLIAMS–BARRAT-BOYES–LOWE 1961; BEUREN 1972). A genetikai sérülés az értelmi képességeket is érinti: a Williams-szindróma enyhe-középsúlyos intellektuális képességszavart von maga után, ezen belül azonban a megismerőképes-ségek eltérő mértékben érintettek, és a szindrómára jellemző mintázatot mutatnak (pl. BELLUGI–LICHTENBERGER–JONES–LAI 2000). A problémamegoldás és tervezés súlyos zavart szenved, nagyfokú elmaradás mutatnak a téri emlékezeti, tanulási és konstrukciós képességek: új környéken egyedül képtelenek tájékozódni, a gyakran bejárt rövid útvonalakat is nehezen tanulják meg, rosszul rajzolnak és egyszerű mintázatokat sem tudnak pontosan lemásolni. Emellett a nyelvi képességeik a többi képességhez és más intellektuális képességszavarban szenvedő csoportok nyelvi képességeihez mérten viszonylag jók.

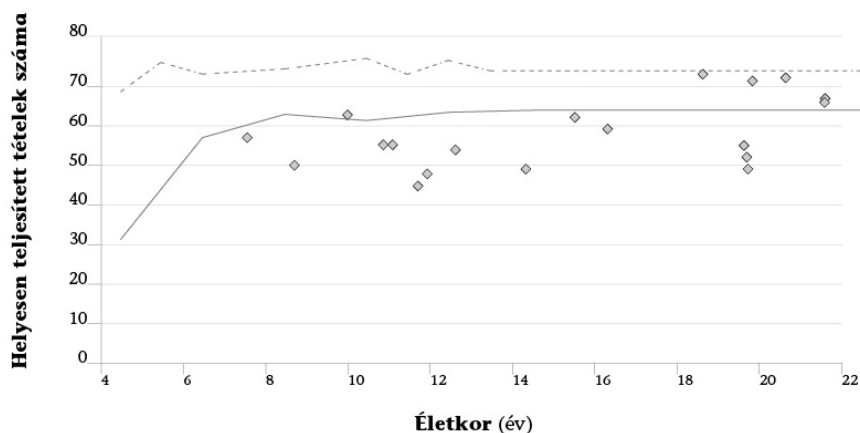
A Williams-szindrómával élők (WSz) nyelvi képességeivel kapcsolatban jelentős vita bontakozott ki a szakirodalomban. A korai kutatások mellett érveltek, hogy a nyelv (pl. BELLUGI és mtsai 1988), vagy specifikusabban a nyelvtan (CLAHSEN–ALMAZAN 1998; CLAHSSEN–TEMPLE 2003) szelektíven érintetlen marad a Williams-szindrómában az értelmi sérülés ellenére: ez fontos érv mellett, hogy a nyelvi képesség független más megismerőképes-ségektől. A vizsgálatok nagy része azonban ma már azt mutatja, hogy a Wsz nyelvi teljesítménye azért elmarad a mentális kor alapján elvárhatótól, és a nyelv-elsajátítás menete is atipikus lehet (VOLTERRA–CAPRICI–PEZZINI–SABBADINI–VICARI 1996; KARMILOFF-SMITH és mtsai 1997, 1998; THOMAS–KARMILOFF-SMITH 2002).

A TROG-ot számos tipikus és atipikus csoportokra irányuló nyelvfejlődési vizsgálat alkalmazza a nyelvtani képességek általános mérőeszközeként és szűrőtesztként, illesztési mutatóként vagy akár speciális kísérleti célokra is. A Wsz nyelvi vizsgálataiban is gyakran használják, bár az eredmények és a konklúziók nagy változatosságot mutatnak. Bellugi és mtsai első eredményei (BELLUGI–MARKS–BIHRLE–SABO 1988; BELLUGI–BIHRLE–JERRIGAN–DOHERTY 1990; BELLUGI–WANG–JERRIGAN 1994) a jó nyelvi képességeket hangsúlyozták: az általuk vizsgált 6 Wsz személy számára (szemben a fiatalabb tipikus fejlődésű gyerekekkel és a Down-szindrómával élőkkel) nem jelentett nehézséget a bonyolultabb szerkezetek közé tartozó felcserélhető szereplőjű passzív mondatok

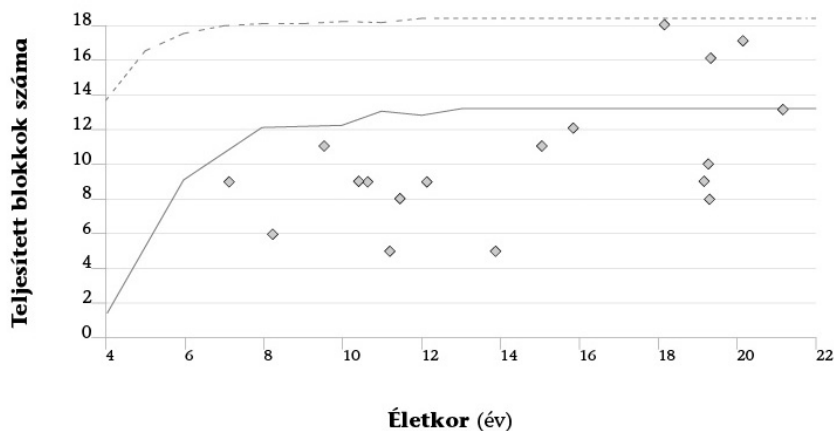
megértése. Mervis és mtsai (1999) egy nagyobb vizsgálat (77 WSz személy) adatai alapján amellest érvelnek, hogy a nyelvtani megértés viszonylag jó, de nem érintetlen Williams-szindrómában. Ebben a mintában a WSz személyek 56%-a az életkorának megfelelő normális tartományon belül teljesített, de a vonatkozó mellékmondatok (központi és jobbra beágyazás esetén is) megértése (központi és jobbra beágyazás esetén is) problémát jelentett. Karmiloff-Smith és mtsai (1997) egy másik mutatót használva 18 WSz személyt (8–34 éves, átlagéletkor: 18 év) tesztelték a TROG-gal: eredményeik szerint a WSz személyek átlagos tesztora 6 év 7 hónap volt, ami sokkal alacsonyabb a szókinccsszintjük alapján várhatónál. Ez a vizsgálat is megerősítette, hogy a központi beágyazás a legnehezebb szerkezet, és a kvalitatív elemzés azt is megmutatta, hogy a WSz személyek inkább nyelvtani, nem pedig lexikális hibákat ejtettek, ami a nyelvtan érintetlensége ellen szól a WSz személyeknél. Az olasz anyanyelvű WSz személyek nyelvi teljesítményének vizsgálata során Volterra és mtsai (1996) is azt találták a TROG-ban, hogy a teljesítmény elmarad az életkor alapján várhatótól; az olasz verzióban a legtöbb hibát a prepozíciók és a névmások nem szerinti megkülönböztetésének megértését tesztelő és a felcserélhető szereplőket tartalmazó blokkokban ejtették.

Jelentős egyéni különbségek lehetnek a WSz nyelvtani képességeiben (ahogy más képességek terén is). Clahsen és Almazan (1998) is elemezték a vizsgálataikban 4 WSz személy TROG eredményeit, és 2 személynél hibátlan teljesítményt találtak, a másik 2 gyermek pedig a középfok/felsőfok (K), illetve a fölött és alatt (P) megértését tesztelő blokkokban hibázott. Phillips, Jarrold, Baddeley és Karmiloff-Smith (2004) 32 WSz személy TROG teljesítményét (8:3–38:1 éves, átlagéletkor: 21:5 év) hasonlították egyrészt egy enyhe tanulási nehézségekkel küzdő csoporthoz, másrészt tipikus fejlődésű gyerekekhez. Ezzel az összehasonlítással az volt a céljuk, hogy megvizsgálják, vajon a WSz személyek gyengébb teljesítménye a téri elemeken mutatott speciális nehézségek köszönhető-e (szerintük ide tartoznak a következő blokkok: M (in és on), P (fölött és alatt), és K (hosszabb, nagyobb, magasabb, mint). A csoportokat szorosan illesztették a TROG-ban ejtett összes hiba száma szerint, a 3 csoport azonban eltérő blokkokban hibázott. A WSz személyek a másik 2 csoporthoz képest jóval többet hibáztak a téri blokkokban (K, M és P), míg a másik 2 csoportnál kevesebb hibát ejtettek az S blokkban (sem X, sem Y szerkezet).

A Williams-szindróma átfogó kognitív vizsgálatának keretében (lásd LUKÁCS 2005; LUKÁCS–PLÉH–RACSMÁNY 2004, 2005, 2007; RACSMÁNY–LUKÁCS–PLÉH 2002, 2008) és megfelelő magyar tesztek hiányában fontosnak tartottuk, hogy ezt a csoportot megvizsgáljuk egy olyan tesztrel, amit különböző nyelveken használtak már, ezáltal kiderülhet, hogy a magyarban – egy az angoltól szerkezetileg ennyire eltérő nyelvben – ugyanazok a konstrukciók okoznak-e problémát a WSz nyelvtani teljesítményében. Az alábbiakban 19 Williams-szindrómával élő személy (8–22 éves, átlagéletkor: 15,4 év) eredményei alapján mutatjuk be, hogy a magyar adatok hogyan illeszkednek a fenti képbe, és mit árulnak el a WSz nyelvi képességeiről. A 5. és 6. ábrán is látható, hogy a 19 fő eredményei hogyan helyezkednek el az életkori normákhoz képest. A vonalak a sztenderdizációs minta életkori átlagától való 1,5 szórási eltérést mutatják, pozitív és negatív irányban. A 19 WSz személyből a helyesen megválasztott tételek száma (5. ábra) alapján 14, a teljesített blokkok száma (6. ábra) alapján 16 személy az így meghatározott övezeten kívül esik, vagy annak az alsó határán helyezkedik el. Ez önmagában jelzi, hogy Williams-szindrómában a nyelvi képességek is sérültek, és a nyelvi teljesítmény messze elmarad az életkor alapján várhatótól, ami a teljesített blokkoknak megfelelően átlagosan 6,5 év (a normacsoport 15,4 éves átlagéletkorával szemben).



5. ábra. A 19 specifikus nyelvfejlődési zavarral élő személy (adatpontok) teljesítménye tételenként az életkori normákhoz képest.



6. ábra. A 19 Williams-szindrómával élő személy (adatpontok) teljesítménye blokkonként az életkori normákhoz képest

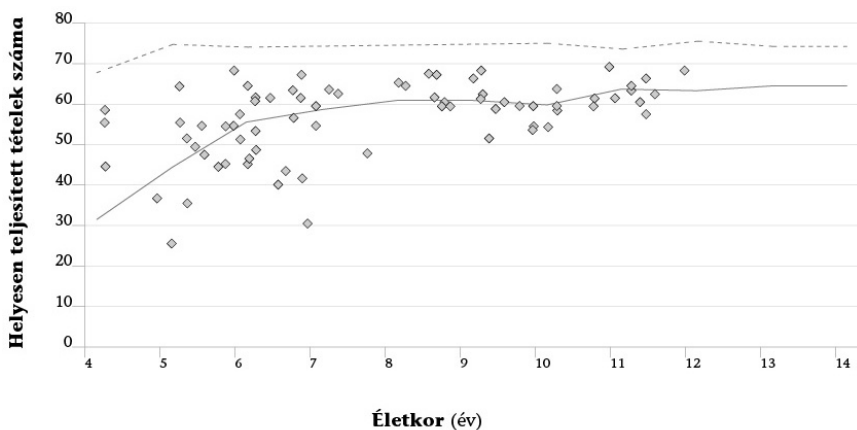
Nyelvtani megértés a specifikus nyelvfejlődési zavarban a TROG-H teljesítmény alapján

A TROG-ot a nemzetközi gyakorlatban leggyakrabban a nyelvi fejlődés zavarainak vizsgálatára használják. A nyelvi fejlődés speciális zavarában a központi deficit a nyelvi vagy nyelvtani tartományban jelentkezik. A *specifikus nyelvfejlődési zavar*ral élő (SNYZ, az angol szakirodalomban *specific language impairment*, SLI) gyerekek a tipikus fejlődésre jellemző tempónál lassabban, és más minőségben sajátítják el az anyanyelvüket: 2–3 éves korban mondják ki az első szavakat, így a szó szerkezetek, mondatok használata még többet késik. A nyelvi zavar annak ellenére jelentkezik, hogy átlagos beszédkörnyezetben nevelkednek, érzékszerveik épek, értelmi képességük legalább átlagos, és neurológiai károsodás, pszichiátriai vagy szociális zavarok sem mutathatók

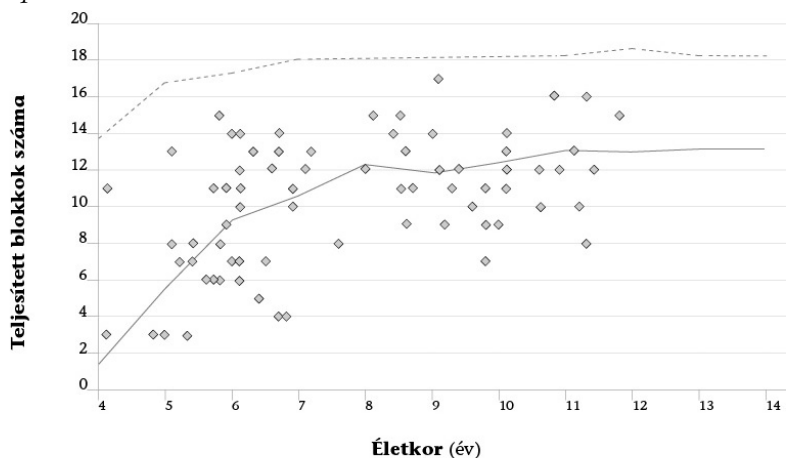
ki náluk. A beszédhangokat rendszerint a normálistól eltérően ejtik, így beszédük sokáig csak az ismerősök számára érthető. Általában még iskoláskorban is egyszerű, gyakran nyelvtanilag hibás mondatokban beszélnek, szókincsük is kisebb, és a beszélt nyelv zavarához gyakran olvasási és írási problémák is társulnak. Mi a specifikus nyelvfejlődési zavar vizsgálatában a TROG-H-t az előzetes sztenderdiszálási eredmények alapján szűrőtesztként alkalmaztuk, és így 79 olyan óvodás- és iskoláskorú nyelvi zavart mutató gyerek eredményeit mutatjuk be (átlagéletkor: 7,75 év), akik megfelelnek a specifikus nyelvfejlődési zavar diagnózisában a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott kritériumoknak, vagyis a fenti kizáró kritériumokon túl 4 nyelvi teszt közül legalább kettőn minimum 1,5 szórásnyival elmarad a teljesítményük az életkori átlagtól. A tesztek a TROG-H mellett a következők: a *Peabody Képes Szókincsteszt* (*Peabody Picture Vocabulary Test*; magyar változat CSÁNYI 1974⁹), a verbális rövidtávú emlékezeti terjedelmet mérő *Álszóismétlési teszt* (RACSMÁNY–LUKÁCS–NÉMETH–PLÉH 2005) és a szerkezeti bonyolultságukban különböző mondatok ismétlését vizsgáló *Magyar Mondatutánmondási Teszt* (*MAMUT*; KAS–LUKÁCS [előkészületben]). Kizáró körülmény volt a *Raven Színes Progresszív Mátrixok* (*CPM*; RAVEN–COURT–RAVEN 1987) nem-verbális intelligenciatesztben elért 85 IQ-pont alatti teljesítmény, vagy halláscsökkenésre, neurológiai problémára utaló adat.

Az SNYZ csoport jelentős elmaradást mutatott a teljesített blokkok számának megfelelő életkor alapján. A csoport 7,75 éves átlagéletkorához képest a teljesített TROG-H blokkok számának megfelelően kalkulált átlagéletkor 5,79 év. A nyelvi zavart mutató csoportot kettébontottuk, a fiatalabb csoportba az 5–7 éves gyerekek kerültek, az idősebbek életkora 7–12 év volt. Az idősebb csoportban (40 gyerek) jelentősebb volt az elmaradás, az átlagéletkoruk 10,0 év, míg a teljesített TROG-H blokkok alapján számolt életkoruk 6,0 év volt; a fiatalabb csoport átlagéletkora 5,83 év, és a teljesített TROG-H blokkoknak megfelelő átlagéletkoruk 5,23 év volt. Az 7. és 8. ábrák azt mutatják, hogy a nyelvi zavart mutató gyerekek TROG-H teljesítményei hogyan helyezkednek el az életkori normákhoz képest (a vonalak a fenti ábrákhoz hasonlóan itt is az átlagtól való 1,5 szórásnyi eltérést jelzik pozitív és negatív irányban is). A teljesített blokkok és a helyesen megválaszolt feladatok alapján is látható, hogy a gyerekek körülbelül fele a normál övezeten kívül vagy annak alsó határán helyezkedik el. Itt is feltűnik az a tendencia, hogy az alulteljesítők aránya nagyobb az idősebb SNYZ gyerekek körében. Csak egy longitudinális vizsgálat tudná eldönteni, hogy a minta sajátosságainak tudható-e be, vagy a nyelvi zavar általános jellemzője, hogy az életkor előrehaladtával nő a lemaradás a tipikus fejlődéshez képest. Érdemes felhívni a figyelmet arra is, hogy az SNYZ gyerekek másik felének teljesítménye a normál övezetbe esett, ami azt jelzi, hogy náluk a kiválasztás nem a TROG-H teljesítményen, hanem a másik 2 nyelvi teszt eredményén alapult. Ez összhangban van azzal az általános megfigyeléssel, hogy a specifikus nyelvfejlődési zavar nem egységes tünetegyüttes. A TROG-H használata tehát azontúl, hogy a gyerekek egy jelentős részénél rámutat a nyelvi zavar meglétére, más tesztekkel együtt alkalmazva lehetővé teszi az egyes altípusok elkülönítését, így a pontosabb diagnózist és fejlesztést is.

9 A PPVT magyar változata (CSÁNYI 1974) nem használható ilyen módon, mert nem volt engedély a jogtulajdonostól a magyar adaptációra, nem rendelkezik megfelelő magyar standardokkal, és nem történt meg a teszt magyar adaptációja sem: a szólista az első angol verzió egyszerű fordítása, az elterelő képek megfelelő adaptációja nélkül.

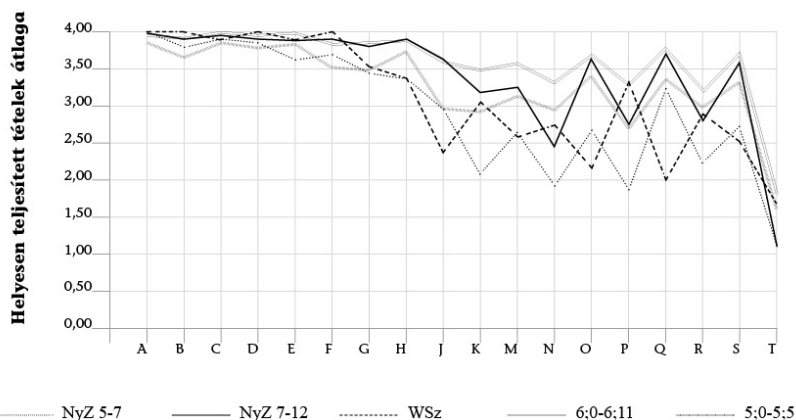


7. ábra. A 79 SNYZ személy (adatpontok) teljesítménye tételenként az életkori normákhoz képest



8. ábra. A 79 SNYZ személy (adatpontok) teljesítménye blokkonként az életkori normákhoz képest

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy Williams-szindrómával élők, valamint a nyelvi zavart mutató gyerekek nyelvi teljesítményprofilja atipikus-e, vagy követi a tipikus fejlődésre jellemző mintázatot. A 9. ábrán látható a WSz csoport, a fiatalabb és az idősebb SNYZ csoport teljesítménye, és a fiatalabb életkori csoportnak megfelelő tipikus fejlődésmentű csoport teljesítménye. Az SNYZ és a WSz csoport teljesítménymintázatát megvizsgálva mindössze 2 ponton találtunk jelentős eltérést: az idősebb SNYZ csoport számára a *K* blokk (felcserélhető szereplőjű *Alany-Ige-Tárgy* szórendű egyszerű mondatok) megértése már könnyebb, mint akár a fiatalabb SNYZ, akár a WSz csoportban, illetve a WSz csoport számára a két SNYZ csoport mintázatához képest viszonylag nehéz az *O* blokk (*X*, de nem *Y*) szerkezetének megértése. Úgy tűnik, a blokkok relatív nehézsége mindhárom csoportban követi a tipikus fejlődésre jellemző mintázatot. Ez alapján azt feltételezhetjük, hogy bár a nyelvi fejlődés elmaradásának különböző okai lehetnek, a nehézséget jelentő szerkezetek ugyanazok, és megfelelnek azoknak, amik a tipikus fejlődésben is később kerülnek be a megértett szerkezetek sorába.



Megjegyzés: NyZ = specifikus nyelvfejlődési zavar, WSz = Williams-szindróma

9. ábra. A specifikus nyelvfejlődési zavarral, a Williams-szindrómával élő és tipikus fejlődésű gyerekek helyesen teljesített tételeinek átlaga blokkonként

Ezek az eredmények fontosak a nyelv és a megismerőképességek függetlenségét érintő elméleti vitában is. A nyelv, vagy specifikusabban a nyelvtan függetlenségét hirdetők szerint a Williams-szindrómában a megismerőképességek általános zavara (értelmi sérülés) mellett meglepően jó nyelvi képességekkel találkozunk, specifikus nyelvfejlődési zavarban pedig elvileg fordított mintázat figyelhető meg: a nyelvi képességek sérülnek, miközben a megismerés többi része érintetlen. Ha ez a kettős disszociáció valóban fennáll, ez fontos érv amellett, hogy a nyelv független a megismerés többi részétől, és a nyelvi elsajátító- és feldolgozó-mechanizmusok csak a nyelv tartományán használt működési módok. Eredményeink azonban nem mutatják ezt a kettős disszociációt: a WSz és SNYZ nyelvtani képességeit vizsgálva a TROG-H tesztben nem találtunk bizonyítékot a WSz személyeknél a nyelvtan szelektív érintetlenségére, és arra sem, hogy a 2 fejlődési zavar nyelvi profilja jelentős eltérést mutatna. A magyar WSz személyek vizsgálata részben más nyelveken végzett vizsgálatokhoz hasonló eredményeket hozott: a téri feladatok nehezebbnek bizonyultak a WSz személyek számára, de nem pusztán ezek miatt volt a WSz teljesítménye összességében gyengébb. A felcserélhető szereplőű, valamint a beágyazott mellékmondatot tartalmazó szerkezetek is gyengébb teljesítményt eredményeztek csakúgy, mint a specifikus nyelvfejlődési zavarban. A téri elemeket tartalmazó szerkezetek összességében mindkét csoportnak nehézséget okoztak, a középfok/felsőfok megértésével együtt; ezek a tipikus fejlődésű gyerekek körében is a később elsajátított szerkezetek közé tartoztak, így lehet, hogy nem(csak) a téri képességek deficitje magyarázhatja a gyengébb teljesítményt, hanem ezeknek a viszonyoknak a fogalmi és nyelvi leképezése is problémát jelenthet.

A TROG-H az autizmus spektrum zavarok vizsgálatában

Nem feltétlenül magától értetődő, de a receptív nyelvtani kompetencia vizsgálata mind a diagnosztikus és fejlesztő munkában, mind pedig az alapkutatás területén igen fontos az autizmus spektrum zavarok kapcsán is. Amint az ma már széles körben ismert, az autizmus spektrum zavarok meghatározásának alapja minőségi fejlődési zavar a komplex viselkedések három aspektusában: (1) a kölcsönös társas viselkedések,

(2) a kölcsönös kommunikatív viselkedések, valamint (3) az érdeklődés és a tevékenység adaptív, rugalmas szerveződésének területén. A reciprok kommunikatív viselkedések zavara mind a nyelvi, mind a nem nyelvi kommunikációban jelentkezik, igen változatos formában. A zavar megnyilvánulása akkor különösen markáns, amikor olyan komplex kommunikációs viselkedésekről van szó, amelyek a másik szempontjának, belső állapotainak rugalmas figyelembe vételét igénylik. A kommunikációs viselkedések zavara megnyilvánul mind a személy saját aktív kommunikatív viselkedéseiben (esetként ezek teljes hiányaként), mind pedig mások kommunikatív viselkedéseinek értelmezésében.

A fenti definíció értelmében tehát a nyelvi sérülések, pontosabban a nyelv formális aspektusainak sérülései nem tartoznak az autizmus spektrum zavarok lényegéhez. (Formális aspektusokon a nyelv mint kombinatorikus szimbólumrendszer nem szükségszerűen kommunikatív használatának alapjait képező tudást értjük: a fonetikai-fonológiai, lexikai és grammatikai-szintaktikai tudást. Ezek együttesen lehetővé teszik jelentéstartó és formailag adekvát kijelentések létrehozását és megértését, de nem involválják a megfelelő pragmatikai és kommunikációs kompetenciát.) Ugyanakkor az autizmus spektrum változatossága a nyelvi, s szorosabban a grammatikai kompetenciában is jelentkezik. A klinikai kép így a nyelvtani képességek igen súlyosan sérülésétől (esetként teljes hiányától) az ép, sőt akár kiemelkedő nyelvi kompetenciáig variál. Az autizmus spektrum mennyiségileg, az esetszámot tekintve is fontos részhalmazában, az Asperger szindrómában diagnosztikusan is feltételezzük a formailag ép nyelvi képességeket, így az ép grammatikát is.

Ugyanakkor a nyelvi (nyelvtani) zavar és az autizmus spektrum zavar nem ritka együttjárása nem tűnik véletlennek: az autizmus genetika hátterének feltárására irányuló kutatások például több olyan gén szerepét is kimutatták, amelyek a specifikus nyelvfejlődési zavar létrejöttében is szerepet kapnak (ld. pl. SOKOL-LAHIRI 2011; GYÖRI [megjelenés alatt]).

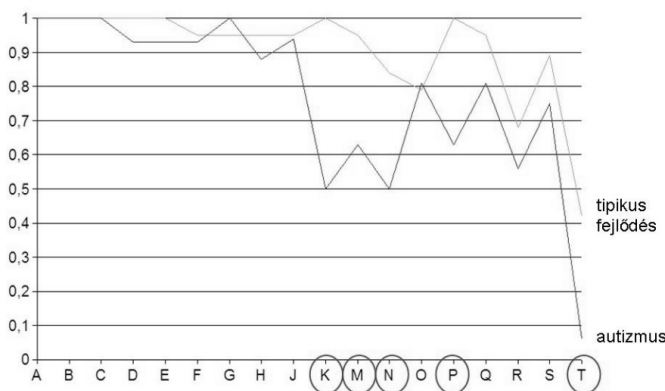
A nyelvtani megértés vizsgálata, így a hazai gyakorlatban a TROG-H alkalmazása, tehát éppen arra segíthet választ találni – például egy diagnosztikus folyamatban –, hogy a *nyelvi kommunikáció* tapasztalt zavara mennyiben a szorosabban vett nyelvi (nyelvtani) képesség, s mennyiben a kommunikatív képesség zavarából fakad. Kissé sarkítva, s differenciáldiagnosztikai példával illusztrálva: a receptív nyelvtan vizsgálata döntő lehet annak megítélésében, hogy egy adott esetben autizmus spektrum zavarról, nyelvfejlődési zavarról (specifikus nyelvfejlődési zavarról), vagy a kettő együttes jelenlétéről van-e szó. A nyelvtani fejlődés monitorozása pedig egyszerre támogatja a szisztematikus fejlesztési folyamatot s a diagnózis időszakos megerősítését/revízióját.

A fenti gyakorlati szempontok mellett érdemes utalni arra is, hogy az utóbbi mintegy másfél évtizedben az autizmus spektrum zavarok mélyebb megértésére irányuló alap- és alkalmazás-kutatásokban is központi kérdés lett az autizmus spektrum zavarok és a nyelvfejlődési zavarok viszonya. A rendelkezésre álló eredmények kifejezetten ellentmondásosak. A sztenderd receptív nyelvi tesztek alkalmazó, az autizmus sajátos nyelvi profilját azonosítani igyekvő, nagy mintákon nyert adatokat átlagoló vizsgálatok (pl. JARROLD és mtsai 1997) a tipikusan fejlődőkhöz hasonló nyelvi profilt tártak fel. Ugyanakkor például az expresszív grammatikát tekintve kimutatható, hogy az illesztett mintákhoz viszonyítva a spontán beszédben kevésbé komplex szerkezeteket alkalmaznak az érintett gyerekek. A produktív szintaxis indexe több vizsgálatban is alacsonyabbnak mutatkozott, mint az illesztett kontrollcsoportoknál (pl. EIGSTI és mtsai 2007). A hatás kimutatható akkor is, ha saját kijelentéseik hosszához viszonyítjuk azok szintaktikai

komplexitását – azaz a produktív szintaxis indexe alacsonyabb lesz a kijelentések átlagos hossza alapján prediktálhatónál, ha a predikció alapjául a tipikus fejlődésben megfigyelhető összefüggést vesszük (SCARBOROUGH és mtsai 1991).

Mások, például Kjelgaard és Tager-Flusberg (2001), a nyelvi profil alapján igyekeztek alcsoportokat azonosítani az autizmus spektrumon belül (ld. még TAGER-FLUSBERG–JOSEPH 2003). Két ilyen, általuk prototipikusnak vélt alcsoportot azonosítottak: egy olyat, ahol a nyelvi képességmintázat (fonológiai, lexikai és grammatikai tesztekkel vizsgálva) nem mutatott eltérést a tipikus fejlődéstől; s egy másikat, ahol a nyelvi profil minőségi, és a specifikus nyelvfejlődési zavarhoz (SNYZ) hasonló sérülést mutatott. Ez az atipikus nyelvi profil jellegzetesen együtt járt a *produktív morfológia* területén mutatkozó nehézségekkel is. Az SNYZ gyerekekhez hasonlóan a sérült profilt mutató, autizmussal élő, angol anyanyelvű gyerekek erős tendenciát mutattak az egyszerű múlt időt, illetve az egyes szám harmadik személyű, jelen idejű igealakot jelölő morfémák elhagyására (TAGER-FLUSBERG–JOSEPH 2003). Hasonló eredményeket kaptak korábban, kisebb mintákon Bartolucci és mtsai (1980) és Tager-Flusberg (1989) is. A nyelvi képességek autizmus spektrum zavarokban megjelenő mintázatainak részletesebb tárgyalásáért lásd: Győri (előkészületben).

A TROG-H használata tehát lényeges előrelépést hozhat az autizmus spektrum zavarokkal kapcsolatos diagnosztikus és nyelvi-kommunikációs fejlesztő munkában, s ugyanakkor – részben a magyar nyelvnek az angoltól eltérő sajátosságai miatt – érdekes adalékokkal szolgálhat az alap kutatások számára is. A részben Stefanik (2005) vizsgálatából származó adatainkat a TROG sztenderdizálás alatt álló magyar változatával nyertük, ezeket Takács Boglárka (2008) elemezte. Ezek szintén arra utalnak, hogy autizmusban a nyelvtani mintázatok minőségileg térnek el a tipikus fejlődésben tapasztalhatóaktól (10. ábra) – különösen, mivel magasan funkcionáló (ép intellektusú, klinikai értelemben jó nyelvi képességeket mutató) gyerekektől származtak. Ugyanakkor óvatossá kell lennünk az eredmények általánosításában a viszonylag alacsony elemszám ($n = 19$), és a heurisztikus illesztés miatt (az átlagos életkorból kiindulva 9 éves tipikusan fejlődők adataival történt az összehasonlítás).



10. ábra. Autizmussal élő és tipikusan fejlődő 9 évesek grammatikai profiljának összehasonlítása. A bekarikázott betűk azokat a blokkokat jelzik, ahol szignifikáns különbség volt a két minta teljesítménye között (mindig az autizmussal élő minta hátrányára): K – középfok/felsőfok; M – téri viszonyok ragokkal (-on, -ban); N – alanyi mellérendelő szerkezetek; P – téri viszonyok névtutókkal (alatt, felett); T – Középre beágyazott mellékmondat. TAKÁCS (2008) nyomán.

Eredményeink részben egybeesnek szakirodalmi adatokkal (pl. FAY–SCHULER 1980; TAGER-FLUSBERG és mtsai 2005). Angol nyelvű autizmussal élő személyeknél sajátos grammatikai nehézségként említik meg a deiktikus aspektusokkal összefüggő nyelvtani szerkezetek kezelését, mind a megértésben, mind a produkcióban. Saját vizsgálatunkban ilyenek a komparatív szerkezetek (*K* blokk), angol nyelvű, autizmussal élő beszélőknél pedig az igeidők (*tense*) koordinálása.

Egy másik korábbi kutatásunkban sikerrel alkalmaztuk a TROG-H akkor sztenderdizálás alatt álló változatát arra, hogy a tudatelméleti képesség és a nyelvtan – tipikus és atipikus fejlődésben is sokat vizsgált – kapcsolatára gyűjtsünk adatokat (GYÖRI és mtsai 2007). A vizsgálatban 55 tipikusan fejlődő gyerek (27 fiú, 28 lány; átlag életkor: 4;4 év, terjedelem: 2;10 év – 6;6 év; szórás: 11,6 hónap); 16 autizmus spektrum zavarral diagnosztizált gyerek (15 fiú és 1 lány, átlagos életkoruk 10;2 év (7;7 – 11;9 évesig), szórás: 15,1 hónap); és 22 különféle nyelvfejlődési zavarral küzdő gyerek (7 lány, 15 fiú, átlag életkor: 6;5 év, terjedelem: 5 –7;7év.; szórás: 8,4 hónap) vett részt.

Alább, a 4. táblázatban csak az autizmus spektrum zavarral élő minta korrelációs eredményeit reprodukáljuk. A kapott korrelációs mintázat – ahogy az angol nyelvű gyerekekről közölt vizsgálatokban is (pl. DE VILLIERS 2000; TAGER-FLUSBERG 2000) – hasonló volt a tipikus gyerekektől nyert eredményekhez, de – megint csak egybeesve a nemzetközi szakirodalommal – erősebb pozitív korrelációkat mutatott a grammatikai és a verbális tudatelméleti fejlődés között, mint tipikus gyerekeknél. A nyelvi zavarral küzdő csoport ezzel szemben nem mutatott koherens összefüggés-mintázatot.

	TROG-H (grammatika)	Szókincs (MAWGYI-R alteszt)	Non-verbális hamis vélekedés teszt
Non-verbális hamis vélekedés teszt	n.sz.	n.sz.	
Verbális hamis vélekedés teszt	0,67**	0,67**	n.sz.
TROG-H (nyelvtan)		0,52*	n.sz.

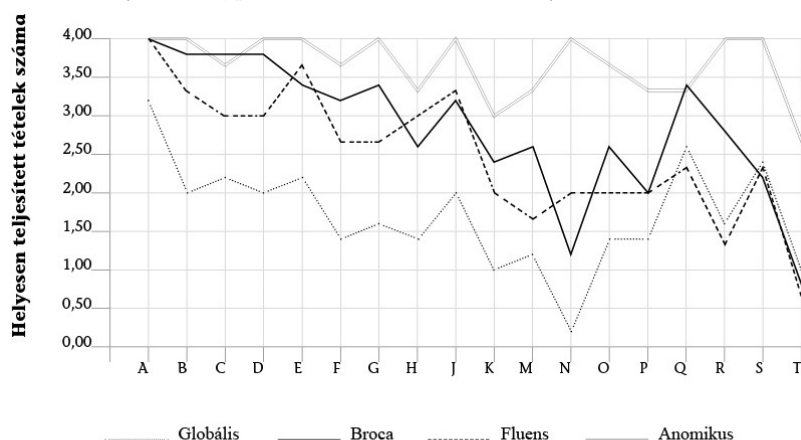
4. táblázat. A kapott korrelációk autizmussal élő mintán (Spearman-féle kétoldalas korrelációk. *: $p \leq 0,05$; **: $p \leq 0,01$).

Autizmus spektrum zavarral élő gyerekektől nyert fenti eredményeink jól illusztrálják, hogy a TROG magyar változata is igen hasznos eszköznek bizonyulhat nem csak a diagnosztikus-fejlesztő munkában, de az e zavarokkal járó nyelvi-kommunikációs-kognitív nehézségek mintázatainak finomabb feltárásában is.

A TROG az afáziák vizsgálatában

Mészáros Éva (előkészületben) különböző típusú afáziák vizsgálatára használta a TROG-H-t, az alábbi adatokért neki tarozunk köszönettel. Az alábbi eredményekhez egyelőre nincsenek életkorban illesztett felnőtt adatok, annyi azonban látható, hogy a TROG több olyan szerkezetet is tartalmaz, amelyek érzékenyek a felnőttkori nyelvi sérülésre is. Mészáros 16 afáziával diagnosztizált személyt vizsgált, és eredményeit a következőképpen összegzi. A *non-fluens afáziasok* közül 5 vizsgálati személy, akik a *WAB* (*Western Aphasia Battery; Western Afázia teszt*) szerint *súlyos értészavart* mutatnak

(globális afázia), a TROG magyar változatának *A, B, C, D, E, J, Q, S* blokkjában jobban teljesített, mint az *F, G, H, K, M, O, P* és *R* blokkokban. A legalacsonyabb teljesítményt az *N* és *T* blokkoknál talált. Az az 5 non-fluens afáziás, akik a WAB szerint *közepesen súlyos értészavart* mutattak (Broca-afázia), általában jobban teljesített, de hibátlan teljesítményt csak az *A* blokkban talált; teljesítményük alacsony volt a *H, K, M, O, P, R, S* blokkokban. A leggyengébb teljesítményt náluk is az *N* és *T* blokkokban figyelhetjük meg. A *fluens afáziások* közül háromnak (2 transzkortikális szenzoros, 1 Wernicke-afázias) a teljesítménye a közép súlyos Broca-afáziásokéhoz volt hasonló. A legalacsonyabb teljesítményt ők is a *T* blokkban mutatták. A 3 anomikus személynek volt a legmagasabb a teljesítménye, de itt sem volt hibátlan. A *H, K, M, P, Q* blokkok mellett, hasonlóan a többi csoporthoz, a *T* blokk jelentette a legnagyobb nehézséget. Az egyes blokkok szerinti teljesítményprofilokat a 11. ábra mutatja.



11. ábra. A helyesen teljesített tételek átlaga blokkonként, a különböző afáziás betegcsoportokban

Az atipikus fejlődésű csoportok fenti eredményeihez hasonlóan itt is a beágyazás (*N, R* és *T* blokkok) és a téri viszonyokat leíró szerkezetek jelentenek nagy nehézséget (*M* és *P* blokkok); ahogy már láttuk, ezek a szerkezetek a legnehezebbek a tipikus fejlődésben is. Afáziában ezek mellett nehézséget jelenthet még a *K* blokk (középfok/felsőfok) és az *O* blokk (*X*, de nem *Y*) megértése is. Érdeemes megfigyelni, hogy a többi blokkon is csak az anomikus csoportban éri el a teljesítmény a maximumot, és vannak különbségek az egyes típusokra jellemző profilok között is (a jelentős egyéni variabilitás mellett). Ezeket a jellemzőket részletesebb elemzés fogja feltárni és típusokhoz kötni (MÉSZÁROS [előkészületben]), életkorban is illesztett kontrolladatokkal. Annyit azonban már most is mutatnak az adatok, hogy a TROG magyar verziója alkalmas a különböző szintaktikai szerkezetek feldolgozásának (megértésének) épségének vizsgálatára a különböző típusú afáziásoknál. Mivel a blokkok kevés számú elemet tartalmaznak, a teszt első, gyors grammatikai „szűrőtesztként” is a klinikai gyakorlatban is.

Alkalmazási lehetőségek

A TROG-H-t a nyelvtani megértés fejlődésének vizsgálatára használhatják a szakemberek. A specifikus nyelvfejlődési zavar (a magyar logopédiai terminológiában diszfázia,

megkésett beszédfejlődés, akadályozott beszédfejlődés, beszédészlelési és megértési elmaradás) diagnózisában és leírásában különösen nagy segítséget nyújt a logopédusoknak és szakértői bizottságoknak, de számos más olyan neurokognitív fejlődési zavar leírásában is segítheti a pszichológusokat és gyógypedagógusokat, ahol a nyelvi fejlődés érintett lehet (ilyen például az autizmus spektrum zavar vagy az intellektuális képességzavarral járó tünetegyüttesek). Iskoláskorban fontos kiegészítő teszt lehet az írott nyelv elsajátítási és feldolgozási zavarainak (diszlexia, diszgráfia) vizsgálatában, mivel a diszlexia és diszgráfia gyakran a nyelvi fejlődés zavarával együtt fordul elő. A TROG-H segítségével megállapítható, hogy az olvasás és írás nehézségei mellett a nyelvtani megértés területén is mutatkozik-e sérülés. Ahogy a bevezetőben említettük, a TROG-H nemcsak a zavarok leírásában és diagnózisában lehet fontos, hanem a célzott fejlesztésben is, ezért azoknak a szakembereknek is ajánljuk, akik ezen a területen dolgoznak. Magyar felnőtt normatív adatok ugyan egyelőre nem állnak a rendelkezésünkre, de előzetes eredmények és az angol tapasztalatok azt mutatják, hogy a TROG-H a nyelvet érintő, felnőtt- és időskorban jelentkező vagy szerzett zavaroknak a vizsgálatában is hasznos lehet (elsősorban az afázia vizsgálatában, de az időskori demencia különböző formáinak vizsgálatában is segítséget nyújthat).

Irodalom

- BARTOLUCCI, G.–PIERCE, S.J.–STREINER, D. (1980): Cross-sectional studies of grammatical morphemes in autistic and mentally retarded children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 39–50.
- BELLUGI, U.–BIHRLE, A.–JERNIGAN, T.–DOHERTY, S. (1990): Neuropsychological, neurological and neuroanatomical profile of Williams syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 6, 115–125.
- BELLUGI, U.–LICHTENBERGER, L.–JONES, W.–LAI, Z. (2000): The neurocognitive profile of Williams syndrome: a complex pattern of strengths and weaknesses. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12, 7–29.
- BELLUGI, U.–MARKS, S.–BIHRLE, A.–SABO, H. (1988): Dissociation between language and cognitive functions in Williams syndrome. In BISHOP, D.–MOGFORD, K. (eds): *Language development in exceptional circumstances*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 177–189.
- BELLUGI, U.–WANG, P.P.–JERNIGAN, T.L. (1994): Williams syndrome: An unusual neuropsychological profile. In BROMAN, S.–GRAFMAN, J. (eds): *Atypical cognitive deficits in developmental disorders: Implications for brain function*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 23–56.
- BEUREN, A.J. (1972): Supravalvular aortic stenosis: A complex syndrome with and without mental retardation. *Birth Defects*, 8, 45–46.
- BISHOP, D.V.M. (1983). *Test for Reception of Grammar*. The author's publication.
- CLAHSEN, H.–ALMAZAN, M. (1998): Syntax and morphology in Williams syndrome. *Cognition*, 68(3), 167–198.
- CLAHSEN, H.–TEMPLE, C. (2003): Words and rules in children with Williams syndrome. In LEVY, Y.–SCHAEFFER, J. (eds): *Language competence across populations*. Mahwah, NJ, Erlbaum Press. 323–352.
- CSÁNYI, F.I. (1974): *Peabody Szókincs-Teszt*. Budapest: Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola.
- DE VILLIERS, J. (2000): Language and theory of mind: what are the developmental relationships? In BARON-COHEN, S.–TAGER-FLUSBERG, H.–COHEN, D. J. (eds) (2000): *Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press.
- EIGSTI, I.M.–BENNETTO, L.–DADLANI, M. B. (2007): Beyond pragmatics: Morphosyntactic development in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1007–1023.

- FRANGISKAKIS, J.M.–EWART, A.K.–MORRIS, C.A.–MERVIS, C.B.–BERTRAND, J.–ROBINSON, B.F.–KLEIN, B.P.–ENSING, G.J.–EVERETT, L.A.–GREEN, E.D.–PRÖSCHEL, C.–GUTOWSKI, N.J.–NOBLE, M.–ATKINSON, D.L.–ODELBERG, S.J.–KEATING, M.T. (1996): LIM–Kinase1 hemizygoty implicated in impaired visuospatial constructive cognition. *Cell*, 86, 59–69.
- GYÖRI M. (előkészületben): Nyelv, kommunikáció és kogníció atipikus mintázatai és kapcsolatai autizmusban. In PLÉH Cs.–LUKÁCS Á. (szerk.): *A pszicholingvisztika magyar kézikönyve*.
- GYÖRI M. (megjelenés alatt): A neurokognitív fejlődési zavarok viselkedésgenetikája. In BEREZKEI T.–HOFFMANN GY. (szerk.): *Gének, gondolkodás, személyiség. Bevezetés a humán viselkedésgenetikába*. Budapest: Akadémiai.
- GYÖRI M.–HAHN N.–VÁRNAI Zs.–SAJÓ E.–STEFANIK K.–BALÁZS A. (2007): Nem verbális eljárás a hamis-velekedés-tulajdonítás tesztelésére: eredmények tipikusan fejlődő és atipikus fejlődésű gyermekektől. In RACSMÁNY M. (szerk.): *A fejlődés zavarai és vizsgálómódszerei. Neuropszichológiai diagnosztikai módszerek*. Budapest: Akadémiai.
- JARROLD, C.–BOUCHER, J.–RUSSELL, J. (1997): Language profiles in children with autism. *Autism*, 1, 1, 57–76.
- KARMILOFF-SMITH, A.–GRANT, J.–BERTHOUD, I.–DAVIES, M.–HOWLIN, P.–UDWIN, O. (1997): Language and Williams syndrome: how intact is “intact”? *Child Development*, 68(2), 246–262.
- KARMILOFF-SMITH, A.–TYLER, L.K.–VOICE, K.–SIMS, K.–UDWIN, O.–HOWLIN, P.–DAVIES, M. (1998): Linguistic dissociations in Williams syndrome: evaluating receptive syntax in on-line and off-line tasks. *Neuropsychologia*, 36, 343–351.
- KAS, B.–LUKÁCS, Á. (előkészületben): *Magyar Mondatutánmondtási Teszt*.
- KJELGAARD, M.–TAGER-FLUSBERG, H. (2001): An investigation of language impairment in autism: implications for genetic subgroups. *Language and Cognitive Processes*, 16, 287–308.
- KORENBERG, J.R.–CHEN, X.-N.–HIROTA, H.–LAI, Z.–BELLUGI, U.–BURIAN, D.–ROE, B.–MATSOUKA, R. (2000): Genome structure and cognitive map of Williams syndrome. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12, 89–107.
- KSH (2005): Mikrocenzus 2005. Internetes hivatkozás: <http://www.nepszamlalas.hu/mc2005/>
- LUKÁCS, Á. (2005): *Language Abilities in Williams Syndrome*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- LUKÁCS, Á.–PLÉH, Cs.–RACSMÁNY, M. (2004): Language in Hungarian children with Williams syndrome. In BARTKE, S.–SIEGMÜLLER, J. (eds): *Williams Syndrome across Languages*. Amsterdam: John Benjamins. 187–220.
- LUKÁCS, Á.–PLÉH, Cs.–RACSMÁNY, M. (2005): Nyelvi képességek Williams-szindrómában. *Pszichológia*, 4, 309–347.
- LUKÁCS, Á.–PLÉH, Cs.–RACSMÁNY, M. (2007): Spatial language in Williams syndrome: evidence for a special interaction? *Journal of Child Language*, 34/2, 311–343.
- MERVIS, C.–MORRIS, C.A.–BERTRAND, J.–ROBINSON, B.F. (1999): Williams syndrome: Findings from an integrated program of research. In TAGER-FLUSBERG, H. (ed.): *Neurodevelopmental disorders*. Boston, Mass: MIT Press. 65–111.
- MÉSZÁROS, É. (előkészületben): A TROG-H az afáziák vizsgálatában.
- PHILLIPS, C.E.–JARROLD, C.–BADDELEY, A.D.–GRANT, J.–KARMILOFF-SMITH, A. (2004): Comprehension of spatial language terms in Williams syndrome: evidence for an interaction between domains of strength and weakness. *Cortex*, 40, 85–101.
- RACSMÁNY, M.–LUKÁCS, Á.–NÉMETH, D.–PLÉH, Cs. (2005): A verbális munkamemória magyar nyelvű vizsgálóeljárásai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 4, 479–505.
- RACSMÁNY, M.–LUKÁCS, Á.–PLÉH, Cs. (2002): Munkamemória és nyelvelsajátítás Williams-szindrómában. (Working memory and language acquisition in Williams syndrome): *Pszichológia*, 22(3), 255–267.
- RACSMÁNY, M.–LUKÁCS, Á.–PLÉH, Cs. (2008): Támpont és útvonal, téri emlékezet Williams-szindrómában: a Térkép-feladat. In PLÉH Cs. (szerk.): *A fejlődési plaszticitás és idegrendszer*. Budapest: Akadémiai Kiadó. 87–102.
- RAVEN, J.–COURT, J.–RAVEN, J. (1987): *Raven's Progressive Matrices and Raven's Colored Matrices*. London: H. K. Lewis.

- SCARBOROUGH, H.S.–RESCORLA, L.–TAGER-FLUSBERG, H.–FOWLER, A.E.–SUDHALTER, V. (1991): The relation of utterance length to grammatical complexity in normal and language-disordered groups. *Applied Psycholinguistics*, 12, 23–45.
- SOKOL, D. K.–LAHIRI, D. K. (2011): The Genetics of Autism. In MATSON, J.L.–STURMEY, P. (eds): *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (1st ed.). New York: Springer. 77–98.
- STEFANIK K. (2005): *Az iskoláskorra vonatkozó prognózis kérdése autizmusban – a korai képességmintázat és a naiv tudatelméleti vonatkozású viselkedések szerepe*. Publikálatlan Ph.D. disszertáció. ELTE Pszichológiai Doktori Iskola.
- TAGER-FLUSBERG, H. (1989): A psycholinguistic perspective on language development in the autistic child. In DAWSON, G. (ed.): *Autism: New directions in diagnosis, nature and treatment*. New York: Guilford Press. 92–115.
- TAGER-FLUSBERG, H. (2000): Language and understanding minds: connections in autism. In BARON-COHEN, S.–TAGER-FLUSBERG, H.–COHEN, D. J. (eds) (2000): *Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press.
- TAGER-FLUSBERG, H.–JOSEPH, R.M. (2003): Identifying neurocognitive phenotypes in autism. In FRITH, U.–HILL, E. (eds): *Autism: mind and brain*. Oxford: Oxford University Press. 43–66.
- TAGER-FLUSBERG, H.–PAUL, R.–LORD, C. (2005): Language and communication in autism. In VOLKMAR, F.–PAUL, R.–KLIN, A.–COHEN, D. (eds): *Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Vol. 1–2*. Third Edition. Hoboken, NJ: Wiley. 335–364.
- TAKÁCS B. (2008): *Atypical patterns of syntax acquisition. Receptive grammar in autism, SLI and typical development, using the TROG-H*. Nem publikált szakdolgozat, ELTE Pszichológiai Intézet.
- THOMAS, M.S.C.–KARMILOFF-SMITH, A. (2002): Are developmental disorders like cases of adult brain damage? Implications from connectionist modelling. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(6), 727–788.
- VOLTERRA, V.–CAPIRCI, O.–PEZZINI, G.–SABBADINI, L.–VICARI, S. (1996): Linguistic Abilities in Italian Children with Williams Syndrome. *Cortex*, 32, 663–677.
- WILLIAMS, J.C.P.–BARRATT–BOYES, B.G.–LOWE, J.B. (1961): Supravalvular aortic stenosis. *Circulation*, 24, 1311.

1%-OS FELAJÁNLÁS

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

Adószám: 19024251-1-42

A koragyermekkori intervenciós rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei

KEREKI JUDIT

j.kereki@gmail.com

Absztrakt

Az utóbbi években zajló koragyermekkori intervenció működésével kapcsolatos empirikus kutatások számos hiányosságot tártak fel, amelyek akadályozzák a rendszerszerű működés megvalósulását. Többek között a szabályozási, finanszírozási környezet ellentmondásai, az áttekinthetetlen intézményháló, a követhetetlen, szabályozatlan gyerek-utak, az ellátórendszerben való továbblépést gátló információhiány és az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei nehezítik a gyerekek és családjaik ellátó rendszerbe való bekerülését, és a megfelelő minőségű szolgáltatásokhoz való hozzájutását. A tanulmány azokat a legfontosabb problématerületeket foglalja össze, amelyeknek azonosítása szükséges a stratégiai döntések meghozatalához és a rendszer fejlesztési lehetőségeinek kialakításához, valamint megoldási javaslatokat is kínál.

Kulcsszavak: koragyermekkori intervenció, intézményrendszer, szabályozás, finanszírozás, adatgyűjtés, minőségi standardok, gyerekút, egyenlőtlenség

1. Bevezetés

A korai gyermekéveknek a fejlődésben betöltött kitüntetett szerepe a szakemberek körében evidencia. A gyermeki fejlődés üteme az első években a leggyorsabb, a mozgásos, kognitív, nyelvi funkciók kiépülése, a szociális, önszabályozó képesség kialakulása, az érzelmi biztonság, fizikai egészség megalapozása ebben az időszakban zajlik, és jelentősen befolyásolja a későbbi életlehetőségeket. A gyermekek egészséges fejlődését számos tényező veszélyezteti, a biológiai, egészségügyi károsodások, a kedvezőtlen szocioökonomiai jellemzők, a környezeti feltételek, az érzelmi, pszichés sérülések, elhanyagoltság, illetve ezek együttes hatásai erőteljesen befolyásolhatják, késleltethetik, akadályozhatják azt. Nem mindegy, hogy a gyermeket és családot körülvevő ellátó rendszerben felismerik-e, illetve mikor ismerik fel és azonosítják a problémákat, segítik-e a szülőt a felismerésben, eljutnak-e a szükséges információk az érintettekhez, biztosítja-e a rendszer a szolgáltatásokhoz való hozzáférést, az időben való ellátásba kerülést, garantálja-e megfelelő színvonalú ellátást.

A koragyermekkori intervenció rendszerszerű működése lehetne az egyik garanciája a kliensközpontú, mindenki számára megfelelő hozzáférést biztosító, elérhető, átlátható,

1 A tanulmány alapvetően támaszkodik az Educatio Kft.-nek a TÁMOP 3.1.1. „21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció” c. kiemelt projektje keretében 2012-ben készült összefoglaló tanulmányra (Kereki 2012). A tanulmányban leírtak részben elhangzottak a Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének 2012. évi, Kiskőrösön megrendezett, 40. Országos Szakmai Konferenciájának „Regionális helyzetelemzés a koragyermekkori intervenció rendszerszerű működésének megalapozásához” c. előadása keretében.

időben nyújtott minőségi szolgáltatásnak. A korai ellátórendszer eredményesebb és hatékonyabb működésének nem csak az érintettek szintjén vannak pozitív hozadéakai, hanem állatársadalmi szinten is, hiszen köztudottan a korai életszakaszban nyújtott prevenciós és intervenciós beavatkozásoknak hosszú távú megtérülései magasabbak, mint a későbbi beavatkozásoké.

Az utóbbi néhány évben a koragyermekkori intervenció működését, illetve fejlesztési lehetőségeit vizsgáló kutatások² több olyan kritikus tényezőre hívták fel a figyelmet, amelyek komoly akadályt képeznek a rendszerszerű működés kialakításának. A koragyermekkori intervenció fejlesztésének megvalósításához a rendszer működésének ismerete, valamint a működést akadályozó tényezők azonosítása szükséges, amely a stratégiai szintű elképzelések kialakításához adhat kiindulási alapot. A működés jellemzőinek leírható problémakörei rendszer szinten és intézményi szinten is azonosíthatóak. A továbbiakban az utóbbi évek kutatási eredményei alapján a stratégiai szempontból legfontosabb problémákat és az azokra adható lehetséges megoldási javaslatokat ismertetem.

2. Rendszerszintű jellemzők

2.1. Szabályozási szemlélet

A rendszerszerű működést alapvetően kedvezőtlenül befolyásolja az a sajátosság, hogy a koragyermekkori intervenció felelőssége három szakterület – az egészségügyi, a szociális és az oktatási – között oszlik meg. Nem segített a széttagoltságon az sem, hogy a három ágazat irányítása 2010 óta egy minisztérium alá került. Pedig a koragyermekkori intervenció komplex terület, amelyet nehéz ágazati megközelítéssel koherensen lefedni. A jelenlegi ágazati jogszabályokban szórványosan jelennek meg a korai ellátásra vonatkozó elemek, nehéz bennük az eligazodás, csak néhány ponton kapcsolódnak össze, ugyanakkor több szempontból tapasztalható párhuzamosság.³ Hiányzik a koragyermekkori intervenció egységes rendszerként való kezelése és ennek a szabályozásban való tükröződése, az ágazatok közötti összehangolt együttműködés. A jogszabályok harmonizálása várat magára. A közös nyelv kialakítását az egységes terminológia hiánya is akadályozza.

2.2. Finanszírozási kérdések

Komoly gondot okoz, hogy a költségvetési szemlélet felülírja az ágazati célokat, és így a finanszírozás nem illeszkedik a korai ellátás igényeihez. Az állami költségvetésből

2 2008-2009-ben, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium megrendelésére, a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány *Korai Intervenciós Központok fejlesztése* c. programja keretében a TÁRKI-TUDOK Zrt. a kora gyermekkori intervenciós rendszer működését vizsgálta (Lásd KERÉKI-LANNERT 2009a; KERÉKI-LANNERT 2009b). A kutatáshoz kapcsolódóan készült egy megyei szintű elemzés is, amely a rendszer működését egy anomáliákkal küzdő terület, egy átlagos és egy jól működő hálózat összehasonlításán keresztül közelítette meg (KERÉKI 2009; KERÉKI 2010). 2010 nyara és 2011 januárja között az Educatio Kft. TÁMOP 3.1.1. programjának keretében a TUDOK-AITA 2010 konzorcium a rendszer belső összefüggéseit elemző *Helyzetfeltárás, regionális helyzetelemzések* c. kutatást végezte el (eredményeket lásd KERÉKI 2011).

3 Az 1993. évi LXXIX. közoktatási törvény és a hozzá kapcsolódó rendelet (4/2010. OKM rendelet a pedagógiai szakszolgálatokról) egy koherens (bár szövevényes) rendszerben biztosította a közoktatás által nyújtott szolgáltatást, a korai fejlesztést, ám a 2012 szeptemberében hatályba lépő 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről a 0-3 éves korosztály ellátásához nem nyújt elég biztosítékot. A köznevelési törvényhez kapcsolódó új szakszolgálati rendelet előreláthatóan 2013 márciusában jelenik meg.

érkező normatív hozzájárulások az intézmények korai ellátást érintő költségeinek csak kis részét biztosítják.⁴ A különböző ágazati irányítás alatt zajló, de azonos tevékenységek eltérő finanszírozásban részesülnek. Az oktatásból lehívott korai fejlesztési normatíva a tevékenység költségeinek nagyjából egyharmadát fedezi, összege 2005 óta nem emelkedett, a költségvetési törvény által megadott számítási mód alapján pedig egy intézmény sem tud teljes normatívát elszámolni. A szociális ágazatban elérhető normatívák lehívása esetlegesebb, mint az oktatási normatíváké. A szociális hozzájárulásokat alacsonyabb szintű jogszabályok szabályozzák, amelyek legalább kétszáz féle szociális normatíváról rendelkeznek. A jogosult intézmények gyakran nem is tudnak róla, hogy lehívható pénz áll a rendelkezésükre. Az egészségügy területén nemzetközi összehasonlításban is nagyon alacsonynak számítanak a koragyermekkori intervenciók tevékenységek finanszírozásának társadalombiztosítási normatívái.

2.3. Adatgyűjtés, adatszolgáltatás

A rendszerben nagyon sok adat keletkezik, de korszerűtlen az adatstruktúra, sok a felesleges adat, miközben lényeges adatok hiányoznak, és nem történik meg az adatok standard definiálása. Az adatgyűjtések nem összehangoltak, az adatok még egy ellátó rendszeren belül sem érnek össze, az egyéni adatokat tartalmazó adatlapok sok esetben még mindig papíralapúak. Egyes kutatók és az elmúlt években született stratégiai dokumentumok komoly problémának látják, hogy az intézmények ugyan sokféle adatot rögzítenek és gyűjtenek, de a bennük rejlő elemzési lehetőségek kihasználtsága alacsony fokú (FAZEKAS és mtsai 2008). Más programok pedig éppen arra hívják fel a figyelmet, hogy hiányos az adatok lekérdezése. Gondot jelent, hogy a szolgáltatott adatok nem megbízhatóak. Az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program keretén belül gyűjtött adatokkal komoly validitási problémák vannak. Ugyanakkor sem az adatszolgáltatás fegyelme, sem ellenőrzöttsége nem kielégítő (*Közös kincsünk a gyermek* 2007). Az adatáramlási útvonalak szétszórtnak jelennek meg, különböző jogszabályokban rögzítettek és nem mutatnak egységes elveket. A szabályozási környezet lehetővé teszi a redundáns alap-adatnyilvántartást, amely nemcsak az erőforrás felhasználásban, de a nagy mennyiségű információ keletkezésében, összehangolásában jelent pazarlást (*Semmelweis terv* 2011; ASZMANN 2011).

2.4. Standardok, szakmai és pénzügyi kontroll

Az oktatási és a szociális ágazat stratégiai dokumentumaiban markánsan megfogalmazódnak a standardok hiányára és a szakmai ellenőrzés elégtelenségére visszavezethető problémák, amelyek akadályozzák a megfelelő minőségi munka elvégzését. Magyarországon a különböző pénzügyi, természetbeni, oktatási, egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi, foglalkoztatási stb. ellátásokra való jogosultság megszerzéséhez különböző minősítő bizottságok működnek, melyek szakvéleményei gyakran azonos ágazaton belül sem felcserélhetők. Ez indokolatlan terheket ró az érintettekre és a finanszírozóra. A minősítő eljárások egységesítése és egyszerűsítése felé való törekvés

⁴ A kézirat leadása után a finanszírozás terén lényeges változások indultak el, a normatív támogatás helyett feladatfinanszírozás lép érvénybe mind az oktatási, mind a szociális területen. A kutatási eredmények természetesen ezt a változást még nem tükrözik.

jogos igény (Országos Fogvatékosügyi Program 2006). A szociális ágazatban a minimum standardok hiányán túl a folyamatos szakmai ellenőrzés gyengeségével küzdenek (Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program 2006).

Az oktatási ágazatban a szakmai, pénzügyi és törvényességi felügyelet vagy ellenőrzés szintén nem megoldott. A szakmai felügyelet esetében hiányoznak az irányelvek és a standardok. A korai fejlesztés feladatát felvállaló intézmény nyilvántartásba vételével együtt a szakmai szabályok betartásának a kontrollálására elvileg sor kerül, de ez inkább az induló feltételek ellenőrzését jelenti, konkrét szakmai szabályok nincsenek. Sok civil szervezet által kezdeményezett és működtetett szolgáltató, magánellátó próbálja pótolni az állami intézményrendszerből hiányzó ellátásokat, ám az ott folyó munkának sincs szakmai kontrollja.

3. Belső folyamatok

3.1. Az intézményrendszer elemei közötti kapcsolatok

A különböző ágazati hovatartozású intézményes szereplők között jellemzően kevésbé alakulnak ki szilárd kapcsolatok, nem működnek jól a kommunikációs csatornák, nem láthatóak egymás számára a szakmai tevékenységek, így az ellátói körben nem tudnak kialakulni a helyi teamek. Szervezett információáramlás leginkább az egészségügyi intézményes szereplők között létezik, amennyiben a számukra előírt jelzési kötelezettségeket jogszabály írja elő. A szabályozás ellenére a kapcsolattartás mégsem működik optimálisan. A védőnő és a házi gyermekorvos/vegyes praxisú háziorvos közötti kapcsolattartás kifejezetten nehézkes. Egy korábbi vizsgálat szerint az esetek egyharmadában a védőnő-orvos megfelelő együttműködésének hiánya akadályozza a megelőző-gyógyító ellátást (ODOR 2007). 2010-ben egy újabb vizsgálat még a korábbiánál is gyengébb kapcsolatokat talált, a körzetek valamivel több mint felében nem volt együttműködés a két szakember között (ODOR 2011).

Az oktatási irányítás alá tartozó intézmények együttműködése sem maradéktalanul jó. A diagnosztikát végző intézmények egymás közötti kommunikációja nem megfelelő (megyei szakértői bizottságok-országos szakértői bizottságok, szakértői bizottságok-nevelési tanácsadók), ugyanakkor a szakértői bizottságok és az ellátást végző szakemberek között sincs folyamatos kooperáció. Más ágazati szereplők (pl. házi gyermekorvos, védőnő) felé való visszacsatolások szinte teljesen hiányoznak a rendszerből. Döntően az informális csatornákon beérkező információk jelentik a szakemberek számára a tájékozási pontokat. A különböző intézményes szereplők között a koordinációt gyakorlatilag a szülő látja el.

Az ellátásba való bekerülésnek igen fontos, ha nem a legfontosabb differenciáló tényezője a különböző ágazati irányítású intézményes szereplők közötti kapcsolatok kiterjedtsége, a kapcsolatok intenzitása, minősége. Minél kiterjedtebb és stabilabb a kapcsolati háló, annál korábban jutnak be a gyermekek az egészségügyből a pedagógiai jellegű, illetve a szociális ellátásba (KERÉKI 2009). Legalacsonyabb életkorban a déldunántúli régióban kerülnek be a gyerekek az ellátó intézményekbe (átlagosan 16 hónapos korukban), az intézményes ellátásból kikerülő gyerekeknél pedig ebben a régióban regisztráltak legmagasabb javulási arányt. Azokban a régiókban, ahol a korai ellátás terén a szociális/gyermekvédelmi ellátó intézmények a többi régióhoz képest túlsúlyban vannak (Közép-Dunántúl, Észak-Alföld), magasabb átlagéletkorban kerülnek

be a gyerekek az ellátásba, mint a többi régióban (átlagosan 2,7, illetve 2,4 éves korban) (KEREKI 2011).

3.1.1. Az információ hiánya

A rendszer működésére döntően az információhiány jellemző, amely nemcsak akadályozza a különböző intézményrendszerek közötti átjárást, de a szülőket is bizonytalan-ságban tartja döntéseiket, illetve gyermekük további sorsát illetően. Az intézményekről, a különböző terápiákról, a juttatásokról az érintett szülők leggyakrabban hasonló helyzetben lévő szülőktől, ismerőseiktől vagy internetről informálódnak (KEREKI–LANNERT 2009a). Nem létezik olyan információs adatbázis, amely a legalapvetőbb tudnivalókról tájékoztatná őket, de az egészségügyi ellátásban sem kapnak megfelelő felvilágosítást, hiányoznak azok a kiadványok, amelyek a továbblépés állomásait, az ellátó intézmények sajátosságait, a terápiás lehetőségeket tartalmazzák. A különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplők is hiányosan informáltak egymás munkájáról. A szakemberek számára már a képzésben is meg kellene jelenniük azoknak az ismereteknek, amik az ellátórendszerben való tájékozódásukat segítik.

3.1.2. Szabályozatlan gyermekút

Óriási problémát jelent, hogy a szülők és a szakemberek számára is nehéz az eligazodás az intézményrendszerben, nincs protokoll, amely összekapcsolná a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket, és egyértelműen követhető gyermekutat határozná meg. Az egészségügyi szereplőktől a szakértői bizottsághoz való eljutásnak nincs szabályozott útja. Jellemző, hogy azokban a közigazgatási egységekben, ahol találunk korai fejlesztő központot, vagy annak logikája szerint működő centrális szerepben lévő intézményt, a gyerekek akár az egészségügyből, akár a rendszeren kívülről hamarabb eljutnak az ellátó intézménybe, mint a szakértői bizottság elé. A különböző intézményekbe kerülés megfelelő átmenetei nincsenek biztosítva. Az egészségügy rendszerében hiányzik a jól szervezett utógondozói hálózat. Az oktatási szabályozás az óvodát nem tekinti a korai fejlesztés színterének, amennyiben óvodába kerül a gyermek, megszűnik a szolgáltatás, ott rehabilitációs/rehabilitációs szolgáltatást kaphat a gyermek, jóval alacsonyabb óraszámban.

3.2. A minőségi munkát biztosító protokollok hiánya

Függetlenül attól, hogy milyen fenntartású és közigazgatási besorolású intézményről van szó, az intézmények együttműködésére és a különböző intézményekben folyó, egymást követő vagy egymással párhuzamos szűrő, diagnosztizáló vagy terápiás munka összehangolására, illetve az információk megosztására és hatékony kezelésére, valamint a visszacsatolásra nincsenek átfogó, központilag meghatározott protokollok. A szakértői bizottságok a korai vizsgálatok lebonyolításában nem alkalmaznak egységes vizsgálati protokollt. A közoktatási (és az új köznevelési) törvény által nevesített korai fejlesztésnek, illetve a korai fejlesztő munkának sincs protokollja, mint ahogy az sincs szabályozva, hogy milyen kritériumoknak kell eleget tenni ahhoz egy intézménynek, hogy korai fejlesztő központnak nevezhesse magát. Sem a korai diagnosztikára nézve, sem az intézményes team-szerveződést tekintve nincs pontosan meghatározva, milyen képzettségű, végzettségű, milyen gyakorlattal rendelkező szakemberek végezhetik a különböző

tevékenységeket. Arra sincs egységes protokoll, hogy a különböző fejlesztő, terápiás eljárásokat milyen életkorban és milyen esetekben érdemes és lehet használni. Nem tudjuk, hogy ezek az eljárások mikor milyen hatékonysággal alkalmazhatóak, párhuzamosan végezhetőek-e vagy jól kiegészítik egymást vagy éppen időben egymáshoz képest elcsúsztatva érdemes őket alkalmazni.

3.3. Az ellátórendszer alapfeladatainak ellátása

3.3.1. A szűrés folyamata

A várandósság alatt elvégzett szűrővizsgálatok segítségével szűrik ki a súlyosan rendellenes magzatokat, ám az érintett szülők körében végzett nem reprezentatív vizsgálat szerint a rendszeres várandós gondozáson részt vettek több mint egytizedénél mégis előfordul, hogy nem veszik észre a problémát (KEREKI–LANNERT 2009a). A születés utáni, életkorhoz kötött szűréseket a védőnő a gyermek 0–4 napos korában, majd 1, 3, 6, 12 hónaposan, később 6 éves korig évente végzi.⁵ A védőnők a törvény rendelkezéseit próbálják betartani, de mégis vannak általuk kevésbé kontrollált területek, ilyen az érzékszervek szűrése, és vannak kevésbé ellenőrzött korcsoportok, mint pl. a négyéveseké (KEREKI–LANNERT 2009a). A fejlődési mérföldkőnek tekinthető 9. és a 18. hónap nincs a szűrési kontrollpontok között, miközben, sok probléma már ezekben az időpontokban kiszűrhető lenne. A szűrési eljáráshoz használt módszerek befolyásolhatják a szűrési eljárás eredményességét. A védőnők módszertani ajánlások alapján végzik el a szűréseket⁶, nem áll azonban rendelkezésükre egy egységes, standardizált fejlődési szűrőeljárás. Ugyanakkor a szűrések megfelelő szintű elvégzését befolyásoló tárgyi felszereltség, a körülmények, a hozzáértés, a szakmai tudás szintje vonatkozásában is nagy egyenetlenségek tapasztalhatóak.

3.3.2. A jelzés folyamata

A jelzés folyamata részben szabályozott (elsősorban az egészségügy rendszerében), de többnyire az intézményes szereplőn múlik mikor és milyen esetben jelez. Az érintett gyermekek esetében a pre- és perinatális szakaszban felmerülő problémákat természetesen az egészségügyi dolgozók sokkal nagyobb arányban ismerik fel és jelzik a szülők felé, mint bárki más. A kórházat elhagyva azonban a család, a barátok, ismerősök gyakrabban fedezik fel a rendellenességeket, mint az egészségügyi alapellátás szakemberei. Nem véletlen, hogy az érintett gyerekek szüleinek 40%-a úgy ítélte meg, hogy nem kapott megfelelő jelzést az egészségügyi szereplőktől vagy nem időben kapta azt (KEREKI–LANNERT 2009a).

A védőnők szerint ők a megfelelő protokoll alapján járnak el a várandósság alatti jelzési kötelezettségüket vagy a látogatások számát tekintve. Az érintett gyerekek szülei azonban másképp vélekednek, egyharmaduk szerint a védőnő nem kereste fel őket a várandósság ideje alatt. Eltérően látja a két csoport a védőnők jelző szerepének súlyát

⁵ A házi gyermekorvos/házi orvos és a védőnő is végez szűréseket. A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18) NM rendelet, valamint annak 2005-ös módosítása, a 67/2005. (XII.27.) EüM rendelet határozza meg az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok rendjét. A 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról külön is rendelkezik a védőnő által elvégzendő szűrővizsgálatokról.

⁶ 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet 3. §.dd

is. A védőnők úgy gondolják, az esetek több mint egyharmadánál ők észlelik a problémát, míg a szülők szerint a gyermekek 3%-nál veszi csak észre a védőnő a bajt (KERÉKI–LANNERT 2009a). A házi gyermekorvosok/vegyes praxisú házi orvosok jelző szerepét, illetve az eltérő vagy megkésett fejlődésű gyerekekkel kapcsolatos attitűdjét az intézményvezetők, de a védőnők és a szülők egy része is kedvezőtlenül ítéli meg. Szerintük a gyermeket ellátó háziorvosok nem fordítanak kellő időt a problémás esetekre, a felismerésben is hiányosságaik vannak, és a korai fejlesztő és terápiás beavatkozásokban rejlő lehetőségeket sem ismerik (KERÉKI–LANNERT 2009a). A 2010-es védőnők körében végzett vizsgálat adatai alapján a védőnő által kiszűrt gyerekek egyötöde esetében a házi gyermekorvos/vegyes praxisú házi orvos nem tartja szükségesnek azt, hogy továbbküldje szakorvosi vizsgálatra a gyermeket (ODOR 2011).

3.3.3. *Diagnosztika*

A diagnosztikai vizsgálatok a probléma pontos azonosítását szolgálják, amelyre egy megfelelően átgondolt terápiás, fejlesztő eljárást lehet alapozni. A gyermek útja többnyire az egészségügyi ellátórendszerben kezdődik, ahol az orvosok az esetek egynekedében nem tudnak pontos szakdiagnózist adni. Nehéz az azonosítás, hiszen a születéskor azonnal felismerhető rendellenességek mellett a korai organikus sérülések inkább rizikófaktorokként értékelhetők. A rizikótényezők dokumentálása azonban nem történik meg minden esetben, vagy ha meg is történik, a szülő nem kap tájékoztatást a lehetséges következményekről.

A közoktatás rendszerében a szakértői bizottságok által elvégzett komplex vizsgálat alapján jut el a gyermek a megfelelő ellátó helyre. A korai fejlesztő központok 80%-ában szintén végeznek komplex vizsgálatot, de ha nem sikerül a szakértői bizottsággal elfogadtatni ennek eredményét, a gyermek kétszer is végigmegy egy teljes vizsgálati folyamaton. A diagnosztikai tevékenységet végző ellátó intézmények számára továbbra sem állnak rendelkezésre jogtiszt, korszerű, standardizált vizsgáló eljárások, hiányzik az egységes diagnosztikai rendszer és egy egységes diagnosztikai eljárási protokoll (KERÉKI–LANNERT 2009a).

A diagnosztikai tevékenységhez hozzátartoznak a kontrollvizsgálatok, a követés. A diagnosztikus és a terápiás munka folyamatos összhangjának biztosítására a szakemberek minimum négy- vagy hathavonta, esetleg évente a terápia felülvizsgálatát javasolják (*Értékelemzési Zárójelentés* 2005). Kontrollvizsgálatokat azonban az ellátott gyerekek egyharmadánál csak évente vagy annál ritkábban végeznek. Az észak-magyarországi intézményekben találunk legmagasabb arányban az ellátásba kerülés óta nem kontrollált gyerekeket (63%), míg Dél-Dunántúlon a többi régióhoz képest kiugróan magas a három vagy több kontrollvizsgálaton részt vett gyerekek aránya (42%) (KERÉKI 2011).

3.3.4. *Ellátások, szolgáltatások*

3.3.4.1. *Terápiás ellátás*

Az egyes diagnózisokhoz illesztett terápiás, fejlesztő eljárások nem mindig konzisztensek. A terápiák megválasztását sokszor behatárolja a szakember kapacitás szűkössége, a rendelkezésre álló szakemberek képzettsége, szakértelme. A szakértői bizottságok a diagnózisok mellé olyan terápiás, fejlesztő eljárásokat javasolnak, amelyet az adott közigazgatási egység (megye) intézményeiben biztosítani tudnak, annak elérhetősége,

hozzáférhetősége garantált, ingyenes vagy anyagi vonzata minimális, és nem feltétlenül olyat, ami a fennálló állapoton leghatékonyabban tudna segíteni.

A különböző terápiás eljárásokat jellemzően eltérő életkorú gyermekeknél használják, ám a rendelkezésre álló szakemberek végzettsége és a terápiás repertoár nem feltétlenül illeszkedik a gyermek életkorához. Előfordul például, hogy olyan mozgásfejlesztő eljárás (adott esetben az alapozó terápia), amelyet általában öt éves kor feletti gyerekek esetében alkalmaznak, a legfiatalabbak 14%-ánál épül be a komplex fejlesztő folyamatba (KEREKI 2011).

Az intézményvezetők elégedetlenek a terápiás/fejlesztő foglalkozások időtartamának a jogszabály általi merev meghatározásával. Az intézmények több esetben a jogszabály kööttségein átlépve az állapot súlyossága mentén differenciáltan nyújtják a szolgáltatásokat. A súlyosan halmozottan sérült gyermekeknél – különösen a 3 év alatti korosztálynál – sokkal magasabb heti átlagos óraszámban nyújtják a szolgáltatást a jogszabály által javasoltnál. Az egészségügyi intézményekben, ahol nincs szabályozva a terápiás ellátás időtartama, jóval alacsonyabb óraszámban (heti átlag egy órában) foglalkoznak a 0-6 éves gyerekekkel, mint a pedagógiai és a szociális intézményekben. Ilyen eltérés esetén felvetődik a kérdés, hogyan állapítható meg, hogy mennyi idő szükséges az eredményes terápiához? (KEREKI 2011)

3.4. Interdiszciplináris team-munka

A gyermek és családja ellátásában résztvevő, különböző szakterületet képviselő szakemberek együttműködése, folyamatos kommunikációja elengedhetetlenül szükséges a gyermek szükségleteihez megfelelően igazodó ellátás megteremtéséhez. Az interdiszciplináris team munka szerveződhet oly módon is, hogy a gyermek ellátásában résztvevő összes szereplő, intézménytől függetlenül folyamatos kapcsolatot tart, és konzultál egymással a gyermek érdekében. Jellemzően a hazai ellátásban, ha több színtéren foglalkoznak is a gyermekkel és családjával, az ellátó szakemberek között nincs kommunikáció, sokszor az is előfordul, hogy nem tudnak egymás szerepéről, a szülő gyermeke érdekében jobbnak látja elhallgatni, hogy a rivalizáló terápiás irányok melyikének veszi még igénybe a szolgáltatásait.

Az ágazatközi vagy intézményközi team-munka helyett sokkal jellemzőbb az intézményen belüli team-munka kialakítása. Természetesen az, hogy hány szakember vesz részt a gyermek ellátásában, az a gyermek életkorától és állapotának súlyosságától is függ. A különböző szakterületekhez tartozó szakemberek együttes megjelenése a gyermek körül (gyógypedagógus, pszichológus, gyermekorvos, mozgásfejlesztő vagy mozgásterapeuta) elsősorban az alapítványi fenntartású intézményekre és az egészségügyi intézményekre jellemző. Interdiszciplináris együttműködést legkevésbé a megyei és kistérségi fenntartású, valamint a szociális intézményekben találunk (KEREKI 2011).

3.5. Kapcsolat a szülőkkel

A koragyermekkori intervenció szemléletében fontos a családra irányuló figyelem és a szülő partnerként való kezelése. A 2010-ben lezajló regionális kutatás eredményei szerint az ellátó intézményekben a terápiás foglalkozásokon a gyerekek több mint háromnegyed részével a szülő is részt vesz. Az adatok statisztikai elemzése alapján kiderült, hogy a gyermekek állapotjavulásának az esélyét a vizsgált tényezők közül leginkább az

növeli, ha a gyermek minél fiatalabb életkorban és minél enyhébb állapotban kerül be az ellátásba. Emellett a kezdő terápia heti óraszám és a szülői részvétel hat igen pozitívan. Annak a gyermeknek, akinek a szülei az egész folyamat során részt vesznek a terápiás foglalkozásokon, jelentősen nagyobb az esélye az állapotjavulásra, mint akinél legfeljebb egy terápiás szakaszban vesznek részt a szülők (KEREKI 2011). Ez utóbbi eredmény megerősíti annak a szemléleti megközelítésnek a létjogosultságát, amely a családközpontúságot, valamint a szülő és terapeuta együttműködését hangsúlyozza a koragyermekkori intervencióban.

4. Szervezeti működési jellegzetességek

4.1. Személyi feltételek

A koragyermekkori intervenciók rendszerben az egyik legnagyobb problémát a szakember-ellátottság hiányosságai okozzák. Különösen a perinatális (neonatális) intenzív centrumok és a szakértői bizottságok leterheltek. 2006-os adatok szerint a perinatális (neonatális) intenzív centrumokban 20%-kal kevesebb orvos dolgozik, mint amennyire szükség lenne, a neonatológus szakvizsgával rendelkezőket tekintve 40%-os a létszámi hiány. A szakdolgozók létszáma alapján a minimum feltételekhez képest 40%-os hiánnyal küzdenek az intézmények (MÉSZÁROS 2006). A szakértői bizottságokban az esetszámra jutó szakemberlétszám kevés, folyamatos leterheltséget okoz, ami meghosszabbítja a vizsgálatra való várakozás idejét. Kétségtelen, hogy a korai vizsgálatok mindenhol preferáltak, mégis van, ahol hónapokat kell várni a vizsgálatra. A 18 hónap alatti kisbabák szakorvosi igazolás alapján közvetlenül ellátásba juthatnak, ám a kapacitásproblémák miatt sokszor a gyermek-neurológus vizsgálatára is heteket kell várni. A szakértői bizottságok némelyikénél az is problémát okoz, hogy nincs a bizottságnál (de a megyében sem) olyan szakember, akinek a vizsgálata elengedhetetlen lenne a komplex diagnózis felállításához. Például a vizsgálat időpontjában Nógrád megyében nem volt gyermek-neurológus, és pszichológus végzettségű munkatársat sem tudtak biztosítani a komplex vizsgálat elvégzéséhez. Gyermek-neurológust Heves és Tolna megyében sem találtunk (KEREKI 2011). A korai ellátó intézetek a leterheltség szempontjából jelentősen különböznek. Az egyes intézménytípusokban dolgozó szakemberek átlagos leterheltsége a korai fejlesztő központokban és a gyermek-egészségügyi rehabilitációs intézményekben a legnagyobb (KEREKI–LANNERT 2009a).

4.1.1. Képzettség, végzettség

A korai ellátásban a szakemberek sokirányú képzettsége biztosítja, hogy változatos módszerekkel, a gyermek és a család szükségleteihez rugalmasabban igazodva nyújtsák a szolgáltatást. A kora gyermekkori intervenciók ellátásában foglalkoztatott szakemberek többsége (58%-a) egyféle képzettséggel rendelkezik, 30%-uk kettővel, 9%-uk pedig hárommal vagy annál többel. Legmagasabb iskolai végzettséggel és a legsokoldalúbb képzettséggel az egészségügyi rehabilitációs/intézmények és a korai fejlesztő központok szakemberei rendelkeznek. Legkevésbé a szociális intézményekre jellemző a szakemberek sokoldalúsága. Az egyfajta képzettségűek között legmagasabb arányban a bölcsődei szakgondozókat találjuk (16%), de a tanulásban akadályozott pedagógiája szakos gyógypedagógusok (11%), a konduktorok és a gyógytornászok is magasabb arányban vannak jelen a többi szakemberhez képest (10–10%) (KEREKI 2011).

Ezek az adatok több kérdést felvetnek. A jogszabály lehetővé teszi ugyan, hogy a gondozónők speciális szakmai irányítás mellett korai fejlesztést végezhesse, kérdés azonban, hogy megfelelő minőségű segítséget tudnak-e ott nyújtani, ahol a speciális szakmai támogatást heti egyszeri konzultáció formájában kapják meg?⁷ Az is kérdés, hogy a tanulásban akadályozottak pedagógiája szakos gyógypedagógusok milyen kompetenciával bírnak a 0–3 éves korosztály ellátásában?

4.2. Szakmai konzultációk

Az intézményen belüli team megbeszélések fontos terei a szakmai konzultációnak, az esetmegbeszélések segítik a gyermekkel és a családdal foglalkozó szakemberek munkájának összehangolását, a változó szükségletekhez való folyamatos illeszkedést. Emellett szakmai továbbképzési lehetőséget, fórumot is jelentenek. A team megbeszélések mégsem szerves részei az intézményekben folyó munkának. A korai ellátásban részt vevő intézmények valamivel több mint fele hetente tart csoportmegbeszéléseket, az intézmények 40%-ban legalább havonta jönnek össze a szakemberek, hogy megbeszéljék a teendőket. Minél nagyobb méretű egy intézmény, annál több heti óraszámot szánnak a beszélgetésekre. Az évente 50 gyermeknél nagyobb létszámot ellátó intézményekben átlagosan heti 3 és fél óra ez az időtartam, amely beépül az intézmények munkarendjébe (KERÉKI–LANNERT 2009a).

4.3. Infrastruktúra

Az ellátó intézmények infrastrukturális ellátottságára a heterogenitás jellemző. A perinatális (neonatális) intenzív centrumok nagy része nem megfelelő intézményi feltételek között dolgozik. Az intézmények fele működik csak a szülészeti közvetlen közelében, egyharmaduk a kórházon belül, de másik épületben, relatíve távol a szülőszobától, a maradék egyharmaduk pedig gyermekklinikák osztályaként funkcionál (MÉSZÁROS 2007). A műszerezettség tekintetében is nagyok az egyenletlenségek. Vannak korszerű inkubátorokkal és műszerekkel ellátott osztályok és a diagnosztika terén napi gondokkal küzdő intézetek. A szakértői bizottságok kétharmada elfogadhatónak vagy jónak tartja a körülményeket, egyharmaduk azonban kifejezetten kedvezőtlennek ítéli meg az infrastrukturális feltételeket (KERÉKI–LANNERT 2009a). Az ellátórendszer egyes kulcsszeplőinek esetében gondot jelent, hogy nem férnek hozzá számítógéphez, vagy az internethez, illetve hiányoznak a számítógép kezelési alapismereteik. A védőnői tanácsadók egyötöde nincs számítógéppel felszerelve, különösen kirívó az észak-magyarországi területi védőnők esetében az eszköz-ellátatlanság, ahol a tanácsadók felében nincs számítógép (KERÉKI–LANNERT 2009a). Minden szolgáltatói területen elengedhetetlen lenne az elektronikus adattárolás, adatszolgáltatás kiépítése.

7 Ma már tudjuk, hogy az új szabályozás nem teszi lehetővé, hogy szociális-gyermekvédelmi intézményekben a korábbi módon folyjon a korai fejlesztés, az egységes pedagógiai szakszolgálati intézmény munkatársa fogja végezni az adott tevékenységet. Bár ez kérdés, hogy lesz-e mindezt megvalósító kapacitás.

5. Az ellátórendszer működésének strukturális jellemzői

A 2010-ben zajló regionális kutatás adatai alapján a perinatális (neonatális) intenzív centrumokba évente bekerülő nagyjából 6 ezer rizikóbaba közül átlagosan 2200, öt évre vetítve nagyjából 11 ezer gyermek esetében fordul elő olyan súlyos szövődményállapot, amely igen nagy valószínűséggel súlyos, tartós károsodások kialakulásához vezet, és hosszú távon korai terápiás, fejlesztő ellátást igényel. Az ellátandó gyerekek száma azonban ennél magasabb, hiszen arról nincsenek pontos adataink, hány gyermeket látnak el a neonatológiai (intenzív) osztályokon, és hány gyermekről derül ki az újszülött-osztályokon, illetve otthon, hogy valami problémájuk van. Ugyanakkor jelenleg kb. 8 ezer azoknak a gyerekeknek a száma, akik az általunk ismert egészségügyi, pedagógiai, szociális intézményekben koragyermekkori intervenciós ellátásban részesülnek (KEREKI 2011). Egy korábbi kutatás becslése szerint az ellátásra szoruló gyermekek több mint egyharmada nem kerül be az ellátásba (KEREKI–LANNERT 2009a). Többféle oka lehet, hogy miért nem kerülnek be, vagy miért nem időben kerülnek be a korai ellátó rendszerbe a speciális segítséget igénylő gyerekek. Mindenesetre a különböző szolgáltatásokhoz való hozzáférések területi egyenlőtlenségének vizsgálata közelebb visz minket a válaszadáshoz.

5.1. Az alapszolgáltatásokhoz és intézményes ellátáshoz való hozzáférés regionális egyenlőtlenségei

5.1.2. Egészségügyi szolgáltatások

Az egészségügyi ellátás mutatói alapján Észak-Magyarország és Észak-Alföld egészségügyi ellátása a legkedvezőtlenebb. A legtöbb betöltetlen védőnői állás a két északi régióban található. A házi gyermekorvosokra jutó 0-5 évesek száma Észak-Magyarországon a legmagasabb (Észak-Alföldön is hasonló mutatót találunk), és a szakorvosok is itt a legleterheltebbek. Egy gyermekneurológusra és egy gyermekpszichiáterre kétszer annyi gyermek jut, mint az országos átlag. A leghátrányosabb helyzetű települések esetében még nehezebb az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés. Észak-Magyarországon, ahol a legtöbb hátrányos helyzetű kistépülés található (260), több mint 60%-ukban, a dél-dunántúli 216 település 70%-ában, az észak-alföldi 194 település majdnem felében nem érhető el a megfelelő védőnői szolgáltatás (KEREKI 2010). Hiányzik a jól szervezett utógondozói hálózat. A neuroterápiás, illetve gyermekrehabilitációs szolgáltatások terén általában jellemző, hogy nem biztosított a regionális ellátás, szűkös a kapacitás (KEREKI 2011).

5.1.3. Szociális, gyermekjóléti, gyermekvédelmi ellátások

A gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások, valamint a családsegítő szolgáltatások hozzáférési, hatékonysági problémákkal küzdenek. A gyermekek napközbeni ellátása országosan megoldatlan, jelentős regionális ellátásbeli egyenlőtlenségek tapasztalhatóak. A bölcsődei ellátás mértéke az utóbbi két évtizedben jelentősen lecsökkent. A működő bölcsődék 2008-ban a bölcsődés korúak 7%-ának tudtak férőhelyet biztosítani. A napközbeni ellátás szempontjából Észak-Magyarországon a legkedvezőtlenebb a helyzet,

az országban itt található a legkevesebb bölcsődei férőhely, miközben a korcsoportos népesség jelentős létszáma miatt az egy férőhelyre jutó korcsoportos népesség száma itt a legmagasabb. (Nógrád megyében négy bölcsőde működik, a megyeszékhelyen egy sem.) Az ország leghátrányosabb helyzetű településein a szociális ellátás nem biztosított, a települések kevesebb mint felébe nem jut el családsegítő, gyermekjóléti szolgálatot a települések kétötödében találunk, bölcsőde vagy napközbeni alternatív gyermekfelügyelet 7%-ukban működik (KERÉKI 2011).

5.1.4. Pedagógiai jellegű ellátások

A koragyermekkori intervenciók intézményháló földrajzi mintázatára erős centralizáltság jellemző, egyértelmű fókusza a közép-magyarországi régió, pontosabban Budapest, ahol az intézmények majdnem 30%-a, és az ellátásban lévő gyerekek több mint fele található. Az intézményháló fele pedagógiai jellegű intézmény, amelyek között legtöbb az (egységes) pedagógiai szakszolgálat (a korai fejlesztés feladatát felvállaló oktatási intézmények majdnem 40%-át teszik ki).⁸ Nyugat-Dunántúlon a legmagasabb a pedagógiai jellegű ellátó intézmények aránya (75%), itt a korai ellátást végző egységes gyógypedagógiai módszertani intézményeknek magasabb az arányuk, mint más régiókban (29%) (KERÉKI 2011).

Az ellátáshoz való hozzáférés akadályozottsága különösen a hátrányos helyzetű régiókban, elsősorban Észak-Magyarországon jellemző, ahol éppen azok a családok nem kapnak a rendszertől támogató segítséget, akik maguk sem elég tudatosak a probléma felismerésében és kezelésében. A szociálisan hátrányos helyzet talaján kifejlődő egyes sérült állapotok, a fejlődési zavar veszélyeztetettség, vagy elmaradt fejlődés kialakulása megfelelő, több ágazat összehangolt együttműködésén keresztül érvényesülő prevenciók tevékenységgel nagy eséllyel megelőzhető lenne (KERÉKI 2010).

5.2. A speciális képzettségű szakember ellátottság regionális különbségei

A különböző régiókban nem egyformán biztosított a speciális képzettségű – mozgásfejlesztő, értelmi, érzékszervi, pszichés, illetve a kommunikációs és nyelvi fejlődés zavarai foglalkozó – szakemberek elérhetősége. Dél-Alföldön, Dél-Dunántúlon és Közép-Magyarországon a legszélesebb a szakemberválaszték. Közép-Dunántúlon és Észak-Alföldön a legkedvezőtlenebb a rendelkezésre álló speciális szakemberek elérhetősége.⁹

Egyes fogyatékosági területek ellátásában is tapasztalhatók egyenlőtlenségek. Észak-Magyarországon az érzékszervi fejlesztéssel foglalkozó szakemberek elérhetősége a többi régióhoz képest a legkedvezőtlenebb. A régióban szervezett ellátás igazából Heves megyében működik, a másik két megyében eseti szinten találunk szakembert. (Borsod-Abaúj-Zemplén megye hallássérült gyermekeinek egy részét is Heves megyében látják el.) Nógrád megyében jelenleg nem dolgozik korai fejlesztésben képzett,

⁸ Jelenleg folyamatban van a szakszolgálati rendszer egységes, centralizált intézménnyé való átalakítása, melyben a finanszírozás is központi forrásból történik.

⁹ A vizsgálat adatai szerint mindkét régióban kiemelkedően magas volt a „szakmai irányítás mellett nem pedagógiai munkakörben dolgozó” korai ellátó szakemberek aránya (bölcsődei gondozónő, illetve gyógypedagógiai asszisztens), ami ugyan nem adott kellő garanciát a minőségi szakellátásra, de mégis biztosított valamilyen ellátási szintet.

illetve gyakorlatot szerzett tiflopedagógus, ezért a látássérült gyerekeket Budapestre utazzatják a szülők.

A rendelkezésre álló gyógypedagógiai szakmai kínálat nem feltétlenül igazodik a speciális szükségletekhez. Egyes régiókban a koragyermekkori intervencióban megfelelően jártas, képzett gyógypedagógus-kínálat szűkössége kényszermegoldásokat indukál. Például Észak-Magyarországon az intézmények szakember állományának 17%-a tanulásban akadályozottak pedagógiája szakos (egyszakos) gyógypedagógus, akik nem a korai életszakaszra képzett szakemberek (KERÉKI 2011).

5.3. Ellátások elérhetősége

A szakorvosi beutalásra vagy a korai terápiás, fejlesztő ellátásba való eljutást az utaztatási nehézségek és az anyagi források szűkössége erősen befolyásolja. A nagyvárosokban élők lehetőségeivel ellentétben a kis településeken, falvakban a speciális szolgáltatások szinte elérhetetlenek. A közlekedési nehézségek okán az elérhetőség szempontjából különösen Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon kedvezőtlenek a feltételek, amit sokszor az ellátásba kerülést megkönnyítő belső hálózat (decentrumok) kialakításával, illetve az utazótanári szolgálat megszervezésével sem lehet áthidalni.

Az anyagi elérhetőségek tekintetében jó mutató lehet az intézményekben ellátott, eltérő vagy megkésett fejlődésű gyermekeket nevelő családok anyagi helyzete. A 2008-as vizsgálati anyagból kiderült, hogy az érintett családok csaknem egynegyedének nincs munkajövedelme, forrásaik elsősorban családtámogatási ellátásokból és szociális támogatásokból tevődnek össze. Minél alacsonyabb iskolázottságú az anya, szignifikánsan annál nagyobb arányban fordul elő, hogy a munkajövedelem nem képezi részét a családi bevételeknek. A különbséget jól érzékelteti, hogy a legalacsonyabb iskolai végzettségű anyák esetében a családok 46%-ának nincs munkajövedelme, ez az arány a felsőfokú végzettségű anyák esetében csak 7% (KERÉKI 2010). Gyakorlatilag a családok egy részének anyagi helyzetéből fakadóan elérhetetlenek bizonyos szolgáltatási formák. Az utazást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ugyan finanszírozza, de utófinanszírozással, ami nem minden gyermek, illetve család részére könnyíti meg az ellátásba kerülést.

6. Megoldási javaslatok

A feltárt problémák megoldásának alapvető feltétele a koragyermekkori intervenció ügyében illetékes három szakterület – az egészségügyi, az oktatási és a szociális szféra – vállalt feladatainak, elképzeléseinek összehangba hozása, a prevenció szempontok előtérbe helyezése, a különböző régiók sajátosságainak figyelembevételével a speciális területi szükségletekhez igazodó stratégiák kidolgozása. A többirányú, összehangolt, fókuszált segítségnyújtás különösen a szolgáltatásokhoz való hozzáférés és az ellátásba jutás szempontjából kritikus övezetnek mutatókozó Észak-Magyarország esetében elengedhetetlenül fontos.

Az összehangolt működés a szabályozás harmonizációjában is meg kell, hogy jelenjen. Egységes szemlélet érvényesítésére van szükség az ágazati jogszabályok koragyermekkori intervenciót érintő rendelkezéseinek kialakításánál. Fontos, hogy a különböző szakterületek képviselői közösen és egységes szemléletben határozzák meg azokat a szempontokat, amelyeknek a különböző ágazati szabályozásban meg kellene

jelenniük. A koragyermekkori intervenciónak, mint egységes rendszernek a kezelése és ennek a szemléletnek a szabályozásban való tükröződése, a jogszabályok harmonizációja tudja csak elősegíteni egy kliensközpontú ellátórendszer kialakulását.

A működtetés szempontjából a normatív alapú finanszírozást egy tevékenység alapú finanszírozásnak kellene felváltania, amely szintén igényelné az ágazati, igazgatási és költségvetési jogszabályok összehangolását. *A koragyermekkori intervenció tevékenység finanszírozásának nem az intézményhez kellene kötődnie, hanem az ellátásban résztvevő gyermekekhez.* Célravezető lenne, ha a gyermek szükségleteihez igazítva az ellátási formát, egy szolgáltatási csomagot kínálnának fel neki, illetve a családnak, ehhez kalkulálva az egyedi ellátási költségeket. Az összeget a család kapná kézhez pl. egy utalvány formájában, s a javasolt helyszíneken az ellátásokat, terápiákat ennek segítségével vehetnék igénybe, illetve a juttatásokat is ez a csomag tartalmazná.

A koragyermekkori intervenció egységes rendszerének hatékony működése érdekében szükség van az intézmények teljesítményének mérésére, értékelésre, az eredmények visszacsatolásának biztosítására, a jó gyakorlatok azonosítására. Ennek feltétele egy egységes, integrált, adaptív és rugalmas adatgyűjtési és adatkezelési rendszer kialakítása, amelyhez minden szinten megkerülhetetlen az elektronikus adatgyűjtés és adattárolás bevezetése. Szükséges a gyermekekkel kapcsolatban elektronikusan megőrzendő információk standardizálása, az adatlapok rendszerének egyszerűsítése és elektronikus alapra helyezése, a különböző adatbázisok egymással való összekapcsolhatóságának biztosítása (természetesen a megfelelő adatvédelmi garanciák mellett), valamint a központilag gyűjtött adatok kontrollálása, elemzése, felhasználása és az intézmények felé való visszacsatolás.

A minőségi ellátás szempontjából elengedhetetlen lenne a koragyermekkori intervenció rendszerben folyó ellátások, szolgáltatások szakmai minimum-standardjainak felállítása és azok megtartásának rendszeres szakmai ellenőrzése. A szakmai protokollok kidolgozása fontos eszköze a szakmai közgondolkodás összehangolásának és a minőségbiztosítás kialakításának.

Az ágazatközi illetve szakmaközi helyi együttműködések kialakítása, a speciális segítséget igénylő gyermek és családja körül szerveződő, az ellátó-szolgáltató rendszer szereplőiből összeálló team működésének megszervezése, megerősítése elengedhetetlen feltétele a minél korábbi ellátásba kerülésnek és a megfelelő színvonalú ellátás biztosításának. A felismeréstől az ellátásba kerülésig a gyermek és családja támogatást igényel, ezt a segítséget egy ún. kulcsszemély nyújthatná, aki a gyermek körül kialakítandó team megszervezésében, illetve a folyamatos ellátás további nyomon követésében is szerepet játszana. Nagyon fontos lenne mindehhez a „gyermekút” algoritmus kidolgozása, egy eljárásrend kialakítása, amely a különböző ágazati irányítású intézményeket összekapcsolja.

Az intézményes szereplők közötti kapcsolatok kiépülésének elősegítéséhez, a jelzési utak, a kommunikációs, információs csatornák élővé tételéhez szükség lenne olyan képzések, szakmai tájékoztatások, konferenciák, workshopok szervezésére, ahol a különböző szakmák képviselői, kicserélik tapasztalataikat, megismerik egymás tevékenységét. Információs honlap, adatbázis szolgálhatná az intézményrendszerben való tájékozódást, útmutatót adna ahhoz, milyen gyanúval (vagy már diagnózissal) milyen intézményhez, milyen szakemberhez fordulhat a szülő, tartalmazná a lehetséges ellátásokról, szolgáltatásokról való tudnivalókat. A szülők (és a szakemberek) útbaigazítására a kórházak szülészeti osztályán, újszülött-, csecsemőosztályokon, a perinatális (neonatális) intenzív centrumokban, (intenzív) neonatológiai osztályokon, házi gyermekorvosi rendelőkben,

védőnői tanácsadókban, szakértői bizottságokban és terápiás, fejlesztő ellátást végző intézményekben tájékoztató füzetek, információs anyagok elhelyezésére lenne szükség.

A különböző ágazatok szakemberképzésében a korai ellátórendszer működésével kapcsolatos tudástartalom megjelenése nagyon fontos lenne, mint ahogy az eltérő szakterületekről érkező szakemberek tevékenységének ismerete, illetve a gyógypedagógiai eljárásoknak a más szakterületekkel való megismertetése is nagy előrelépést jelentene a későbbi összehangolt működés irányába. Szükség lenne a koragyermekkori intervencióról való komplex megközelítésű elméleti és gyakorlati ismereteknek a gyógypedagógiai képzésbe való hangsúlyosabb beemelésére.

Az egészségügyi, gyógypedagógiai és pszichológiai szűrési eljárások rendszerének megújítása, egységesítése sürgető feladat. *Korszerű, validált, standardizált szűrési módszerekre, a szűrési kontrollpontok átgondoltabb meghatározására, új irányelvek kidolgozására lenne szükség.* Az elsődleges szűrési eredményekről való tájékoztatás, a jelentési kötelezettség szabályozása, a jelzési, visszajelzési utak átgondolása egy szervezettebb működés kialakítását segítenék elő. Elengedhetetlenül szükség lenne új, standardizált, hazai terepre adaptált diagnosztikus eljárásokra, a diagnosztikai rendszer egységesítésére, a korai vizsgálati protokoll megalkotására. Célszerű lenne egy független diagnosztikai módszertani központ felállítása. Minden szakértői bizottságban szükség lenne többirányú felkészültséggel rendelkező, korai diagnosztikában képzett és/vagy gyakorlatot szerzett munkatársak alkalmazására.

A jelenlegi törvény által szabályozott korai fejlesztésre, terápiás ellátásra javasolt óraszámok nem életszerűek, ehelyett *a korcsoportonkénti bontás megtartásával (esetleges további differenciálásával a legfiatalabb korcsoportra nézve), minimum- és maximumértékek megadásával lehetne szabályozni az adható óraszámokat.* A diagnosztikus központ a gyermek állapotának és szükségleteinek, illetve a család szükségleteinek és terhelhetőségének figyelembevételével tenne javaslatot a fejlesztő, terápiás ellátás és/vagy a tanácsadó szolgáltatás heti időtartamára a megfelelő képzettségű szakemberek hozzárendelésével. Ezeknek a szempontoknak az egészségügyi ellátásban éppen úgy érvényesülnie kellene, mint az oktatási és a szociális ellátás területén.

A területi egyenlőtlenségek felszámolása, a szolgáltatások megközelíthetőségének, elérhetőségének megkönnyítése, az áttekinthetőség és a rendszerszerű működés megteremtése érdekében szükséges lenne egy hálózatos formában működő intézményrendszer kialakítása. Az intézményrendszer koordinációs egységei a regionális módszertani központok lehetnének, amelyeknek az adott régió ellátórendszeréről részletes tudásuk van, s feladatuk is lenne az információk tárolása, folyamatos frissítése, a minél közelebbi adekvát ellátási formába való eljuttatás megkönnyítése, képzések tartása. Valamennyi, a régióban működő korai ellátásban részt vevő intézményt, szakembert nyilvántartának, a magánellátók is ide regisztrálhatnának be, ami megkönnyítené a területi alapon való ellátásba juttatást, a problémához leginkább illeszkedő terápia kiválasztását, illetve a megfelelő terápiás szakemberhez való eljutást. Ezek a központi intézmények szakmai ellenőrzési jogkört gyakorolhatnának. A hálózatosodás egyik lehetséges modellje, hogy a hálózat alappilléreit a korai fejlesztő központok alkotnák, amelyek decentrumok segítségével látnák el a hozzájuk tartozó közigazgatási egységeket. A hálózat jelentősen támaszkodhatna a jelenlegi intézményrendszerre.

Irodalomjegyzék

- ASZMANN A. (2011): A gyermekek fejlődésének, egészségi állapotának követése, a követés rendszerébe illesztett szűrővizsgálatok hazai gyakorlata. *Népegészségügy*, 89, 4. 336–345.
- Értékelemzési zárójelentés a korai fejlesztés koncepciójának kialakításáról* (2005), Kézirat. ISzCsM, Fogyatékosügyi Főosztály, Budapest.
- FAZEKAS K.–KÖLLŐ J.–VARGA J. (szerk.) (2008): *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. ECOSTAT, Budapest.
- Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program (2006). MTA Programiroda
- KEREKI J.–LANNERT J. (írta és szerk.) (2009a): *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés*. Kézirat. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest.
http://www.fszk.hu/opi/szolgáltatás/korai-intervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanutmany_KORINT.pdf (Letöltés dátuma: 2011. 10. 11.)
- KEREKI J.–LANNERT J. (2009b): A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése, *Fogyatékoság és társadalom*, 2., 69–87.
- KEREKI J. (2009): *A korai intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata*. Kézirat. ELTE BGGYK, Budapest.
- KEREKI J. (2010): A koragyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógynevelési Szemle*, 1., 32–45.
- KEREKI J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer bálázatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárótanulmány*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest. http://www.educatio.hu/download/eselyegyenloseg/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf (Letöltés dátuma: 2011. 10. 11.)
- KEREKI J. (2012): *A hazai kora gyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei*. Kézirat. A.I.M. – Educatio Kft., Budapest.
- „Közös Kincsünk a Gyermekekért”. Nemzeti Csecsemő-és Gyermekegészségügyi Program, Nemzeti Stratégiát végrehajtó 1092/2007. (XI.29.) Korm. Határozat.
- MÉSZÁROS J. (2007): *Újszülöttellátás, szállítás, PIC*. OGYEI
<http://www.ogyei.hu/letoltheto/publikacio/> (Letöltés dátuma: 2011. 10. 11.)
- ODOR A. (2007): *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása*. Tanulmány. Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- ODOR A. (2011): *Összefoglaló az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/bázi orvos és a területi védőnő együttműködésére kiadott „Szakfelügyeleti Ajánlás” megvalósulásának védőnői tapasztalatairól*. Kézirat. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály, Budapest.
- Semmelweis terv az egészségügy megmentésére. Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország*. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27. 10/2006 (II.16.) Országgyűlési határozat az Új Országos Fogyatékosügyi Programról.

Jogszabályok:

1993. évi LXXIX.törvény a közoktatásról
- 4/2010. OKM rendelet a pedagógiai szakszolgálatokról
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről
- 1/1997. (XII.18) NM rendelet A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról
- 67/2005. (XII.27.) EüM rendelet az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok rendjéről
- 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 33/1992. (XII.23.) NM rendelet a terhesgondozásról

A szülői stressz szerepe a korai anya-gyerek kapcsolatban

EIGNER BERNADETT

bernadett.eigner@barczy.elte.hu

Absztrakt

A kezdeti rizikótényezők és a későbbi kapcsolat összefüggéseinek megismerésére irányuló kutatásomban ötven első gyermekes anyával vettem fel a kapcsolatot. Az anyai tényezőket és anya-gyerek párosok interakcióit vizsgáltam a gyermekek négy és fél hónapos korában. Olyan anyákat válogattam be a kutatásba, akik vagy eseménytelen terhességi és szülési időszak után hozták világra gyermeküket, vagy pedig veszélyeztetett terhesség és komplikációkkal terhelt szülés volt a történetükben. Fő kérdésem az volt, hogy mely tényezők befolyásolják a korai anya-gyerek kapcsolat, ezen belül az interakciók minőségének alakulását. A korai interakciók minőségét befolyásoló tényezők közül a fókusz az anyai stresszre, illetve az anyai játékoságra irányult. A szülői stresszt a Szülői Stressz Skála (PSI – Parenting Stress Index) hosszú változatával mértem. Az anya szorongását a STAI-Y – Állapot és Vonásszorongás Kérdőívvel, a depresszív jegyeket az Edinburgh Szülés utáni Depresszió Skálával (EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale) mértem. A Szülés utáni Kapcsolat Skála (PBQ – The Postpartum Bonding Questionnaire) kérdőív feltárja a késlekedő, hiányzó vagy inadekvát anyai válaszokat, a kóros harag érzetét a gyermekkel szemben, és az elutasító magatartást. Az interakciók megfigyelése a gyermek négy és fél hónapos korában „szemtől szembe” szabad játék helyzetben történt. A korai kapcsolat minőségét meghatározó tényezőkre irányuló kutatásomból most a szülői stressz hatásait mutatom be.

Kulcsszavak: „szemtől szembe” korai anya-gyerek interakciók, rizikó és protektív faktorok, szülői stressz, szorongás, szülés utáni depresszió, korai kapcsolat

Bevezetés

A gyermeki szelf fejlődésének meghatározója a *korai gondozó-gyermek kapcsolat minősége*. A kapcsolat a mindennapokban a gondozó felnőtt és a csecsemő, majd kisgyermek közötti mindennapos, játékos interakciók sorozatában ragadható meg, minősége az interakciók vizsgálatával elemezhető. A „szemtől szembe” korai interakciókban felismerhetők a korai kapcsolati és kommunikációs zavarok, a megzavart együttlétek, a kóros fejlődéshez vezető atipikus interakcionális jegyek. A korai kapcsolat minőségét erőteljesen befolyásolhatják az anya részéről pszichés vagy pszichoszociális faktorok, melyek veszélyeztető tényezők lehetnek a kapcsolat alakulásában. Ilyen tényező a felfokozott szülői stressz, mely különböző okok miatt jelentősen befolyásolhatja az anyai szerep megélését, felerősítheti a szorongást, összefüggésben lehet a szülés utáni depresszió kialakulásával, a gyermek elfogadásával, a felé irányuló attitűddel, kommunikációval, és ezen keresztül a kapcsolat zavarához vezethet.

Egymásra hangolódás, korai interakciók

A gyermek fejlődése gondoskodó, támogató anyai jelenlét mellett valósulhat meg. Anya és gyermekének „egymásra találása”, az egymásra való ráhangolódás hosszabb folyamat, hetek, hónapok kérdése. A kialakuló kapcsolat, mely később a gyermek

kötődési típusában is megragadható, kölcsönös egymásra hatások, interakciók soroza-
taiból formálódik, és „belső munkamodellként” válik majd a további emberi kapcsola-
tok prototípusává. Az optimális anya-gyerek interakciós mintázatok segítik a fejlődést.
A mintázatok kutatására nagy hatással volt Mary Ainsworth munkássága (AINSWORTH-
BELL-STAYTON 1971; AINSWORTH 1979), aki Idegen Helyzetnek nevezett eljárásával
a kapcsolat biztonságosságát mérte. A biztonságos, illetve bizonytalan kötődési típusok
háttérében lévő okokat kutatva nagy jelentőséget tulajdonított az anyai érzékenységek
(szenzitivitásnak), melynek következtében a ráhangolódás, és az egymásra hangolódás
folyamata optimálisan alakul, megalapozva a biztonságos kötődési mintát. A kötődési
mintázatokra utaló korai jelek már felismerhetőek a kialakulóban lévő kötődés fázi-
sában az anya-gyerek interakciós viselkedések megfigyelésével.

Belsky (1984) a szülőség meghatározóit vizsgáló kutatásában három területet azo-
nosított: a szülők személyes lelki erőforrásai, a gyermek karakterisztikumai, valamint a
stressz és a támogatás kontextuális forrásai. A kiegyensúlyozott korai kapcsolat alapvető
meghatározója az anya, aki ideális esetben érzékenyen, kapcsolatképpen fordul újszül-
öttje, majd csecsemője felé, és érzékeny válaszkészségével, adekvát anyai ráhangoló-
dással, specifikus kommunikációs módokon biztosítja a csecsemő számára a megfelelő
korai gondoskodó környezetet. A modern csecsemőkutatások eredményei megerősítik,
hogy a csecsemők figyelemre méltó érzékelési és viselkedési képességekkel szü-
letnek, melyekkel környezetüket észlelik, illetve arra válaszolnak. Az első fél évben az
együttesség élményei mégis túlsúlyban vannak, mert bár a csecsemő aktív és elkülönült,
mégis egy interakciós keretben mozog az anyával. Stern (é.n.1.) szerint az „együttlét-
egy módja-sémák” hatására bontakoznak ki a kapcsolati viselkedésmódok. Ahogy a
cselekvések az érzékszervi-mozgásos sémákból bontakoznak ki (PIAGET 1978), úgy az
interaktív viselkedések az együttlét-sémákból. És fordítva: az interaktív viselkedés-
módok együttlét-sémákat mozgósítanak. Sameroff (1993) tranzakciós fejlődésmoddjára
ezen túlmenően kiemeli, hogy a környezeti hatásokat az egyén is formálja, így mintegy
folyamatos „párbeszéd” alakul ki az egyén és környezete között.

Fontos kérdés, milyen korán és hogyan lehetséges azonosítani a veszélyeztetett fejlő-
désre és kapcsolatra gyanús gyermekeket. A szülőket ért stressz hatását a gyermekne-
velésre, a gyermekkel való interakciókra több kutatás vizsgálta és fontos tényezőként
tüntette fel. Ayoub és mtsai (2001) Feldman és mtsai (2004), Martin és mtsai (1999),
Pesonen és mtsai (2005), Crnic és mtsai (1990), DiPietro és mtsai (2006), vizsgálatai
szerint a több stresszort érzékelő anyák kevésbé szenzitíven vettek részt az interak-
ciókban. Az anyai autoritatív stílus összefüggött a kötődési biztonsággal, a házastársi
elégedettséggel, a proszociális gyermeki viselkedéssel. Az anyai játékoság pozitív
hatását több kutatás is igazolta a korai anya-gyerek kapcsolatra (FONAGY 1995; RUBIN és
mtsai 1983; LIEBERMAN 1977; SINGER-RUMMO 1973; TREVARTHEN 1977; UZGIRIS 1984; STERN
é.n.2.; GERGELY-WATSON 1998; GERGELY 2002).

A korai interakciók fontos szerepet játszanak a csecsemő érzelmszabályozásának
kialakításában. Stresszhelyzetekben mutatkozik meg igazán, hogy az adott helyzettel
hogyan tud megküzdeni az egyén – érzelemfókuszú vagy problémaorientált (ellenálló-
elkerülő) módon. A biztonságos kötődésű babák anyái sokkal bevonódottabbak voltak
babáikkal való interakcióik során (LYONS-RUTH és mtsai 1987). Sokkal válaszkészebbek
voltak a jelzéseikre (ISABELLA-BELSKY 1991; PEDERSON és mtsai 1990), sokkal alkalmasabb
válaszokat adtak (SMITH-PEDERSON 1988), és megfelelőbb ütemben kommunikáltak (TETI
és mtsai 1989), érzelmeik kifejezésében sokkal pozitívabbak (AINSWORTH és mtsai 1978),
és kevésbé negatívak voltak (LYONS-RUTH és mtsai 1987), mint a bizonytalanul kötődő

babák mamái. A korai interakciók minősége, azok játékos stílusa hatással van a biztonságos kötődés kialakulására. Az érzelmi kötődést elősegítő interakciós stílusok közös jellemzője az anyai érzékenység mértéke a gyermek viselkedési jelzéseire (AINSWORTH és MTSAI 1978). A biztonságosan kötődő anya-gyerek párosokban a bevonódás, a szinkronitás közepes szintje figyelhető meg, míg bizonytalan kötődésnél alacsonyabb vagy magasabb. A jó interakció legfőbb jellemzője tehát nem a tökéletes szinkronia vagy kontingencia, hanem az, ha képesek a felek az interakciós hibákat kijavítani. TRONICK (1989) rámutat, hogy a szinkronitás szintje alacsonyabb pl. koraszülötteknél, mert ilyenkor az anya általában aktívabb, stimulálóbb.

A korai interakciókban megmutatkozó pozitív vagy negatív érzelmek befolyásolják a csecsemő fejlődését, viselkedését, érzelmi és viselkedéses válaszokra motiválják, valamint az érzéseknek megfelelő megküzdési stratégia aktiválására. A negatív érzelmek megtapasztalása, megélése egyúttal stressz-szituációt is jelent, mely hatására védekezési mechanizmusok indulnak be. A stresszor az egyént válaszra, alkalmazkodásra készíti. A túl korai, kényszerű alkalmazkodás beláthatatlan következményekkel járhat (lásd pl. „hamis szelf” – WINNICOTT 2004). Az érzelmek szerepe kitüntetett lesz abban az életkorban, amikor a verbalitás még nem igazán működőképes; a csecsemő a preverbális fejlődési stádiumban még tanulja érzelmeit, azok megismerését, beazonosítását, kifejezését, melyhez nagy szüksége van a segítő külső környezetre. A nem verbális kifejezések főszerepet játszanak, sok információt nyújtanak a kapcsolat minőségéről, harmóniájáról, zavartalanságáról, attitűdről, elfogadásról, kiegyenlítettségéről és még sok egyéb olyan tényezőről, mely a gyermek érzelmi-szociális fejlődésében meghatározó. Az érzelmek implicit, automatikus szabályozása a korai kapcsolatban formálódik. A megfelelő korai tapasztalatok segítenek csökkenteni a károsító feszültségeket (distresszt), és pozitív érzelmi állapotokat generálnak. A „szemtől szembe” interakciókban megjelenő interakciós szinkronitás, az érzelmi ráhangolódások, a tükrözés, a mentalizáló hozzáállás, a kötődési viselkedés mind az adaptív, jól működő érzelmszabályozás szolgáltatásában állnak. A maladaptív érzelmszabályozás a megzavart szülő-gyerek kapcsolatra, a károsító korai környezeti hatásokra, a nem jól működő szülői nevelési stílusokra jellemző.

A jó anya-gyerek kapcsolatban az intenzív érzelmeket az anya befolyásolja. Módosítja, enyhíti, így a gyermek toleranciára tesz szert az érzelmi feszültségekkel szemben. Az interakciókban már korán megjelennek olyan események, melyek zavaróak lehetnek a baba számára, és ezekkel igyekszik megbirkózni, már korán adaptív megküzdési stratégiákat kidolgozva például a zavaró, tolakodó, elhanyagoló, túlingerlő, ellenséges impulzusok ellen. Az anya interakciós stílusát optimális esetben fizikai és érzelmi elérhetőség, bevonódottság, válaszkészség, érzékenység jellemzi. Sajnos, amikor ez a stílus nem optimálisan szenzitív, akkor ehhez a csecsemőnek interakciós viselkedésével alkalmazkodnia kell. Ezek legfőbb szerepe a védekezés a károsító, traumatikus hatásokkal szemben: a veszélyhelyzetekkel, az elutasítással, a szeparációval, a kiszámíthatatlansággal szemben. A nem optimális szülői üzenetekre, viselkedésekre azok észlelésével, beazonosításával kialakítja a csecsemő a maga ún. „feltételes stratégiáit” (HINDE, idézi PÉLEY 2000), melyek adaptív védekezéseknek tekinthetők a megzavart helyzetek kezelésében. Saját túlélésének maximalizálása vezeti a csecsemőt akkor, amikor nem optimális gondoskodást tapasztalva megpróbálja saját biztonságát optimalizálni ebben a helyzetben. Ezért nem tekinthetők maladaptívnak a bizonytalan kötődésű gyermekek elkerülő, illetve ellenálló/rezisztens stratégiái, hanem azok az alkalmazkodást szolgálják, a megküzdés bizonyítékai.

A korai kapcsolati zavarok megnyilvánulásai az interakciókban megjelenő mikro-frusztrációk, illetve erősebb frusztrációk, esetleg traumák. Az ismétlődő, feszültséget okozó zavar mintázatok, kellemetlen tapasztalatok sokkal nagyobb szerepet játszanak, mint a ritkán előforduló tévesztések, hibák. Az interakciókban megfigyelhető az anya stílusa, bánásmódja, a családi légkör, a családi patológiák. A korai interakciókban a zavarra utaló jegyek felismerése és beazonosítása közelebb vihet a csecsemőkori patológiák jobb felismeréséhez és kezeléséhez. Igen meggyőző példák mutatják, hogyan következnek a zavar jeleket mutató interakciókból és a hozzájuk kapcsolódó anyai fantáziákból az evés-, alvás-, emésztésszavarok, ordítás és sírásrohamok, és hogyan játszik ebben szerepet a család többi tagja (NEMES 2000).

Egy Early Head Start program keretében végzett kutatás vizsgálta az első évben ható faktorokat a későbbi nyelvi és szociális fejlődésre, valamint a két éves kori anya-gyerek interakciókra (AYOUB és mtsai 2001). Az anyai interakciós stílus erőteljes előrejelzője a gyermeki interakciós stílusnak a gyermek 24 hónapos korában. Az anyai interakciós stílus a gyermek nyelvi fejlődését is befolyásolja. A korai intervencióban alternatívákat tanítanak a durva fizikai büntetés helyett, javítják az anyai műveltséget, ismereteket, s ennek hatására javul a szülő-gyerek interakció és a nyelvi fejlődés.

Fontos kérdés, milyen tényezők okozzák a korai anyai odafordulásnak, a szenzitív gondoskodásnak a deficitjét. A korai viselkedési problémákhoz ugyancsak kapcsolódnak olyan faktorok, mint a nem megfelelő szülői hozzáállás – agresszió, gyanakvás, hangulati zavarok (SHAW és mtsai 1996; ZAHN-WAXLER és mtsai 1990) vagy házassági problémák, szülői konfliktusok (BLOCK és mtsai 1986). Ezek mind csökkentik a szülő azon képességét, hogy úgy reagáljon a gyermekére, hogy az elősegítse a szelf-másik kapcsolat mentalizáló modelljének kialakulását. Azok a gyerekek, akik diszharmonikus családban nőnek fel egy szorongó/depressziós anyával, veszélyeztetettek érzelmi és viselkedésszavarokra, azonban még tisztázatlan, hogy ez az összefüggés minek köszönhető: a posztnatális környezetnek, a prenatális védtelenségnek, vagy egy általános hajlamnak. Bekkhus és mtsai (2011) kutatásában a Norvég Anya és Gyermek Kohort Study (MoBa) 24.259 résztvevőjének adatai szerepeltek. Vizsgálták az anyai szorongást, depressziót, a családi diszharmoniót, valamint a gyermekükre irányuló fizikai és verbális agressziót. Az eredmények azt mutatják, hogy mind az anyai szorongás/depresszió, mind a családi diszharmonia stabilitást mutat a terhességtől 18 hónapos korig, és a családi rizikó tartós hatása átívelt két időszakon is.

A terhesség, szülés, gyermekágy sok stressz-teli eseményt jelent, melynek feldolgozása során sok szorongást élnek át az anyák. A veszélyek túlértékelése, egyéni képességek alábecsülése, a magabiztosság hiánya heves szorongást idéz elő, mely akár pszichoszomatikus tünetek formájában is megjelenhet. Összefüggésben lehet a nehéz szüléssel, és a gyermekkel való későbbi interakciók zavarttá válásával. Az anyai szorongás mértéke tehát fokozott rizikó faktorként jelentkezik a korai kapcsolatokban.

Stressz-kezelés és hatásai

Reissland (2006) kutatása során szignifikáns összefüggést talált a stressz, a depresszió és a gyermek elmaradott kognitív fejlődése között. Eredményei azt mutatták, hogy azoknak az anyáknak a babái, akikre magas szülői stressz volt jellemző, alacsonyan teljesítettek a szociális, kommunikációs és kognitív fejlődést vizsgáló teszteken. A kutatások általában a nehéz életkörülményeket vizsgálják. Ilyenek a szegénység vagy

az alacsony SES pontszám (Belle 1981; WERNER-SMITH 1982), a szülői pszichopatológia (GARMEZY és mtsai 1984; SAMEROFF-SEIFER 1983), a gyermeki pszichopatológia (GREENSPAN-PORGES 1984; GUPTA 2007), a major gyermekkori betegségek vagy fogyatékoságok (BECKMAN 1983), és a jelentős negatív életváltozások (CRNIC és mtsai 1983), vagy több rizikófaktor együttesen. Szokásosan a nagy stressz szignifikáns összefüggésben áll a kevésbé optimális szülői vagy családi működésekkel, kevésbé optimális szülő-gyerek interakciókkal, és alacsonyabb gyermeki kognitív kompetenciával. Bár világos, hogy a jelentős mértékű életstresszek negatívan befolyásolják számos oldalát a szülői, gyermek és családi rendszernek, a kutatások azt is sugallják, hogy a nagy életstresszek alacsony gyakorisággal fordulnak elő a legtöbb családban (CRNIC-GREENBERG 1990). A kutatások (KANNER és mtsai 1981; LAZARUS 1984; LAZARUS és mtsai 1985) felteszik azt a kérdést is, hogy összehasonlítva a nagy stresszekkel, a relatíve kicsi napi stresszek (napi mérgelődések) kumulatív hatása valószínűleg szignifikánsabb az alkalmazkodásban. Patterson (1982) kimutatta, hogy a napi bosszúságok, melyeket az anyák nap mint nap megélnék, valószínűsítette gyermekeik felé mutatott irritábilis válaszaikat az otthoni megfigyelések során, amelyek megnövelték a gyermekek agresszív válaszeit. Hasonlóan Dumas és munkatársa (1993) is azt találta, hogy azok az anyák, akik naponta averzív interakciókat tapasztaltak más felnőttekkel, szignifikánsan averzívabbak voltak gyermekeikkel is.

A magas rizikójú populációkban a gyermekek kognitív fejlődésére ható egyéni és kontextuális hatások modelljében a hatások három szintje volt kimutatható. A kognitív fejlődésre közvetlen hatással volt az anyai érzékeny válaszkészség és a baba veleszületett érzelemszabályozó kapacitása. A b szinten, indirekt hatásként jelenik meg a szülői stressz, hat az anyai szenzitivitásra, a baba érzelemszabályozására. A c szint kontextuális hatásokat (pl. társas támogatottság) jelez, melyeknek hatása van a kognitív fejlődésre, a szülői stressz emelésével vagy csökkentésével, ezáltal közvetett úton befolyásolva a kognitív kimenetet (FELDMAN és mtsai 2004). Az anyát a terhesség alatt ért stressz hatások, szorongásos vagy depressziós tünetek, különösen a terhesség első két harmadában, bejósolják a babánál az anya által megítélt biológiai rendellenességeket, az újdonságra adott szorongást, és a nyűgösséget hat hónapos korban. Ezenkívül a biológiai rendellenességeket, negatív érzelmeket, szociális gátlást és boldogtalanságot a gyermek öt éves korában (MARTIN és mtsai 1999). Pesonen és mtsai (2005) kutatásukban mind a prenatális, mind a posztnatális szakaszban – hat hónapos korban – mérték az anyai stressz hatásokat. A pre- és posztnatális stressz tapasztalatok előre jelezték a baba sokkal inkább negatív és általában reaktív temperamentumát. A magas stressz értékeket produkáló mamák (akár a terhesség alatt, akár később) sokkal negatívabbnak észlelték babájuk temperamentumát. Az összefüggés nem volt magyarázható a depresszióval vagy a baba nemével.

A nagy életstressz, a kis napi bosszúságok és a szülőség összefüggéseit kutatta Crnic és munkatársai (1990). Az életstressz és a napi bosszúságok szignifikánsan előre jelezték a gyermek, szülő és családi státusz jellegzetességeit. Sőt, a napi bosszúságok voltak a leginkább erőteljes stresszt okozó faktorok. További eredmény, hogy az anya társas támogatottsága módosította a napi stresszek hatását az anyai viselkedésre. Az eredmények alátámasztották a kis stresszek hatását a mikroszociális folyamatokra, melyek a szülő-gyerek kapcsolatot alakítják, és hozzájárulnak a gyermekek és családok diszfunkcionális működéséhez. Gelfand és mtsai (1992) klinikailag depressziós és nem depressziós anyák szülői stressz mutatóit vizsgálták. A depressziós anyák több szülői stresszről, napi bosszúságokról, megromlott házastársi kapcsolatokról, kevesebb társas

támogatottságról számoltak be, és alacsonyabb szülői kompetenciát mértek náluk, mint a nem depressziós anyáknál. Azoknál az anyáknál, akiknek nehéz temperamentumú volt a gyermeke, nagyobb stresszt jeleztek, és a „nehéz” gyermekeket nevelő depressziós anyáknál magasabb volt a gyermekre fókuszáló stressz-szint. A depressziós csoportban a magas anyai stressz-szintet előre jelezte a depresszió súlyossága, a gyermek temperamentuma, a házastársi kapcsolat, de a nem depressziós csoportban csak a demográfiai faktorok és a temperamentum volt előrejelző tényező.

A korai kapcsolat alakulásában a segítő, támogató tényezők módosíthatják a rizikó faktorok (anyai pszichopatológia) hatásait. Ilyen potenciális védő faktorok lehetnek: a belső erőforrások, megküzdés egészséges módjai, a partneri (az anya férje, élettársa) támogatás, a megfelelő illeszkedés a szülő-csecsemő között („*goodness of fit*”), az anyai „játékképesség”, „játékosság” (*playfulness*) mint kvázi személyiségvonás és mint interakciós stílus. Azok az anyák, akik magas szinten elégedettek voltak a párkapcsolatukkal, sokkal inkább válaszkészek voltak csecsemőjükkel az interakciókban, bár ez az összefüggés nem állt az apákra (BROOM 1994). Más kutatás az anya-apa közötti konfliktusokat, az anya apa általi támogatottságát, az anyai viselkedést, és a gyermek-anya kötődést vizsgálta magas stresszel jellemezhető városi környezetben, afrikai amerikai családoknál (FINGER és mtsai 2009). A konfliktusos anya-apa kapcsolat összefüggést mutatott a problematikus anyai viselkedéssel, alacsony anyai érzékenységgel, a csecsemő bizonytalan kötődésével, és a dezorganizált-dezorientált kötődéssel. Az anyai szenzitivitás döntő szerepét hangsúlyozza Isabella (1993). Az anyák alkalmazkodóképességének, megküzdésének erejét bizonyítja, hogy sérült, koraszülött gyermekek körében is nagyjából ugyanannyi a biztonságos kötődésű gyermek, mint egészségeseknél. Az érzékenyen tükröző szülői környezet hozzájárul az érzelmi tudatosság, az önkontroll kialakulásához.

Módszer

„A játékoság szerepe a korai anya-gyerek kapcsolat alakulásában – a kapcsolati problémákat bejósoló gyanújelek és moderátor tényezők” című doktori kutatásom a korai anya-csecsemő interakciók vizsgálatára, és a kapcsolati problémákra veszélyeztetett – stressz alatt álló – anya-gyerek diádokra irányult. Az optimális vagy a zavarjeleket mutató interakciók minél korábbi beazonosítása azért is fontos, mert ezek a minőségek hatással vannak a gyermek további érzelmi-szociális és kognitív fejlődésére, illetve társas kapcsolatainak, kötődési mintázatának későbbi alakulására. Célom a szülővé válást meghatározó tényezők vizsgálata a korai anya-gyermek kapcsolat kontextusában közvetlenül a gyermek megszületésétől kezdve a gyermek öt hónapos koráig tartó időszakban, a stressz alatt álló, veszélyeztetett anya-gyermek rendszerek korai felismerése, és a korai anya-gyerek interakciók minőségét befolyásoló faktorok megismerése, a hatások elemzése, mind a veszélyeztető (rizikó), mind a védő (protektív) tényezők figyelembe vételével. Annak vizsgálata, hogy a terhességi előzményeknek és perinatális eseményeknek van-e bejósoló értéke a négy és fél hónapos kori anya-gyerek interakciókra, illetve a szülői stressz kialakulására.

Hipotéziseim

Feltételezem, hogy mind anyai, mind gyermeki oldalról vannak olyan tényezők, melyek felelőssé tehető a kapcsolat rizikóssá, illetve optimálissá válásáért. Előzetes várakozásaim szerint a kapcsolati zavarokra utaló jelek már igen korán, a szüléskor, illetve szülés utáni első hónapban megjelennek, a negyedik hónapban pedig már egyértelműen felismerhető a kapcsolati probléma gyanúja, mely a magasabb stresszel és a nem optimális interakciókkal jellemezhető. Valószínűsíthető, hogy a magasabb stresszt észlelők körében gyakrabban fordulnak elő zavarjeleket mutató interakciós mintázatok. Feltételezem, hogy a magas rizikó érték magasabb szülői stressz értékkel fog együtt járni. A magas anyai stresszel jellemezhető anyák gyakrabban szorongóak, illetve depresszív tüneteik is gyakrabban vannak. Az anya gyermekéhez fűződő kapcsolatának, ragaszkodásának problémái megnövekedett szülői stresszel járnak együtt. Feltételezem, hogy az anyai játékoság fordított összefüggésben áll a szülői stresszel, továbbá egyenes kapcsolatban a harmonikus interakciókkal.

Vizsgálati személyek

A vizsgálatban részt vevő személyek frissen szült, gyermekágyas anyák. Az anyákat random módon, az önkéntesség elve alapján választottam ki a szülészeti osztályokról. Nincs megkötés az életkorra, családi állapotra vagy szociális helyzetre vonatkozóan, csupán a tekintetben, hogy első gyermeküket szülő nők legyenek. A kutatásba 50 első gyermekes anyukát és gyermekét vontam be. Az anyák életkora 17–39 év közé esik. Az életkorok átlaga 30,3 év, szórás: 4,83. A gyermekek életkora szempontjából a minta kiegyenlített: összesen 26 lány, és 24 fiú került be. Mintámba budapesti és Budapest környéki anyák kerültek be. Az anyák kiválasztása során arra törekedtem, hogy azonos számú átlagos és (a terhességi-szülési folyamat megzavartsága miatt) veszélyeztetett anya kerüljön be. A veszélyeztetett kategóriába azok kerültek, akik veszélyeztetett terhesként álltak gondozás alatt, illetve már a terhesség előtt, alatt, és a szülésnél is előfordultak kezelést igénylő problémák, betegségek, normálistól eltérő lefolyású szülés, illetve szülésvezetés. Általánosságban elmondható a mintáról, hogy konszolidált, tagjai között zömében középosztálybeli anyák találhatók, mind végzettség, mind anyagi helyzet tekintetében. A minta nem reprezentatív, inkább a képzetesebb, tájékozottabb, rendezett körülmények között élő, terhességét, szülését jól fogadó, bevonódott, és a kutatás iránt általában érdeklődő anyák vettek részt, ezért a szélsőségeket el tudtuk kerülni.

Eszközök

Adatfelvétel: Tájékoztatás (írásos tájékoztató a kutatásról, nyilatkozat, szerződés); Saját kérdőív (alapadatok, szociális helyzet, nevelési stílus, házassági/házastársi elégedettség, saját szülői kapcsolatok); Interjú; Kórházi dokumentációk tanulmányozása.

Vizsgáló eljárások

Szorongás/ depresszió/ stressz

STAI-Y – Állapot és Vonásszorongás Kérdőív (Spielberger). A mérőeszköz lehetővé teszi a szakember számára, hogy az átmeneti szorongásos állapotot meg tudja különböztetni a szorongásra való általános hajlamtól. Szülés utáni Depresszió Skála (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS). A szülés utáni depressziós tünetegyüttes megbízható mérési módszere. Specifikusan a postpartum depresszió felismerésére és követésére alkalmas. Alkalmazásával követhető a hangulat változása. Szülői Stressz Skála (Parenting Stress Index – PSI, Abidin). A teszt célja, hogy azonosítsa azokat a szülő-gyerek rendszereket, amelyek stressz alatt állnak, és fejlődési vagy szülői viselkedési, illetve gyermeki viselkedési problémákra veszélyeztetettek.

Interakciók megfigyelése

A gyermek négy és fél hónapos korában „szemtől szembe” szabad játék helyzetben megfigyeltem és videóra vettem az anya-gyerek interakciókat, a kódolás során különös tekintettel az anyai, a baba harmóniára, stílusra, anyai játékosagra, érzelemtükröző anyai kommunikációra, a kontingenciákra és a szinkronicitásra. Saját kódrendszerrel elemeztem az interakciók minőségét, átlagos, optimális vagy megzavart jellegét.

Anyai játékoság megfigyelése

A gyermek négy és fél hónapos korában „szemtől szembe” szabad játék helyzetben megfigyeltem és videóra vettem az anya-gyerek interakciókat. A kódolás szempontsora a Lieberman-féle Playfulness-skálát vette alapul.

Anyai elfogadás, kapcsolódás skála

A Szülés utáni Kapcsolat Skálát (The Postpartum Bonding Questionnaire – PBQ) arra fejlesztették ki, hogy a korai diagnózisban meg lehessen határozni az anya-gyerek kapcsolati rendellenességeket. Az anyákat kérdezi a gyermekek karakterisztikumáról. Feltárja a késlekedő vagy hiányzó anyai válaszokat, a kóros harag érzetét a gyermekkel szemben, és az elutasító magatartást. A skála négy fő területet vizsgál, és ennek megfelelően rendezi a pontszámokat is: Megromlott kötődés, Elutasítás és harag, Szorongás a gondozástól, Bántalmazás veszélye.

A vizsgálat menete

A kutatás során három alkalommal vettem fel kérdőíveket, alkalmaztam vizsgáló eljárásokat. Első alkalommal a kórházban, a szülészetben az előzetes jelzés alapján személyesen megkerestem a kórházi ágyánál a részvételre vállalkozó anyákat. Tájékoztatásra, megismerkedésre, megállapodásra került sor. Saját kérdőívet vettem fel interjú formájában, tanulmányoztam a kórházi dokumentációt. A szülés utáni depresszió, valamint a szorongás felmérésére szolgáló önkitöltős kérdőíveket töltötte még ki az anya. Második alkalommal a csecsemő egy hónapos korában, postai úton küldtem ki kérdőíveket a szülői szorongás, illetve a depresszív tünetek megismerése céljából. Emellett kiküldtem a korai kapcsolat vizsgálatára a Szülés utáni Kapcsolat Skálát. Harmadik alkalommal a csecsemő négy és fél hónapos korában a család otthonában találkoztunk. A találkozási

alkalom fő céljai: stressz, korai kapcsolati és depresszió kérdőívek felvétele az anyától, a gyermek fejlettségének vizsgálata a Bayley III. fejlődési skála használatával, az anya-gyermek interakciók és az anyai játékoság megfigyelése és videó felvétele „szemtől szembe” szabad játék helyzetben.

Eredmények bemutatása és elemzése

Bemeneti rizikótényezők és anyai kimenetek (anyai ragaszkodás; szülői stressz) kapcsolata

A statisztikai elemzés során a rizikót folyamatos változóként kezeltem. A független változók az anyai pszichés és pszichoszociális, illetve a baba biológiai rizikó pontszámai. Az anyai pszichés rizikópontszám egyik anyai kimenettel sem korrelált közvetlenül. Azaz az anya kezdeti pszichés, illetve pszicho-szociális szempontból fennálló problémái (életkörülmények, traumák, stresszek, saját gyerekkor, anya anyjával való kapcsolata, anyai érzelmek, partnerkapcsolat problémái) nem jártak együtt a ragaszkodás, elfogadás problémáival, illetve a fokozott szülői stressz kialakulásával. Ezeket a tényezőket a Szülés utáni Kapcsolat Skála (PBQ), illetve a Szülői Stressz Skála (PSI) eredményeinek figyelembe vételével vizsgáltuk.

A biológiai *rizikó* pontszám szignifikáns eredményeket mutatott a PBQ, illetve a PSI skála pontszámokkal való korrelációban.

A rizikó tényezők és a stressz, valamint az anyai kötődés közötti kapcsolatokat

		PSI összpontszám (totál stressz)	PBQ átlag
anyai pszichés rizikó	Pearson korreláció	-,042	-,196
	szignifikancia	,773	,173
	N	50	50
baba biológiai rizikó	Pearson korreláció	,498**	,454**
	szignifikancia	,000	,001
	N	50	50

Önmagában tehát az anyát ért pszichés, illetve pszichoszociális stresszhatások, illetve szubjektív élményfeldolgozó mechanizmusai nem befolyásolták közvetlenül az anya alakuló ragaszkodását babájához, illetve a szülőséggel kapcsolatos feszültségeinek mértékét. Ebből következhet, hogy egyéb tényezők hatására ezek a korai stresszek feldolgozhatók, túl lehet lépni rajtuk, meg lehet ezekkel küzdeni úgy, hogy ne befolyásolják az anya-gyermek kapcsolat minőségét. A biológiai *rizikó* pontszám szignifikáns eredményeket mutatott a PBQ, illetve a PSI teszt pontszámokkal való korrelációban. A fizikai, biológiai tényezőknek, zavarjelenségeknek, illetve patológiáknak az eredményeink szerint nagy szerepe van abban, hogy a korai anya-gyermek kapcsolat a szülői stressz alatt álló rendszerrel, illetve az anya babájához történő ragaszkodásának, az anyaság és a gyermek elfogadásának minőségével lesz jellemezhető. Ezzel beazonosíthatjuk a *veszélyeztetett anya-gyermek rendszereket*.

Az anyák szülői stressz (PSI) értékeinek (összes részterület, szülői alskála, gyermek alskála, totál stressz) összefüggéseit vizsgáltuk a biológiai rizikó pontszám értékeivel.

Eredményeink szerint a biológiai rizikó érték szignifikáns korrelációt mutatott a következő szülői stressz értékekkel: szülői megerősítés, követelmény, elfogadás. A veszélyeztetett csoportba sorolt anyáknak tehát nehézségeik voltak a gyermeki oldal több tételében megragadott érzéseikkel. A *szülői megerősítésben* elért magas értékek erőteljes veszélyeztetettséget jelentenek, tehát a gyors beavatkozás ilyenkor indokolt lehet, mivel a szülőben a gyerekével való kapcsolat nem jó érzéseket hoz létre, a szülő úgy érzi, hogy a gyerek elutasítja őt, nem erősíti meg szülői mivoltában, s ez rombolja a saját magáról mint szülőről alkotott képét. A magas pontszám hátterében a következők lehetnek: a gyerek válaszdó, reakcióra való képessége hiányos, a szülő félreértelmezi, vagy képtelen pontosan megérteni a gyereket, esetleg a szülő depressziós, és negatív reakciókat, válaszokat továbbít a gyerek felé.

A *követelmény* magas értékei esetén a szülő megterhelőnek érzi a gyermekéről való gondoskodást, úgy érzi, gyereke túl sokat kíván tőle, más esetben pedig a szülő akar nagyon görcsösen megfelelni szülői szerepének, ezért érzi túl nagynak az elvárásokat. A reakció természetes, ha azt tartjuk szem előtt, hogy egy magas biológiai rizikóval rendelkező gyermek sok nehézséget, problémát, aggodalmat okoz, egészségi állapota, viselkedése eltér az átlagtól, így érthető, ha az átlagnál jobban leterheltnak érzi magát az anya.

Az *elfogadás* szintén a fenti okok miatt nehezebb egy veszélyeztetett, sérülékenyebb babánál, mint normális esetben. Magas értékeket érnek el az anyák ezen a területen, ha a gyermek fizikai, szellemi és érzelmi jellemzői nem felelnek meg az elvárásoknak, amit, vagy amiket a szülei vele szemben támasztanak. Röviden, a gyerekekkel azt éreztetik, hogy nem annyira vonzó, érdeklődő vagy kellemes, mint amennyire a szülei szerint kellene, hogy legyen. Ebben az esetben érdemes vizsgálni a gyermek valódi tulajdonságait, viselkedését, illetve azt, mennyire az anya szubjektív állapotából adódik a gyermek rejtett elutasítása. Segítségnyújtás szempontjából természetesen mindegy, melyik eset áll fenn, a gyermek elfogadásával küzdő anyákat mindenképpen meg kell segíteni.

Ezek az eredmények megerősítik a PBQ skála mutatói szerinti anyai kötődési, elfogadási, az anyaszereppel való megbirkózásának problémáit, együttes jelenlétük figyelhető meg, talán azért is, mert hasonló jelenségekről van szó.

Feltevésem szerint az anyai pszichopatológia (depresszió, szorongás) meghatározó szerepet játszik a szülőséggel összefüggő stresszek kialakulásában.

A szülés utáni depresszív, illetve szorongásos tünetek feltevésem szerint negatív hatással lesznek a korai kapcsolat minőségére. A korai kapcsolat veszélyeztetettségét anyai, illetve interakcionális tényezőkkel jellemzem. Az anyai szerep, valamint a gyermek elfogadásával, a baba iránti ragaszkodással kapcsolatos problémákat a PBQ skála jelzi. A szülőséggel kapcsolatos fokozott stressz megélését a PSI skálával mérhetjük. Ezek az anyai tényezők. Az interakció minőségére az anyai interakciós stílusokból, illetve anya és csecsemője közötti összhangot kifejező interakció közös kód pontszámából következtünk.

Az EPDS skálával mért depresszió értékek szignifikáns korrelációt mutattak az anyai tényezőkkel:

- EPDS-PBQ közötti értékek szignifikáns korrelációt mutattak. A Pearson korrelációs koefficiens értéke 0,56; $p=0,001$; $N=50$.

- EPDS-PSI közötti értékek szignifikáns korrelációt mutattak. A Pearson korrelációs koefficiens értéke 0,54; $p=0,001$; $N=50$.

A korai intervenció számára fontos adatokat szolgáltathat a részletes kvalitatív elemzés, ezért az EPDS skála értékeinek és a PSI egyes itemeinek kapcsolatát is kerestük. A három alkalommal (közvetlenül a szülés után, a baba 1, illetve 4,5 hónapos korában) felvett postpartum depressziót mérő EPDS skála értékeinek kapcsolatát elemeztük a baba négy és fél hónapos korában az anyától felvett, szülői stresszt mérő PSI értékeivel, minden alskálával, illetve a fő skálákkal is: gyermek alskála, szülő alskála, teljes (total) stressz értékek. Az összefüggéseket elemezve láthatjuk, hogy a depressziós tünetekkel küzdő anyáknál az első alkalommal, közvetlenül a szülés után mért, a baba egy hónapos korában, illetve négy és fél hónapos korában felvett depresszió értékek szignifikáns pozitív korrelációt mutatnak a teljes stressz (*total stress*) pontszámmal. Ugyanez jellemző a szülői alskála esetén is, míg a gyermek alskála tekintetében a szülés utáni pontszámmal nem, de az egy, illetve négy és fél hónapos kori pontszámokkal szignifikáns korrelációt tapasztalhatunk.

Mint a következő ábrán láthatjuk, további részterületekkel mutatkozott szignifikáns összefüggés, mely intervenció szempontokból lehet különös jelentőségű. A gyermek alskálán belül a követelmény, a szülőin belül a képesség, a kötődés, a szűk szerep és a depresszió itemekkel. A gyermeki oldalt tekintve csupán a követelmény itemben van összefüggés, tehát amikor az a probléma, hogy az anya úgy érzi, gyermeke túl sokat követel tőle, nehéz vagy megoldhatatlan feladatok elé állítja. Ez a stressz-forrás gyakoribb első gyermeküket szült anyáknál, mint ez mintánkban is így van, akik erőteljesebben és talán görcsösebben igyekeznek megfelelni szülői szerepüknek.

A szülői oldal négy alskáláját tekintve is erőteljesekek az összefüggések: a képesség (*kompetencia*) esetén például szintén gyakoribb, hogy első gyermekük szülei magasabb értéket érnek itt el, mivel még nem rendelkeznek megfelelő jártassággal, szülői gyakorlattal a gyermeknevelés és gondozás területén. Ezek a szülők gyakran érzik úgy, mintha csalódtak volna gyermekükben, mintha valahogy másképp képzelték volna el. Itt szintén fontos látni, hogy az összefüggések irányát nehéz meghatározni: vajon eleve a lehangoltabb, borús hangulata, negatív kedélyállapota miatt látja babáját másnak, nem megfelelőnek az anya, vagy esetleges temperamentumbeli illeszkedési problémák („*goodness, illetve poorness of fit*”) miatt lehangolttá válik attól, amit lát: ez a gyermek nem olyan, mint amelyet elképzelt, vagy aminek lennie kellene. Mindenesetre a magas mutatók specifikus intervenció teendőket javallnak, mivel a „dupla” érintettség miatt nagyobb az anya mentális egészségbeli veszélyeztetettsége, s ezen keresztül a gyermek fejlődésének, s kapcsolatuknak a veszélyeztetettsége is. A kötődés dimenzióban elért magas pontszámok, párosítva a depressziós tünetekkel, nagy figyelmet érdemelnek esetleges későbbi, kötődési zavarokat előrejelző értékük miatt. Két eset lehetséges: vagy a szülő távol van érzelmileg gyermekétől, hűvös vele, vagy úgy érzi, képtelen megfigyelni és megérteni gyermeke érzéseit vagy igényeit. A szűk szerepben elért magas pontszámok főleg első gyermekes szülőknél állandó feszültséget jeleznek, elsősorban a baba első életévében. A szülő gyakran frusztráltnak és csalódottnak érzi magát azért, mert mintha a gyerek uralkodna rajta, és korlátozza őt, nem tudja úgy kiteljesíteni magát, mint gyerek nélkül tudná. Ezt az érzést természetesen a depresszív hangulat messzemenően felerősíti.

A depresszió skála értékeinek korrelációja a szülői stressz értékeivel

	Depresszió1	Depresszió2	Depresszió3
DI	,130	,267	,258
AD	,159	,164	,193
RE	,206	,223	,219
DE	,230	,288*	,462**
MO	,057	,227	,208
AC	,230	,181	,104
Child domain	,225	,308*	,349*
CO	,249	,429**	,450**
IS	,164	,045	,137
AT	,375**	,387**	,357*
HE	,071	,152	,208
RO	,085	,391**	,371**
DP	,290*	,619**	,555**
SP	,181	,196	,217
Parent domain	,304*	,509**	,519**
PSITotal Stressz	,298*	,463**	,490**

+ $p < 0,1$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Rövidítések: FIGYELEM ELTERELHETŐSÉGE/HIPERAKTIVITÁS (Distractibility/Hyperactivity, DI), ALKALMAZKODÓKÉPESSÉG (Adaptability, AD), SZÜLŐI MEGERŐSÍTÉS PROBLÉMÁI (Reinforces Parent, RE), KÖVETELMÉNY (Demandingness, DE), HANGULAT (Mood, MO), ELFOGADÁS (Acceptability, AC) – gyermek alskála, KOMPETENCIA (Competence, CO), ELKÜLÖNÍTÉS (Isolation, IS) KAPCSOLAT (Attachment, AT), EGÉSZSÉG (Health, HE), SZŰK SZEREP (Role Restriction, RO), DEPRESSZIÓ (Depression, DP), PARTNER (Spouse, SP) – szülői alskála

Az EPDS skálával mért depresszió értékek szignifikáns korrelációt mutattak az anyai tényezőkkel (anyai kötődés – PBQ, szülői stressz – PSI). Az EPDS-PBQ közötti értékek szignifikáns korrelációt mutattak. Az összefüggés nem meglepő, hiszen a depressziós tünetekkel küzdő anyák a világot sokkal megterhelőbbnek, lehangolóbbnak látják, a sötét oldalait hangsúlyozottabban élik meg, ebben a hangulatban pedig nem lehet az anyai szerepre sem a kellő optimizmussal tekinteni, hiszen az még inkább nehezíti az anya terheit. A depressziós jegyek miatti erőtlenség is lehet az oka annak, hogy a PBQ skálában felerősödnek például a szorongások a gondozással kapcsolatban, illetve saját nyomott hangulata miatt képtelen kellő oldottsággal és figyelemmel fordulni babája felé az anya, ezért kötődése, elfogadása babája iránt nem lesz zökkenőmentes.

A szülés utáni depresszió jeleinek kialakulásához vezető tényezőket kerestük. Feltételeztem, hogy a negatív *szülésélménnyel* rendelkező anyáknál gyakrabban alakulnak ki posztpartum depresszióra utaló tünetek. Ennek igazolására a Pearson-féle korrelációs vizsgálatot végeztem el. A szüléskor felvett saját kérdőívem szülésélményre vonatkozó szubszkálájának értékeit és a három alkalommal felvett EPDS depresszió skálában elért pontszámok összefüggéseit elemeztem. Szignifikáns kapcsolatot (negatív korrelációt) találtam a szüléskor mért ($r = -0,379$; $p < 0,01$), és a baba négy és fél hónapos korában mért depresszív tünetek és a szülésélmény között ($r = -0,392$; $p < 0,01$).

	Depresszió 1	Depresszió 2	Depresszió 3
Szülésélmény	-0,379**	-0,183	-0,392**

A szorongás és a szülői stressz összefüggései

A szorongás és a kimeneti tényezők (szülői stressz, interakciós mutatók, anya ragaszkodása babájához) összefüggéseit vizsgálva a következő eredményeket találtam. A szorongás értékeinek átlagát vettem, mind a vonás-, mind az állapotszorongás tekintetében. A szorongás első értékét (1) közvetlenül a szülés utáni pár napban kaptam meg a teszt felvételével, a másodikat (2) pedig a baba egy hónapos korában postai úton kiküldve, és az anya által kitöltve és visszaküldve kaptuk. A szorongás értékek szignifikáns korrelációt mutattak az anyai tényezőkkel. A STAI-PBQ közötti értékek szignifikáns korrelációt mutattak. Az állapotszorongás és a PBQ között a Pearson korrelációs együttható értéke 0,70; $p=0,001$; $N=50$. A vonásszorongás és a PBQ között a Pearson korrelációs együttható értéke 0,60; $p=0,001$; $N=50$.

A STAI-PSI közötti értékek szignifikáns korrelációt mutattak. Az állapotszorongás és a PSI között a Pearson korrelációs együttható értéke 0,53; $p=0,001$; $N=50$. A vonásszorongás és a PSI között a Pearson korrelációs együttható értéke 0,55; $p=0,001$; $N=50$.

Az összefüggés főként a szülői alskálával volt kifejezett. Az állapotszorongás és a PSI szülői alskála között a Pearson korrelációs együttható értéke 0,54; $p=0,001$; $N=50$.

Az állapotszorongás és a PSI gyermek alskála között a Pearson korrelációs együttható értéke 0,34; $p=0,02$; $N=50$. A vonásszorongás és a PSI szülői alskála között a Pearson korrelációs együttható értéke 0,64; $p=0,001$; $N=50$. A vonásszorongás és a PSI gyermek alskála között a Pearson korrelációs együttható értéke 0,32; $p=0,02$; $N=50$.

A *szülői stressz és a szülői kötődés* értékeit vizsgálva azt az eredményt kaptuk, hogy szinte minden egyes alskála szignifikáns összefüggést mutat a szülő gyermekéhez való ragaszkodását tekintve. Az egy hónapos és négy és fél hónapos korban felvett Szülés utáni Kapcsolat Skála (PBQ – Postpartum Bonding Questionnaire) az anyának a – szülővé válás folyamatában alakuló – gyermekéhez való viszonyulására vet fényt. Arra, hogy a gyermekről való gondoskodás folyamata vajon szorongáskeltő, feszültséget okozó-e vagy sem, vajon az anya képes-e őszintén, pozitív, meleg odafordulással elfogadni, szeretni gyermekét, vagy valamilyen ok miatt elutasító vele, haragszik-e rá, vagy ambivalens érzései vannak. Mivel a kérdőív viszonylag rövid, és meglehetősen direkt állításokban fogalmaz, azoknál, akiknél a többiekéhez képest magasabb pontszámok vannak, erőteljesen jelzi a problémákat. Az anyák több ízben is megdöbbentek, amikor a kérdéseket olvasták. Voltak, akik majdnem elutasították a kérdőívet azzal, hogy nincs is ilyen anya, aki erre igen választ adna, illetve hogy egyáltalán hogy lehet ilyeneket kérdezni (pl. bántanám-e a babámat, bosszant, zavar a babám stb.). Sok esetben teljesen pozitív válaszokat adtak, a negatív tartalmú állításokra pedig azt a választ adták, hogy ilyenek soha nem fordulnak elő. Ebből is azt feltételezzük, hogy aki már nem tagadja el negatív érzéseit, hanem nyíltan vállalja, azoknál nyilván erősebbek ezek az érzések, gondolatok, és több szenvedést, feszültséget okoznak az anyának, mint annál, aki még hártíja, elfojtja ezeket.

A szülői stressz (PSI) értékek korrelációja a PBQ (anyai kötődés) értékeivel

	PBQ eredmény 1	PBQ eredmény 2
	a baba egy hónapos korában felvéve	a baba négy és fél hónapos korában felvéve
DI	,203	,343(*)
AD	,256	,423(**)
RE	,368(**)	,412(**)
DE	,434(**)	,675(**)
MO	,402(**)	,488(**)
AC	,391(**)	,434(**)
Child domain	,440(**)	,624(**)
CO	,407(**)	,599(**)
IS	,319(*)	,335(*)
AT	,701(**)	,690(**)
HE	,416(**)	,403(**)
RO	,389(**)	,455(**)
DP	,420(**)	,505(**)
SP	,403(**)	,406(**)
Parent domain	,645(**)	,734(**)
PSITotal Stressz	,612(**)	,760(**)

+ p<0,1 *p<0,05 **p<0,01

Feltételeztem, hogy a veszélyeztető tényezők kimutatható jelenléte ellenére alakuló optimális kimenetben jelentős szerepe lesz az anya belső erőforrásainak, a „játékosság”-nak (playfulness). A játékosságot az interakciók megfigyelése és felvétele után videóról kódoltam, a Lieberman féle Játékosság (Playfulness) skálát alapul véve. A magas pontszámok jelezték a játékosság meglétét (játékos – illetve alacsony pontszámok: nem játékos). A játékosság és a megzavart kapcsolattal, stressz alatt álló rendszerrel jellemezhető anyai kimenetek (anyai ragaszkodás – PBQ, szülői stressz – PSI értékek) között nem találtunk összefüggést. A játékosság és a PBQ között a Pearson korrelációs koefficiens értéke 0,01; p=0,97; N=50. A játékosság és a PSI között a Pearson korrelációs koefficiens értéke -0,16; p=0,27; N=50. Az anya játékosságának és a szülői stressz egyes itemeinek az esetleges összefüggéseit Pearson korrelációs számítással kerestük. Eredményeink szerint a játékosság szignifikáns negatív kapcsolatban áll a szülői stresszt mérő PSI teszt szülői alskálájában található depresszió itemmel (r=-0,293; p<0,05), és tendencia szintű kapcsolatban a szülői alskálában található egészség dimenzióval (r=- 0,263; p<0,10).

Az anyai játékosság korrelációja a szülői stressz (PSI) értékeivel

Szülői stressz értékek	Anyai játékosság összes
HE (egészség)	-0,263+
DP (depresszió)	-0,293*

A játékosság feltehetően védő faktorként hat a depressziós tünetekkel szemben, tehát egyrészt valószínűsíthető, hogy a játékosság és egészségesség kapcsolata a játékos ember nagyobb fizikai és szociális spontaneitásában, örömmre való nagyobb fogékonyságában, optimistább hozzáállásában keresendő, valamint játékosság és problémamegoldás

kapcsolatában, melyek ellene hatnak annak, hogy az illető betegségbe meneküljön a problémái elől. Másrészt, mivel egyértelműen nem tudjuk meg az irányokat a korrelációs elemzésből, a másik irány is igen valószínű: a depresszív anya nem játékos.

Összegzés

Az anyák szülői stressz értékeinek és a kezdetekben fennálló rizikótényezők, az anyai szorongás, depresszió, és a játékoság kapcsolatának vizsgálata során azt feltételeztem, hogy a szülői stressz több alskálájával összefüggés mutatkozik. Az anyák szülői stressz értékeinek összefüggéseit vizsgáltam az anyai pszichés és pszichoszociális, és baba biológiai rizikó pontszám értékeivel. A szülői stressz és a szorongás együtt járásával kapcsolatban végeztem elemzést. Az eredmények azt mutatják, hogy felerősíti a szülőséggel kapcsolatos stresszt, és megzavarja az anyai ragaszkodást a biológiai rizikótényezők fennállása. Ez a későbbiekben negatív hatással lehet a kapcsolatra és a gyermek fejlődésére. A szorongás értékei szignifikáns pozitív korrelációt mutatnak mind a teljes stressz, mind külön a gyermek, külön a szülői oldal pontszámaival. A magas szorongásértékekkel jellemezhető anyák kockázata a szülőséggel kapcsolatos stresszekre fokozottabb. A szorongás a szülői stressz skála egyes alskáláival: a szülői megerősítéssel, a követelménnyel, az elfogadással, a képességgel, a kapcsolattal, az egészséggel, a szűk szereppel, a depresszióval és a partnerkapcsolattal mutat szignifikáns pozitív együtt járásokat. A szülői stressz és az anya érzelmi kapcsolata babájához (PBQ skálával mérve) értékeit vizsgálva azt az eredményt kaptuk, hogy szinte minden egyes alskála szignifikáns összefüggést mutat az anya szülőséggel összefüggő stresszével. A magas stressz-szint rontja az anya gyermekéhez való alakuló odafordulását, a meleg, elfogadó, zavartalan kapcsolat esélyét, mely a korai interakciókban már jól beazonosíthatóan megmutatkozik. Az anyai játékoság fontos eleme az optimális interakcióknak, és védő tényezőként is funkcionál, közvetlen kapcsolatban van az anyai érzékeny (szenzitív) válaszkészséggel.

A kutatás célja volt a prevenció és a korai intervenció számára is adatokat szolgáltatni. Eredményeink azt mutatják, hogy több tényezőnek is jelentősége lehet a prevenció szempontjából. Feltehetően egy, a fentebb bemutatott faktorok szerepét is figyelembe vevő, komplex prevenció programmal sok esetben meg lehetne előzni az anyagyerek kapcsolat zavarait, megromlását, a gyermek bizonytalan kötődési stílusának kialakulását, későbbi kedvezőtlen kognitív és érzelmi-szociális fejlődési kimeneteket.

Irodalom

- AINSWORTH, M. (1979): Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34.
- AINSWORTH, M.D.S.–BELL, S.M.–STAYTON, D.J. (1971): Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. In SCHAFER, H.R. (ed.): *The Origins of Human Relationships*. Academic Press, London. 17–57.
- AINSWORTH, M.D.S.–BLEHAR, M.C.–WATERS, E.–WALL, S. (1978): *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- AYOUB, C.–PAN, B.A.–GUINEE, K.–RUSSELL, C.L. (2001): Relationships between family characteristics and young children's language and socio-emotional development in families eligible for Early Head Start. *Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development*, Minneapolis, MN, April
- BECKMAN, P.J. (1983): The influences of selected child characteristics on stress in families of handicapped infants. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 150–156.

- BEKKHUS, M.–RUTTER, M.–BARKER, E.D.–BORGE, A.I.H. (2011): The Role of Pre- and Postnatal Timing of Family Risk Factors on Child Behavior at 36 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 4., 611–621.
- BELLE, D.E. (1981): *The social network as a source of both stress and support to low-income mothers*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Boston, April 1981.
- BELSKY, J. (1984): The determinant of parenting: a process model. *Child Development*, 1984, 55, 83–96.
- BLOCK, J.H.–BLOCK, J.–GJERDE, P. (1986): The personality of children prior to divorce: a prospective study. *Child Development*, 57, 827–840.
- BROOM, B. L. (1994): Impact of marital quality and psychological well-being on parental sensitivity. *Nursing Research*, 43, 138–143.
- CRNIC, K. A.–GREENBERG, M. T. (1990): Minor Parenting Stresses with Young Children. *Child Development*, 61, 1628–1637.
- CRNIC, K. A.–GREENBERG, M. T.–RAGOZIN, A. S.–ROBINSON, N. M.–BASHAM, R. (1983): Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development*, 54, 209–217.
- FELDMAN, R.–EIDELMAN, A.I.–ROTENBERG, N. (2004): Parenting Stress, Infant Emotion Regulation, Maternal Sensitivity, and the Cognitive Development of Triplets: A Model for Parent and Child Influences in a Unique Ecology. *Child Development*, 75, 6, 1774–1791.
- FINGER, B.–HANS, S.L.–BERNSTEIN, V.J.–COX, S.M. (2009): Parent relationship quality and infant–mother attachment. *Attachment & Human Development*, 11, 3, May 2009, 285–306.
- FONAGY, P. (1995): Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 39–44.
- GARMEZY, N.–MASTEN, A. S.–TELLEGEN, A. (1984): The study of stress and competence in children: building blocks for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97–111.
- GELFAND, D. M.–TETI, D. M.–RADIN FOX, C.E. (1992): Sources of Parenting stress for depressed and non-depressed mothers of infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 3., 262–272.
- GERGELY GY.–WATSON J. S. (1998): A szülői érzelmtükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, 9, 1.
- GERGELY GY. (2002): Az intencionális cselekvések értelmezése és utánzásos tanulása csecsemőkorban In CZIGLER I.–HALÁSZ L.–MARTON L.M. (szerk.): *Az általánostól a különös*. Gondolat Kiadói Kör – MTA Pszichológiai Kutatóintézet, Budapest. 207–227.
- GREENSPAN, S.I.–PORGES, S.W. (1984): Psychopathology in Infancy and Early Childhood: Clinical Perspectives on the Organization of Sensory and Affective-Thematic Experience. *Child Development*, 1984, 55.
- GUPTA, V. B. (2007): Comparison of Parenting Stress in Different Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19, 417–425.
- ISABELLA, R.A. (1993): Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64, 605–621.
- ISABELLA, R.A.–BELSKY, J. (1991): Interactional synchrony and the origins of mother-infant attachment: a replication study. *Child Development*, 62, 373–384.
- KANNER, A.D.–COYNE, J.C.–SCHAEFER, C.–LAZARUS, R.S. (1981): Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplift versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1–39.
- LAZARUS, R. S. (1984): Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 375–389.
- LAZARUS, R.S.–DELONGIS, A.–FOLKMAN, S.–CRUEN, R. (1985): Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40, 770–779.
- LIEBERMAN, J.N. (1977): *Playfulness: Its relationship to imagination and creativity*. Academic Press, New York.
- LYONS-RUTH, K.–GONNELL, D. B.–ZOLL, D.–STAHL, J. (1987): Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23, 223–232.

- MARTIN, R.P.–NOYES, J.–WISENBAKER, J.–HUTTUNEN, M.O. (1999): Prediction of Early Childhood Negative Emotionality and Inhibition from Maternal Distress during Pregnancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45.
- NEMES L. (2000): *A bennünk élő gyermek*. Filum, Budapest.
- PATTERSON, G.R. (1982): *Coercive family process*. Eugene, OR, Castalia.
- PEDERSON, D.R.–MORAN, G.–SITKO, C.–CAMPBELL, K.–GHESQUIRE, K.–ACTON, H. (1990): Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: A Q-sort study. *Child Development*, 61, 1974–1983.
- PESONEN, A.-K.–RAIKKÖNEN, K.–STRANDBERG, T.–JÄRVENPÄÄ, A.-L. (2005): “Continuity of maternal stress from the pre- to the postnatal period: associations with infant’s positive, negative and overall temperamental reactivity”. Department of Psychology, University of Helsinki, Finland. *Infant behavior and development volume*, 28, 1., 36–47.
- PÉLEY B. (2000): Az evolúciós gondolkodás szerepe a lelki fejlődés modelljeiben. *Pszichológia*, 2000, (20), 3, 271–303.
- PIAGET, J. (1978): *Szimbólumképzés a gyermekkorban. Utánzás, játék és álom; a kép és ábrázolása*. 2.kiadás. Paulus Hungarno – Kairosz, Budapest.
- REISSLAND, N. (2006): “Postnatal depression and stress: effects on infant cognitive development over a three months period”. Paper presented at the annual meeting of the XVth Biennial International Conference on Infant Studies, Westin Miyako, Kyoto, Japan, Jun 19.
- RUBIN, K.–FEIN, G.–VANDENBERG, B.B. (1983): Play. In MUSSEN, P.H. (ed.): *Handbook of Child Psychology*. 4th ed. Wiley, New York. 693–774.
- SAMEROFF, A.J. (1993): Models of development and developmental risk. In ZEANA, C.H. Jr. (ed.): *Handbook of Infant Mental Health*. Guilford, New York. 3–13.
- SAMEROFF, A.J.–SEIFER, R. (1983): Familial risk and child competence. *Child Development*, 54, 1254–1268.
- SHAW, D.S.–OWENS, E.B.–VONDRA, J.I.–KEENAN, K.–WINSLOW, E.B. (1996): Early risk factors and pathways into the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8, 679–699.
- SINGER, D.G.–RUMMO, J. (1973): Ideational creativity and behavioral style in kindergarten aged children. *Developmental Psychology*, 8, 154–161.
- SMITH, P.B.–PEDERSON, D.R. (1988): Maternal sensitivity and patterns of infant-mother attachment. *Child Development*, 59, 1097–1101.
- STERN, D.N. (é.n.1.): *A csecsemő személyközi világa a pszichoanalízis és a fejlődéslélektan tükrében*. Animula Kiadó, Budapest.
- STERN D.N. (é.n.2.): *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest.
- TETI, D. M.–NAKAGAWA, M.–DAS, R.–WIRTH, O.–ABLARD, K. E. (1989, April): *Behavioral correlates of child-mother attachment and attachment concordance among infants and older siblings*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO.
- TREVARTHEN, C. (1977): Descriptive analysis of infant communicative behavior. In SCHAFER, H. (ed.): *Studies in Mother-Infant Interaction*. Academic Press, London. 227–270.
- TRONICK, E. (1989): Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112–119.
- UZGIRIS, I.C.–RAEFF, C. (?): Játék a szülő-gyerek interakciókban (saját fordítás). *Play in Parent-Child Interactions*, 353–376.
- WERNER, E.E.–SMITH, R. (1982): Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. McGraw-Hill, New York.
- WINNICOTT, D.W. (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok* (PÉLEY B. szerk.). Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- ZAHN-WAXLER, C.–IANOTTI, R.J.–CUMMINGS, E.M.–DENHAM, S. (1990): Antecedents of problem behavior in children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 2, 271–292.

Narratívumok elemzése – beszéd fogyatékoság szülői nézőpontból

FÁBIÁN ZSUZSANNA¹ – TÓTHNÉ ASZALAI ANETT²

f.zsuzsann@gmail.com, aszanett@jgyph.u-szeged.hu

Absztrakt

A tanulmány beszéd fogyatékos gyermekek szüleinek történeteit mutatja be. A 2011-ben végzett vizsgálatban a szülői narratívák alkalmazhatóságát vizsgáltuk beszéd fogyatékos gyermekek és családjuk megismerésében. A szülői narratívumok elemzése fontos eszköz lehet a logopédus diagnosztikus és terápiás tevékenységében is. Az eredmények ismételt felhívják a figyelmet a beszéd fogyatékos emberek környezetének érzékenyítésére, a társadalmi szemlélet formálására.

Kulcsszavak: narratívum, beszéd fogyatékoság, logopédia

Bevezetés

A narratíva kronologikusan felépített történet, elbeszélés. A narratív elemzés annak empirikus, szövegre alapozott kutatása, hogy hogyan és mire használják az emberek a történeteket. A pszichológiában a 80-as évektől kezdődően erősödött meg a narratívák megértésének kutatása, mint az emberi gondolkodás megismerésének egy lehetséges eszköze. Az élettörténetek gazdag talajt kínálnak az identitásfejlődés, és az önreprezentáció kutatásának (SZOKOLSZKY 2004). Az elbeszélések segítségével, emlékeinkre építve értelmezzük életeseményeinket, ezért lehet alkalmas forma mások megismerésében, az életben tapasztalható problémák leküzdésében.

A narratívumok lehetőséget nyújthatnak a fogyatékos személyek, családjuk, nehézségeik pontosabb megismerésére az élettörténeteik által. Egy 2011-ben végzett vizsgálatban a narratív interjú alkalmazhatóságát vizsgáltuk beszéd fogyatékos személyek és családjuk megismerésében. A tanulmány első részében összefoglaljuk a kutatás elméleti hátterét a teljesség igénye nélkül, majd a vizsgálat eredményeit ismertetjük.

Elméleti rész

Narratívumok a logopédus tevékenységében

A logopédiai tevékenység a beszéd-, hang-, és nyelvi zavarban szenvedő egyén egész személyiségét érintő pedagógiai jellegű gyógyító nevelés (FEHÉRNÉ 2001). A beszédkórformák sérülésspecifikus korrekciója logopédiai tevékenységek sorozatában nyilvánul meg: a logopédiai prevenció tevékenység feladata a beszédhibák megelőzése, ami felvilágosítás és szűrés formájában valósulhat meg. Az időben felismert veszélyeztetettség

célirányos fejlesztéssel szüntethető meg (például diszlexia-prevenció). A részletes logopédiai vizsgálatra épül a diagnózis felállítása. A családdal való együttműködéssel ismerhető meg a beszédhibás egyén és a családtagok terápiás motivációja, melyből a prognózisra lehet következtetni. A megismerés fontos része az orvosi, gyógypedagógiai, szociokulturális, pszichés és beszédanamnézis felvétele. A vizsgálati eredmények alapján a logopédus kezelési tervet készít, mely a beszédjavítás, a terápia alapja. A terápia intenzív szakasza a beszédkérték módszeres terápiás lépéseiből, a környezet befolyásolásából, pszichoterápiás elemek alkalmazásából, szükség esetén gyógyszeres kezelésből áll. A beszédhiba megszűnése esetén utógondozói feladatok ellátása történik. A logopédiai terápia sikeressége szempontjából fontos tényező lehet a beszédhiba etiológiai háttere, fajtája és súlyossága, a terápiás segítség gyakorisága, a beszédhibás személy életkora és környezeti háttere.

A korszerű gyógypedagógia egyik fő törekvése a szülők, a környezet bevonása a gyermek, tanuló gyógyító-nevelésébe. Ez a hatás nagymértékben fokozhatja a terápia hatékonyságát. Leggyakoribb formája a *szülők részvétele az otthoni gyakorlásban, tanácsadás, fogadóóra, nyílt napok*.

A logopédus tevékenységében számos területen van lehetőség narratívumok vizsgálatára. A narratívumok megismerése, az ezekhez való alkalmazkodás és fejlesztésük a logopédia fontos feladata is lehet (SZABÓ 2005).

A gyermekek a családjukban sajátítják el a mintákat saját történeteik megalkotásához. A gyermekek narratív készségeit számos tényező határozza meg: az adott társadalmi réteg, a szülők elbeszélésre ösztönző stílusa, a gyermek képességprofilja. A logopédus egyrészt a *gyermeki narratívumok* diagnosztikus vizsgálatával értékes ismereteket, információkat kaphat a beszédhibás, beszédben akadályozott gyermek nyelvi készségéről. Másrészt az első találkozás, az anamnéziszfelvétel, a szülővel folytatott tájékoztató beszélgetések során dokumentált *szülői narratívumokból* a logopédus fontos adatokat kaphat a gyermek beszédállapota és a környezet közötti összefüggésekre, az oktatás, nevelés minőségére, a szülői kommunikáció jellemzőire. Ezeknek a tényezőknek a megismerésével a fejlesztés területei pontosabban tervezhetőek, a terápia hatékonysága fokozható.

A beszédfejlesztő munka eredményessége a nyomonkövetéssel vagy utókövetéssel vizsgálható. A szorosan vett logopédiai kezelés hatékonyságán kívül – tágabb értelemben – az egész ellátási struktúrának a hatékonyságát is mérhetjük ilyen módon. A beszéd fogyatékos gyermekek, tanulók nyomonkövetése a logopédiai tevékenységben számos haszonnal jár, azonban kevés szakirodalom foglalkozik a témával.

Gereben Ferencné a korai intézményes logopédiai ellátás szerepét, a nyelvfejlődési elmaradások későbbi, iskoláskori következményeit vizsgálta az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Gyakorló Óvoda Logopédiai Óvodai tagozatán az 1981–1997 közötti időszakban (GEREBENNÉ 2005). „A gyógypedagógiai pszichológia alaptételként fogalmazza meg, hogy a sérült állapot – kommunikációs zavarok forrása. Ennek értelmében a kommunikáció zavarai nem kizárólag a szociális interakció nehezítettségét jelentik, hanem az egyes életszakaszokon átívelve, részei lehetnek a teljesítmények bázisát képező egyéb kognitív, emocionális és szociális zavaroknak. (...) Nagyobbik hányaduknál, ha már nem is látványos formában, a nyelvi zavar későbbi maradványtünetei a magasabb életszakaszokat is érintik, de eseteikben ilyenkor – a fel-emelt közoktatási támogatással járó – „beszéd fogyatékos” minősítés már nem alkalmazható. A verbális kommunikáció korábbi, feltűnő nehezítettsége ilyenkor ugyanis nem tekinthető jellemző tünetnek.” (GEREBENNÉ 2005: 83)

A megküzdésről

A pszichológiában megküzdési stratégiának „coping stratégiának” hívják a stressz leküzdésének módjait, azt, hogy hogyan tud a személy a nehéz, stresszkeltő élethelyzetekkel megbirkózni. A problémaközpontú megküzdés problémamegoldó stratégiák alkalmazását jelenti, amely irányulhat kifelé, magára a problémás helyzetre, de befelé is, amikor a személy önmagában változtat meg valamit, ahelyett, hogy a környezetet módosítaná (MARGITICS–PAUWLIK 2006).

A beszéd fogyatékos gyermekek szülei hosszabb időn keresztül élnek át nehézségeket gyermekük nyelvi teljesítményének zavara, eltérő volta miatt. Az ebből a helyzetből fakadó problémák komoly kihívást jelenthetnek számukra. A gyermekek fejlődése az adekvát logopédiai szakmai ellátás mellett a támogató családi háttértől függ.

Bagdy Emőke (1986) szerint a személyiség harmonikus kialakulása, fejlődése szempontjából négy fontos szülői-nevelői tényező meghatározó jelentőségű. Ezek a következők:

- a gyermek iránti szeretet és bizalom;
- a biztonságnyújtó, követelményeket és oltalmat egyaránt biztosító szülői magatartás;
- a szülők összehangolt és egyetértő nevelésmódja;
- a nevelésmód nyitottsága, gyermek személyiségéhez igazított rugalmassága.

A gyermekek fejlődését és megfelelő alkalmazkodását, reális önértékelését, a képességeik kibontakoztatását szülők és a pedagógusok összehangolt tevékenysége, nevelőmunkájuk is meghatározza.

Saját kutatás, mintaválasztás, kutatási eszköz

2011-ben kismintás vizsgálatot végeztünk egy megyeszékhelyen. A narratív interjú alkalmazhatóságát vizsgáltuk beszéd fogyatékos személyek és családjaik megismerésében. A beszéd fogyatékoság tüneteit és azok hosszú távú hatását vizsgáltuk beszédhibás gyermekek szüleinek narratíváiban.

Hipotéziseink:

1. A szülői narratívák vizsgálata tartalmi többletet nyújt a beszéd fogyatékos gyerekek és családjuk megismerésében.
2. Az anyák történeteiben tükröződik, hogy milyen megküzdési stratégiákat használtak a gyermek gyógyulási folyamatában.

A vizsgálatban két megyeszékhelyen lakó édesanya vett részt, akiknek ép értelmű, ép hallású, 3 évesen nem beszélő, emiatt logopédiai fejlesztésre szoruló gyermekük több évig intenzív logopédiai terápiában vett részt. A Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság szakvéleménye szerint mindkét gyermek beszéd fogyatékos státuszú volt.

A) eset családja: Teljes család, mindkét szülő felsőfokú végzettségű. Első gyermekük lány, normál fejlődésmenetű, jó tanuló.

Két évvel fiatalabb László, aki nem beszélő, beszéd fogyatékos gyermek volt. Öt tanévig járt egyéni, majd kiscsoportos logopédiai fejlesztésre, ambuláns keretek között. A narratíva felvételekor László 14 éves volt.

A vizsgálati személy: az édesanya 41 éves.

B) eset családja: Teljes család, mindkét szülő közép fokú végzettségű. Első gyermekük fiú, normál fejlődésű, jó tanuló.

Négy évvel fiatalabb Ottó, aki nem beszélt, beszéd fogyatékos státusszal. Ő három évig logopédiai óvodába, majd két évig logopédiai osztályba járt. További három évig ambulánsan heti 2 alkalommal vett részt diszlexia terápián. A narratíva felvételekor Ottó 25 éves volt.

A vizsgálati személy: az édesanya 50 éves.

A hipotézisek igazolására narratív interjúk, szülő történetek felvételére került sor a szülőkkel. A vizsgálat egy ülésben történt, összesen kettő alkalommal a szülők otthonában, nyugodt körülmények között. A vizsgálatokat a Gyógy pedagógusok Etikai Kódexe alapelvei szerint, a titoktartási szabályok betartásával végeztük, a vizsgálati személyek engedélyével.

A vizsgálat során mindkét szülőtől 5-5 történetet kértünk. A vizsgálati személyeknek a következő instrukciókat adtuk: „Minden embernek megvannak a saját történetei, fontos életeseményei. Mesélje el a Lackóval (Ottóval) kapcsolatos öt legfontosabb történetét!”

A vizsgálatról magnófelvétel készült. Ez alapján került sor az interjúszövegek leírására, a hasznos szövegrész kiválasztására, majd a narratívák tagolására.

Interjúszövegek

Az elemzett, narratíva-egységekre bontott interjúszövegek.

A) eset:

Instrukció: Minden embernek megvannak a saját történetei, fontos életeseményei. Mesélje el a Lackóval kapcsolatos öt legfontosabb történetét!

Bevezető: „*Lackó a második terhességemből született, régen várt kisfiú volt. Nagyon örültünk neki. Születéskor, amikor megláttam, rögtön ezt mondtam: Ez tiszta apósom (nevet). Ez nem minősítés volt, hanem csak az arctervezéséről rögtön ő jutott eszembe.*

1. élmény: *Két-három éves korban kereszteltük meg őket, és ekkor már nagyon sokat beszélt Lackó, de az inkább ilyen sikongatás volt. Emlékszem, hogy a nagyszülők is fenn voltak nálunk, ott ünnepeltünk. Azért ott felmerült, a pillantásokból láttam inkább csak, hogy ú, már megint. Tulajdonképpen ő ezzel akarta kifejezni magát, de nagyon zavaró volt hallgatni ezt a sikoltozást. (nevetve) Nekünk természetes volt, mert születésétől fogva ez folyt, de aki ritkábban látta, az meglepődött rajta.*

2. élmény: *Számunkra borzasztó nagy lelki teher volt például, amikor buszon utaztam a gyerekekkel. Az a kiabálás, bangoskodás, sikongatás. Mert én tudtam, hogy ilyen a gyerek, de mindig megdöbbsenem, amikor a többiek, a közönség ránk nézett, odafordult. És akkor az az igazság, hogy egy kis védekező mechanizmust találtam ki, hogy volt, hogy még három évesen is babakocsival toltam a gyereket, hogy gyalogoljunk. Mert akkor nem került ilyen szűk, zárt körbe a többi emberrel és nem kapott negatív visszajelzéseket. Nehéz volt ezt feldolgozni.*

3. élmény: *Egy nagyon kedves élmény a számomra, amikor még kisgyerekek voltak, nagyon sokat verseltünk, meséltünk, énekeltünk. A nővére már akkor tudott beszélni, folyamatosan járt a szája, és együtt játszottak. Ez egy otthoni játék keretében folyt, úgy zajlott, hogy kiültek egy kis székre, be is voltak öltözve, és Zsuzsi teljesen szabad fantáziával mesélt egy történetet. Akkor Lackó is kiült, és ő is elmondta (nevetve) ugyanazt a történetet, de hát semmi érthető nem volt benne, de ez a szituáció, meg*

koreográfia annyira kellett neki, hogy ő is igenis beáll a sorba, és tudja azt, amit a többiek. Tehát nála nem volt gond abból, hogy őt mondjuk nem értjük meg, mert mindent megértettünk nála. Benne nem tudatosult kisgyerekkorban, két, három, négyéves korban, hogy bármely különbség lenne Zsuzsi meg közte. Ez nagyon aranyos volt.

4. Élmény: Kicsik voltak a gyerekek, óvodás korúak, amikor először elmentünk vízi túrára velük. És ekkortól lehet számítani azt, hogy Lackó imád focizni. Megdöbbenő volt az az élmény, hogy a gyerekek, aki addig hozzá nem nyúlt a labdához, apával nem volt lenni focizni, akkor állt a focipálya szélén, és a fiatal, egyetemista, vizitúrás társainkat állt, és nézte, és bevették a csapatba. Onnantól kezdve a gyerekeknek labdát kellett venni, ez nyáron volt, szeptemberben el kellett menni az egyesülethez, hogy hova lehet járni a gyerekek focizni, mert innentől focizni akart. És hát el lehet mondani, hogy 14 évesen nagyon jól focizik, tehát a mai napig is ez a szenvedély megvan. Most betedik osztályos.

5. Élmény: Amikor óvodába jártak, akkor négy fiú nagyon jóba lett egymással. Tudni kell, hogy ketten-hárman még bölcsődébe is együtt jártak, aztán a négy barát szépen ment egymással általános iskolába is, egy osztályba. A négy barátból ketten, tehát Lackó egy másik kisfiúval szorosabb kapcsolatba kerültek, annyira, hogy a két család is összefárt, és elmentünk együtt nyaralni. Érdekes természete van a másik kisfiúnak, de Lackó toleráns, és megbeszéljük a dolgokat. Nagyon érdekes volt az, hogy Lackó meglátott a vízbe egy rákot. Igen, de amíg följött a vízből, és elmondta a barátjának, addig a barát gyorsan lement, és kibalásztta a rákot. És akkor ő mutatta azt, hogy ő fogta a rákot. Ez Lackót nagyon megviselte lelkileg. Hogy utána vitte az apukának a rákot a másik gyerek, és jaj, majd kiszárítjuk, és nem merte elmondani... Nekünk elmondta, hogy mi történt, de ebben a szituációban, hogy de hát ő látta meg, de ő fogta ki... Hát mit lehet csinálni? Végül is a másik gyereké maradt. Lehet, hogy a családi mentalitásunk is ilyen, hogy jól van, hagyjad, nincs ebből gond. De az egész életében ilyen, hogy inkább enged, inkább szótlanul tűri a dolgokat.

A beszélgetés végén az anya megjegyezte: Talán meglepő, de Lackónak jelenleg az angol a kedvenc tantárgya.

B) eset:

Instrukció: Minden embernek megvannak a saját történetei, fontos életeseményei. Mesélje el az Ottóval kapcsolatos öt legfontosabb történetét!

Bevezető: A szülés is jó, mert Ottó nekem egy fél óra alatt meglett. De írd és mond (nevet). Úgyhogy énvelem ott semmit nem tudtak csinálni. Az orvos annyit mondott, hogy szerencsés gyerek lesz, mert, hogy 13-án született, és hát abba pottyant. Hát, mondjuk ehhez képest... Szerencsés is azért, no! Ha úgy vesszük.

1. Élmény: Pestről ismertük Katiékat. Jöttek, mert, hogy a logopédiai osztályba kell kerülni, és Kati meglátta a papírját, és mint a béja, lecsapott rá (mutatja), Ottóra, hogy „bocsi, kolléganő, de őt én szeretném vizsgálni”, mert emlékezett rá. Teljesen el volt bűlve, hogy Anyó, hát ilyen szépen beszél ez a gyerek! Hát szóval... (sír)

2. Élmény: Iskolában ülünk megint a tornapadon, várunk a logopédiai osztályra, s pont így a szertárral szemben ültünk. Előtte balt meg apukám. Ott volt Samu, a csontváz. És akkor megszólal nekem, hogy „Anyu! Igaz, Papónak csak a csontja van idelelt, a bőre az föl szállt az égbe, és ő ott boldog.” Na, hát... (sír)

3. Élmény: Negyedik volt az iskolában, farsang volt, már nem tudtunk mit kitalálni neki. Legyél gésa! Ő ment be utoljára, meg volt neki teljesen minden: festés, papucs,

minden, és akkor mondom neki: Ottó! Gésa. A szájába rágtam, hogy gésa. Bemegy, beáll középre. „Én vagyok az utolsó, gása.” (A gyerek nem tudott jól beszélni, ezért ezt mondta helyesen.) És kidőlt az egész tanári kar, és a végén az lett a vége, hogy kapott egy jutalom csokoládét, mert, hogy olyan mucu volt.

4. élmény: Kiskorukban nálunk minden nyár, nyaralás úgy kezdődött, hogy orvosi ügyelet. Mert készülődtünk, apu még valamit ott pakolt, hogy másnap megyünk nyaralni, valahogy két aknatető fel volt véve, és a kisfiam így (fütyönt), be a garázsba, és hopp! Le, talpra, mint a macska. A sok minden közé. És az apja (nevetve) csak annyit látott, hogy a báta mögött valaki eltűnt. Lenézett, és Ottó ott áll benn és így néz fölfele.

5. élmény: A Gép- és Műszaki Szakközépbe jelentkezett, mi apuval kézzel-lábbal beszélünk volna le. Erősnek tartottuk ezt az iskolát neki. Féllettük a kudarcától. Akkor ő, hogy beszédhibás volt, felmentést kaphatott volna elvileg a felvételiéről is, de ő ezt nem akarta. Azt végigcsinálta, és akkor ugye, mi a kis papírkánkkal mentünk, hogy ő diszlexiás, és az igazgató, nem bántom, csak azt mondta, hogy „Anyuka, és ez a gyerek, hogy fog így leérettségizni?” Mert ugye, a magyar, meg a nyelv. És tudod, mikor leérettségizett, szívem szerint odavitettem volna a bizonyítványt, hogy megmutassam neki. Egy bármása volt, a német. A többi az mind négyes volt. Ez olyan elégtétel volt.

Elemzés

A narratívák elemzése 4 szempont szerint történt. Vizsgáltuk az értékelői és idői síkot, a beszédfigyatekossággal kapcsolatos kifejezéseket, valamint a megküzdési stratégiákra vonatkozó kifejezéseket.

Az *értékelői sík* vizsgálatával a pozitív (kellemes, jó élmények) és negatív (kellemetlen, rossz, esetleg fájdalmas emlék) tartalmú emlékek arányáról kapunk adatot.

	A) eset	B) eset	összesen
pozitív emlék	2	1	3
negatív emlék	3	4	7

1. táblázat. Értékelői sík

Az A) eset 2 pozitív és 3 negatív, a B) eset 1 pozitív és 4 negatív emléket idézett fel. Mindkét vizsgálati személy esetében a negatív, fájdalmas, rossz emlékek túlsúlya figyelhető meg.

Az *idői sík* vizsgálatával megismerhetjük, hogy a vizsgálati személyek emlékei a gyermekek melyik életkorára vonatkoznak.

emlék száma	A) eset	B) eset
1.	óvodás	iskolába kerülés
2.	2-3 év	alsó tagozat
3.	3. év	4. osztály
4.	kis óvodás	kiskor
5.	óvodás	középiskola

2. táblázat. Idői sík

A-ról, aki most 14 éves korai és óvodás kori emlékek, B-ről, aki most 25 éves 4 általános iskolai és 1 középiskolai emléket kaptunk.

A továbbiakban a *beszédfogyatékkal kapcsolatos kifejezések megjelenését* vizsgáltuk. Először kigyűjtöttük a gyermekre, illetve az anyára, a szülő magatartásra vonatkozó kifejezéseket.

A) eset

gyermekre vonatkozó kifejezések:

sokat verseltünk, meséltünk, énekeltünk,

ő is elmondta (nevetve),

semmi érthető nem volt benne,

ő is beáll a sorba, és tudja azt, amit a többiek,

nála nem volt gond, hogy nem értjük meg,

szótlánul tűri a dolgokat,

beszéde sikongatás.

anyára vonatkozó kifejezések:

a pillantásokból láttam, hogy ú,

nagyon zavaró volt hallgatni,

nekünk természetes volt,

aki ritkábban hallja az meglepődött,

borzasztó nagy lelki teher,

3 évesen is babakocsiban toltam... mert akkor nem került ilyen szűk zárt helyre a többi emberrel,

nehéz volt ezt feldolgozni,

megdöbbsentem, amikor a többi közönség rám nézett,

szótlánul tűri a dolgokat.

3. táblázat. Beszédfogyatékkal kapcsolatos kifejezések A) eset

B) eset

gyermekre vonatkozó kifejezések:

logopédus osztályba kell kerülni,

minden nyár úgy kezdődött, hogy orvosi ügyelet,

felmentést kapott volna.

anyára vonatkozó kifejezések:

szájába rágtam, hogy gésa,

kidőlt az egész tanári kar,

erősnek tartottuk ezt az iskolát neki,

féltettük a kudarctól,

Szívem szerint odavitettem volna a bizonyítványt, hogy megmutassam. Ez olyan elégtétel.

4. táblázat. Beszédfogyatékkal kapcsolatos kifejezések B) eset

Az A) esetnél a beszéddel kapcsolatosan negatív tartalmú kifejezések túlsúlya figyelhető meg. Ezek a gyenge képességekre fókuszálnak a beszéd és a szociális területen egyaránt. A kifejezésekben egyfajta ambivalencia figyelhető meg: egyrészt a gyenge

beszédteljesítményre utaló kifejezések (*beszéde sikongatás, semmi érthető nem volt benne*), másrészt a társadalmi elvárásokhoz való alkalmazkodás nagyfokú igénye (*ő is beáll a sorba, ő is elmondta, szóltanul tűri a dolgokat*). Számos kifejezés a család elfogadását mutatja (*nála nem volt gond, hogy nem értjük, sokat verseltünk, meséltünk, énekelünk, nekünk természetes volt*). Ugyanakkor erőteljesen jelenik meg a beszédhibás gyermek környezetéből érkező elutasítás (*a pillantásokból láttam, hogy ú..., nagyon zavaró volt hallgatni, aki ritkábban hallja az meglepődött*).

A B) esetről a beszéd fogyatékos-sággal kapcsolatos kifejezések között a segítségnyújtás alkalmazott módjai jelennek meg (*logopédus osztályba kell kerülni, felmentést kaphatott volna, szájába rágtam, hogy gésa*).

Mindkét esetben találunk a beszéd fogyatékos-sággal kapcsolatos negatív szülői érzések megfogalmazását (*borzasztó nagy lelki teher, nehéz volt ezt feldolgozni, megdöbbenem, amikor a többi közönség rám nézett, féltettük a kudarctól, szívem szerint odavitettem volna a bizonyítványt, hogy megmutassam, ez olyan elégtétel*).

A családban a beszéd fogyatékos gyermek jelenléte komoly kihívást jelent, különösen a szülők számára. Nehézséget jelenthet a beszéd fogyatékos gyermek elfogadása, szorongást, tehetetlenséget, agressziót érezhetnek. Gyakran megfigyelhető az anyák büntudata, ami az érzelmek és a viselkedés szabályozásának nehézségeit mutathatja. A helyzet jelentésének megváltoztatása, az átstrukturálás eredményes megküzdési mód lehet. A szülői narratívumok nyelvi elemzésével megismerhetővé válhat, hogy milyen stratégiákat alkalmaznak a beszéd fogyatékos gyermek elfogadásában, a fogyatékos-sággal összefüggő nehézségek kezelésében. Az A) narratívumban az átstrukturálásra, az elkerülésre, az elfogadásra, a magyarázkodásra és konfliktuskerülésre utaló kifejezéseket találtunk.

A) esetről

Átstrukturálás: kisebbíteni, vagy természetesnek feltüntetni az eltéréseket: *nagyon zavaró volt hallgatni ezt a sikoltozást*. (nevetve) *Nekünk természetes volt, mert születésétől fogva ez folyik*. 1. sz. élmény

Elkerülés: *egy kis védekező mechanizmust találtam ki, hogy volt, hogy még három évesen is babakocsival toltam*. 2. sz. élmény

Elfogadás: *mert mindent megértettünk nála*. 3. sz. élmény

Magyarázkodás, konfliktuskerülés: *ez a családi mentalitásunk is ilyen, hogy jól van, bagyjad, hát most ő..., nincs ebből gond*. 5. sz. élmény

A B) narratívumban a segítségnyújtásra és az elkerülésre utaló kifejezéseket találtunk.

B) esetről

Szűkítés: *A szájába rágtam, hogy gésa*. 4. sz. élmény

Elkerülés: *mink apuval kézzel-lábbal beszéltük volna le. Erősnek tartottuk ezt az iskolát neki. Féltettük a kudarctól*. 5. sz. élmény

Az esetek hatékony megoldásokat mutatnak be az érzelem- és a problémaközpontú megküzdésre. A szülők, a családok elfogadták beszéd fogyatékos gyermeküket, eltérő stratégiákkal, különféle reakciómódokkal támogatva a sajátos fejlődésmenetből adódó személyiségek kibontakozását.

Összegzés, a hipotézisek megválaszolása

Kutatásunkban a narratív interjú alkalmazhatóságát vizsgáltuk beszédfigyatekos személyek és családjaik megismerésében. Feltételeztük, hogy a szülői narratívák vizsgálata tartalmi többletet nyújt a beszédfigyatekos gyerekek és családjuk megismerésében. A narratívák vizsgálatával minőségi elemzésre volt lehetőségünk. Annak ellenére, hogy mindkét esetben sikeres a kezdetben fejlesztésre szoruló gyermek, a negatív emlékek túlsúlya figyelhető meg, melyek főként a beszédhibás gyermek gyenge képességeire fókuszálnak. A család elfogadását mutató kifejezések mellett erőteljesen jelenik meg a beszédfigyatekossággal kapcsolatos negatív szülői érzések megfogalmazása, valamint a beszédhibás gyermek környezetéből érkező elutasító magatartás kifejeződése. Második feltételezésünk szerint az anyák történeteiben tükröződik, hogy milyen megküzdési stratégiákat használtak a gyermek gyógyulási folyamatában. A vizsgált narratívumokban az átstrukturálásra, az elkerülésre, az elfogadásra, az elkerülésre, a magyarázkodásra és konfliktuskerülésre utaló kifejezéseket találtunk. A vizsgálat további hatásaként említhető a narratívák felvételének utógondozói, „terápiás” hatása. Tágabb értelemben a beszélgetés hozzájárulhatott a szülők beszédhibával, terápiával kapcsolatos érzéseinek, emlékeinek újrastrukturálásában. Ezért a narratívák vizsgálata a logopédus diagnosztikus tevékenysége mellett a szülővel való együttműködés, a terápia fontos eszköze is lehet.

A narratívák elemzése felhívja a figyelmet a beszédhibás, beszédben akadályozott ember szűkebb és tágabb környezetének érzékenyítésére, a társadalmi szemlélet formálására. Továbbá megerősíti a szülő aktív terápiás partnerként való bevonásának fontosságát, a szülőcsoportok, szülőtréningek jelentőségét a logopédiai terápiában, vagy mellette.

Irodalom

- BAGDY E. (1986): *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- FEHÉRNÉ K. Zs. (2001): Logopédiai folyamat. Szócikk. In MESTERHÁZI Zs. (szerk.): *Gyógypedagógiai Lexikon*. ELTE Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- GEREBEN FERENCNÉ (2005): Kommunikációs nehézségek – megváltozott tanulási feltételek. Logopédiai óvodában kezelt gyermekek fejlődésének nyomonkövetése. *Gyógypedagógiai Szemle*, **33.** 2., 83–99.
- MARGITICS F.–PAUWLIK Zs. (2006): Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal. *Magyar Pedagógia*, **106.** 1., 43–62.
- SZABÓ É. (2005): Narratívumok a logopédiában. *Gyógypedagógiai Szemle*, **33.** 4., 256–269.
- SZOKOLSZKY Á. (2004): *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris, Budapest.
-

A szakma hozzájárulása a társadalmi integrációhoz egy TÁMOP projekt keretében

KATONA VANDA

A konferencia létrejöttének keretei

Az ELTE Társadalomtudományi Kar és Hilscher Egyesület szervezésében a GYERE egyesület és a CARE Europe közreműködésével 2012. március 31-én került sor a **„Képzésfejlesztés az összetart(oz)ásért”** elnevezésű TÁMOP-5.4.4-09/1/C projekt, valamint a TÁMOP 4.1.2.-08/2/A/KMR-0043 projekt zárókonferenciájára.

A konferencia az ELTE Társadalomtudományi Kar szervezésében megvalósított TÁMOP projektek méltó lezárásának a céljából jött létre. A TÁMOP-5.4.4-09/1/C projekt keretében intenzív kurzusfejlesztés zajlott az ELTE Társadalomtudományi Karának, Pedagógiai és Pszichológia Karának és a Gyógypedagógiai Karának részvételével. A projekt célja az egyetemen zajló szociális képzési rendszer megújítása a szociálpolitika, szociális munka, esélyegyenlőség, diszkrimináció, valamint a munkaerőpiac és foglalkoztatás területeihez kapcsolódóan karokon átívelő kurzuskínálat kialakításával, az interdiszciplinaritás erősítésével.

Az esemény nemzetközi kereteket is kapott és az egyik szekcióban angol nyelven, magyar és külföldi előadók oszthatták meg a különböző országok tapasztalatait. Ez a szekció az intézményi központú ellátástól a közösségi ellátásig való átmenetre koncentrált, amely téma a kidolgozott kurzusok között is helyet kapott. A szekcióban 19 ország résztvevői összesen 17 előadás vagy workshop keretében tarthattak szakmai eszmecserét. A résztvevő országok: Ausztrália, Belgium, Bulgária, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Grúzia, Hollandia, Horvátország, Németország, Norvégia, Magyarország, Olaszország, Örményország, Spanyolország, Szlovénia, Románia.

A társadalmi integráció problémái

A marginális helyzetű emberek több ponton szenvednek csorbát a társadalmi integrációt illetően, amelyben fel kell ismerni az egész társadalom felelősségét, amelyhez nem utolsósorban a szakma járulhat hozzá. A szociális kérdések megoldásához nem elhanyagolható a szolidaritás. Ahogy már Durkheim is megfogalmazta, egyre jelentősebb lehet az organikus szolidaritás, hiszen individualizált társadalmunkban a család támaszában

megnyilvánuló mechanikus szolidaritás már nem mindig elegendő, ezért van szükség professzionális keretekre (idézi UTASI 2002: 384).

A marginális helyzetű emberek közül a legkiszolgáltatottabb helyzetben talán a fogyatékos emberek vannak. Azáltal, hogy Magyarország 2007-ben ratifikálta a Fogyatékos-sággal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezményt, számos kötelezettséget vállalt. Az egyezmény cikkei egytől egyig a fogyatékos emberek társadalmi integrációját és teljes értékű felnőtt állampolgárként való elfogadását fogalmazzák meg, lebontva az élet különböző területeire. Többek között megjelenik a fogyatékos emberek törvény előtti egyenlősége, a különböző nyilvánosan rendelkezésre álló lehetőségekhez és szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőség mind fizikai, közlekedési, mind infokommunikációs szempontból, vagy nem utolsósorban az önálló életvitel és a közösségbe való befogadás elve, illetve a nagy intézményi elhelyezés felől a közösségi ellátások felé való elmozdulás.¹ Az ENSZ egyezmény a fogyatékos-ság definíciójába a mentális problémával élő embereket is beleérti, amely Magyarországon korábban külön kategóriát jelentett, ezért ez is átgondolásra készteti a hazai szakembereket.

A társadalmi integráció az élet számos területén értelmezhető és több dimenzióban megnyilvánulhat. Ha Robert Castel megközelítését vesszük alapul, ő két fő dimenzióra összpontosít, amelyeket megvizsgálva beszélhetünk az emberek társadalmi integrációjának teljesüléséről.

„... a magam részéről a nélkülözés e helyzeteit hatásként kívánom szemlélni és értelmezni: két vektor eredőjeként egy olyan koordináta-rendszerben, ahol az egyik tengely a társadalomban a munka révén való betago-lódásé, vagy be-nem-tagolódásé, a másik pedig a társadalmi-családi társas köte-lek-ekbe való beilleszkedésé, vagy be-nem-illeszkedésé.” (CASTEL 1993: 4)

Tehát ezeket a veszélyeztetett csoportokat nemcsak anyagi forrásaik elégtelensége fenyegeti, hanem a társadalomba való integrációjuknak fontos meghatározója az emberi kapcsolataiknak az erőssége is.

A munkához való viszony és a kapcsolati beilleszkedés tengelyei több zónára osztják fel a társadalmi teret a társadalmi kohézió mértékét illetően. Egyrészt beszélhetünk a betago-lódás zónájáról, amelynek tagjai állandó biztos munkával és erős kapcsolati köte-lek-ekkel rendelkeznek, vagyis ők az integráltak. Másrészt létezik a sebezhető zónája, akikre munkahelyi bizonytalanság és kapcsolataik törékenysége jellemző, számukra már az integráció is veszélynek van kitéve, és rendkívül hiányos lehet. Végül pedig, a kiilleszkedés zónájában a munkanélküli lét együtt jár a szociális elszigetelődéssel, vagyis az ő integrációjuk nem valósul meg. A zónákat elválasztó határvonalak bizonyta-lanok, és az egyes tengelyeken kivívott jó hely kompenzálhatja a másik tengelyen lévő rosszabb helyzetet. De láthatjuk, hogy a társadalomba való integráció semmiképpen sem csak az objektív tényezőktől függ, hanem jelentős szerepet játszhatnak a családi és társadalmi kapcsolatok is (CASTEL 1993).

Hogyha a fogyatékos embereket nézzük meg ezeken a tengelyeken, Magyarországon egyértelműen látszanak a kiilleszkedés jegyei. Ez egyrészt tükröződik a megváltozott munkaképességű emberek alacsony foglalkoztatási rátájában, amely mind a teljes népesség, mind az európai uniós átlag alatt marad (SCHARLE 2011).

1 A fogyatékos-sággal élő személyek jogairól szóló egyezmény (ENSZ, 2006); UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (United Nations, 2006).

A kapcsolatok terén is megnyilvánul a kirekesztés, amit jelez a kapcsolatrendszer egyoldalú vagy beszűkült volta (sorstársakkal, a szűk családdal), az eltérő családszerkezet (felnőtt fogyatékos gyermek a családban, gyerekvállalás akadályai) és a szélesebb értelemben vett közösségbe való befogadás hiánya (BASS 2011).

Magyarországon mindemellett problémaként jelenik meg, hogy a fogyatékos személyek számára rendkívül erős intézménycentrikus szolgáltatások állnak rendelkezésre, amelyek az egyéni igényeket nem tudják kellőképpen figyelembe venni merev, bürokratikus struktúrájuk miatt. Az intézményi ellátás még nem tudta meghaladni az orvosi modellt, amelyben a fogyatékossgot egyéni hibaként kezelik (VERDES–SCHARLE–VÁRADI 2012).

A fogyatékossgához és pszichiátriai problémákhoz való hozzáállásban leginkább két modell szembeállításáról beszélhetünk. Ebből a szempontból hosszú éveken keresztül uralkodott az orvosi modell. Kiindulási alapja, hogy kitüntetett figyelmet érdemel, ha az emberi szervezet bizonyos mechanizmusai abnormálisan működnek. Azonban ez a figyelem a biológiai folyamatokra korlátozódik. Ha például az ellátórendszert nézzük, a kommunikáció is kimondottan csak a patológiákra vonatkozik ez alapján, tehát itt a kliens egyértelműen betegként, tárgyként jelenik meg (FRENCH–SWAIN 2008).

A szociális modell pedig a fogyatékossg környezetbeli és társadalmi aspektusaira összpontosít. A társadalom hatását emeli ki, amely az adott személyt fogyatékossga minősíti és korlátokat állít a társadalomban való érvényesülése előtt. Ezáltal pedig egy olyan keretet képez, amely a szociálpolitikában való megközelítést is jelentősen meghatározza (BARNES 1998).

Jan Pierre Wilken is különbséget tesz előadásában tradicionális és új típusú ellátás között, amely valójában ezekre a modellekre épül. Ő a pszichiátriai problémával élő emberekre koncentrál, viszont ha az ENSZ egyezmény definíciójából indulunk ki, a fogyatékossgot ezen célcsoporttal együtt értelmezzük.

A tradicionális ellátásban ő az orvosi hangsúlyt, az intézményi ellátást és a szakemberek felsőbbrendűségét emeli ki. Mindez az egyén figyelmen kívül hagyását, a társadalmi aspektus tagadását, exklúziót és hatalomtól való megfosztást eredményez, amely egyértelműen a társadalmi integrációval ellentétes folyamatokat generál. Ezzel szemben az új típusú ellátás a társadalmi fókuszról indul ki, fő célja a közösségbe való társadalmi befogadás, az ellátás a középpontjában pedig a felhasználói tapasztalatok, a hatalommal való felruházás jelenik meg (WILKEN 2012). Tehát ez a szemléletmód alapjában véve új segítői szerepeket igényel.

Mindemellett a gondnokság intézményrendszere is egy olyan kirekesztő megközelítés, amelyben a fogyatékos személyek alapvető jogai kérdőjeleződnek meg, hiszen jogi cselekvőképességük kerül korlátozás alá. Mindez pedig a családok számára gyakran kényszerhelyzetet jelent, hiszen a gondnokság alá helyezés megkönnyítheti az intézményekbe való bejutást, amelyen kívül gyakran nincs más alternatív szolgáltatás a fogyatékos emberek számára (VERDES–TÓTH 2008).

A szakma szerepe a társadalmi integrációhoz vezető úton

Ahhoz, hogy a társadalmi integráció sikeres legyen, több szereplő együttműködése szükséges. Elsősorban az érintett személy felkészítése elengedhetetlen, hiszen az önálló életvitel kialakulása egy hosszú szocializációs folyamat eredménye lehet. Ha ezt a szakma oldaláról nézzük, fontos szerepe lehet a gyógypedagógusoknak, pedagógusoknak,

segítőknél. De természetesen a többségi társadalom számára is fontos, hogy kellő ismerettel, előítéletek nélkül fogadja be ezeket a személyeket, tehát fontos lenne, hogy a többségi pedagógusok már felvértvezve ezekkel az ismeretekkel, az oktatás minden szintjén részt vegyenek az attitűdformálásban. Az egész intézményrendszerben történő szemléletváltáshoz szükséges új szolgáltatások kiépítésében pedig a szociális szakemberek játszhatnak fontos szerepet.

Dr. Jean-Pierre Wilken holland professzor is hangsúlyozta plenáris előadásában a rehabilitáció komprehenzív megközelítését, amihez elengedhetetlen, hogy a társadalom elfogadja és értékelje a különbségeket (WILKEN 2012).

Az attitűdök formálására pedig a szocializáció során nyílik lehetőség, és az oktatási rendszer mint szocializációs ágens lehet a fő csatorna. De mindenekelőtt a szakmai szocializációban kell megjelennie ezeknek az értékeknek, aztán rajtuk keresztül indulhat meg a közvetítés a társadalomba.

Éppen ezért fontos, hogy a projekt során kidolgozásra került anyagok az ezeket a területeket érintő felsőoktatási karokon megjelenjenek. Ebből a szempontból akár azt is elképzelhetőnek tartjuk, hogy a hallgatók ne karonként homogén csoportokban hallgassák ezeket a kurzusokat, hanem ötvözve a különböző területeket, amely érdekes párbeszédet és szemléletformálást eredményezhet.

Elmondhatjuk, hogy a kidolgozásra kerülő kurzusok egyik fő célja olyan tananyagok létrehozása volt, amely a szakemberek segítségével keresztül közvetve elősegíti a marginális helyzetű emberek közelebbi jutását a társadalmi integrációhoz ezekben a dimenziókban.

A projekt során négy modulban folyt a kurzusok fejlesztése, amely konkrétan tematikák, diasorok és bizonyos esetekben könyvek alkotását jelentette. Az I. modulban a *Munkaerő-piaci reintegráció területén nehézségekkel kapcsolatos képzések* jelentek meg. Tehát jól lehet látni, hogy ha a casteli dimenziókat nézzük meg, ez leginkább a munkát célozza.

Ezen belül az első, Esélyegyenlőség elnevezésű almodulban *Az antidiszkrimináció és esélyegyenlőség a foglalkoztatáspolitikában, a Társadalmi nem és a Fogvatékosság és marginalitás* témakörök kerültek kifejtésre. A második almodul pedig gyakorlatorientáltabban a módszerek köré fűződött fel: *A pályaorientáció szerepe a társadalmi integrációban, Szociális munka és munkaerő-piaci aktivizálás, Szakembereket támogató segítői, mentorálási eszköztár; Foglalkoztathatóvá tétel és képezhetőség fejlesztése.*

A nemzetközi példák iránymutatást adhatnak a szociálpolitika terén, amiket természetesen nem szabad kritikátlanul adaptálnunk. Ezen belül három blokk jött létre: *Nemzetközi kitekintés a foglalkoztatási és jóléti politikák alakulásáról, Globális szociálpolitika, Fejlesztéspolitika, stratégiai programalkotás a szociálpolitikában.*

Magyarországra egyértelműen jellemző a szociális területen az intézménycentrikuság, amely számos akadályt gördít a társadalmi integráció útjába és elszemélyteleníti az ellátást, hiszen a szolgáltatások nem találkoznak az egyéni igényekkel (VERDES–SCHARLE–VÁRADI 2011).

Tehát jóval rugalmasabb szolgáltatásokra lenne szükség, amelyet a szakmai attitűd és értékrend is követ. Hiszen példának okáért egy közösségi alapú szolgáltatásban a segítőnek teljesen más szerepe van, mint egy nagy bennlakásos intézményben. Itt a paternalisztikus, gondoskodó attitűd helyébe egy a klienst partnerként kezelő, együttműködő hozzáállás lehet helytálló. A szociális szolgáltatások fejlesztése modul ezen szempontokat szem előtt tartva szerveződött. Blokkjai a *Hátrányos helyzetű gyermekek: napközbeni ellátás,*

Néhány mozzanat a konferencián elhangzott előadások közül az előzetesen tárgyalt kérdések tükrében

A konferencián több előadásban is előkerült, hogy a gyakorlatban számos ellentmondással szembesülhetünk az ENSZ egyezményben megjelent elvekkel szemben. Gondoljunk csak a gondnokság alá helyezés intézményére, az akadálymentesítés hiányosságaira, vagy arra, hogy még milyen sok ember él nagy létszámú bennlakásos intézményekben.

Nemzetközi szinten bár találunk számos jó példát, de a magyar helyzet sajátos vonásaira figyelemmel kell lennünk, amelyek szintén megjelentek az előadásokban.

Azonban a problémákkal nem vagyunk egyedül, Jan Pfeiffer – aki az Átmenet az intézményi ellátástól a közösségi alapú ellátásig Európai Szakértő Csoport tagja – plenáris előadásában hasonló koncepciót láthattunk az intézményi ellátástól a közösségi ellátásig vezető út végiggondolásában, mint a magyar előadóknál. Kiemelte, hogy 1,2 millió fogyatékos ember él intézményben az EU-ban és Törökországban, tehát ez több országban aktuális kérdést jelent. A nehézségeknél arra is felhívta a figyelmet, hogy bizonyos esetekben maguk a lakók nem akarják elhagyni a jól megszokott intézményi környezetet (PFEIFFER 2012).

A nemzetközi szekció első blokkjában két előadás az Érdekképviselő és emberi jogok témakörét ölelte fel. Karsay Dorottya és Verdes Tamás a MDAC és a TASZ képviselőiben tartottak egy előadást. A TASZ 2010-ben végzett egy tényfeltáró monitoring programot hat nagy fogyatékos személyeket ellátó bennlakásos intézményben, melynek a célja az intézményben élő személyek alkotmányos jogai érvényesülésének és a szolgáltatásokkal való elégedettségének vizsgálata volt. Az intézményekben három-négy napot töltöttek a TASZ munkatársai és felkért szakemberek, ahol mind a vezetők, mind a dolgozók, mind az ott lakók megkérdezésére sor került. A látogatások során az egyértelműen kiderült, hogy sok olyan probléma merül fel, ami a nagy intézményi keret jellegéből fakad, a dolgozók minden jó szándéka ellenére. Bár a vizsgálat nem terjedt ki az egész országra, az egy-egy esetben való betekintés rendkívül gazdag információkat tud szolgáltatni a probléma mélyrétegeiről. Emellett a program fontos része volt a visszajelzés az intézmények felé (tasz.hu/jelentes, VERDES–KAPRONCAY–KARSAY 2012). Tehát az attitűdformálásban fontos, hogy a már meglévő intézmények felé is irányuljon.

Spitálszky Andrea, szintén az MDAC jogi munkatársa a peres ügyekkel foglalkozik az értelmi fogyatékosággal és a mentális problémával élő személyekkel kapcsolatban. A Stanev-eset kapcsán emberi jogi kérdéseket boncolgatott. A közösségben való élés jogának fontosságának a szempontjából egy bírósági peres eseten keresztül ismertette, hogy *A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény*nel szemben mennyire más a helyzet a gyakorlatban, és valójában nem érvényesülnek azok a jogok, amelyek alapvető elvként jelennek meg (SPITÁLSZKY 2012).

Ahhoz, hogy a társadalmi integráció megvalósuljon fontos, hogy már az oktatás szintjén egyenlő esélyeket kapjanak a fogyatékos tanulók, társaikhoz hasonlóan. Fazekas Ágnes Sarolta, az ELTE Társadalomtudományi Karának szociálpolitika mesterszakos hallgatója az Exchange Ability projektet mutatta be, amelynek a keretében lehetővé vált az esélyek növelése a fogyatékos hallgatók számára. A programban megjelenő hallgatók

száma fokozatosan növekedett az évek során, de az arányuk nem növekedett olyan jelentősen az összes Erasmus programban részt vevő hallgatóhoz viszonyítva. A 2009/2010-es adatok szerint a programban résztvevők 0,12%-a volt speciális szükségletű tanuló. Az Exchange Ability projekt keretében létrejött egy hozzáférhető hallgatói egyesület, amely annak a feltételeit biztosítja, hogy a fogyatékossgal élő tanulók aktívan részt tudjanak venni a diákéletben, és előmozdítsák mobilitásukat. Több ország egyetemének közös együttműködésével próbálták a jó gyakorlatokat összegyűjteni és az esetleges korlátokat megbeszélni a fogyatékos tanulók külföldi mobilitásában. A program során problémát jelentett, hogy a különböző országok mást értettek a fogyatékossgal és a speciális szükségletű tanulók definíciója alatt. Több tényező segített a külföldre utazó fogyatékossgal élő tanulók támogatásában. Fogyatékossgügyi koordinátorok jelenléte, támogató központok, pszichológiai tanácsadás, jelnyelv, személyi segítség, adaptált tananyag, vizsgák alkalmával meghosszabbított időre való lehetőség, megfelelő elhelyezés, tanuló szervezetek és mentorprogramok. Viszont a program során több nehézség merült fel, mind az intézmények mind a hallgatók részéről. Például az intézmények részéről a hatékony pénzügyi támogatás hiánya vagy az intenzív segítség igénye, hallgatók részéről pedig például az idegen nyelv és körülmények, az adaptált tananyag korlátozott száma.

Tehát több kihívással kell még számolni, és több feladat áll még az országok előtt ez ügyben. Többek között fontos lenne lehetőséget biztosítani a hallgatóknak rövid próbálótogatásra, mielőtt döntenek egy hosszabb Erasmus programban való részvételről, és mind a fizikai, mind a tananyagban való akadálymentesítésben több teendő van. Az előadók személyes példájával és tapasztalataival is szeretné segíteni, motiválni a fogyatékossgal élő tanulók aktívabb részvételét ezekben a programokban (FAZEKAS 2012).

A társadalmi integráció szempontjából ez a program egyrészt a szocializációnak egy jelentős mérföldköve lehet, amelyben az önálló életvitelre nevelés is megnyilvánul, másrészt a kapcsolatok dimenziójában is hozzájárulhat a magasabb szintű integrációhoz.

Előadásomban *Az intézményi ellátástól a közösségi ellátásig – szociális szakemberek oktatása* címmel a közösségi ellátás magyarországi helyzetéről beszéltem, kitérve az intézménytelenítés körülményeire és felhívva a figyelmet a közösségi ellátás megjelenésére a szociális szakemberek, pedagógusok, gyógypedagógusok képzésében. A jelenlegi magyar jogszabályok szerint a közösségi ellátás célcsoportjai a mentális problémával küzdő és a szenvedélybeteg személyek, holott figyelembe kellene vennünk más marginális helyzetű embereket is – mint például a fogyatékos, hajléktalan és idős személyek. A magyar keretek bemutatása után az ENSZ egyezmény által nyújtott lehetőségek felvillantására került sor, amely a közösségi ellátás gyakorlatában realizálódhatna. Viszont az ENSZ egyezményben megjelent elvek és a magyar gyakorlat között számos ellentmondással találkozhatunk, amely más előadásokban is hangsúlyosan jelent meg. Az intézménytelenítés megvalósításának a hátterében számos frusztráló tényezővel szembesülhetünk, amelyekre fokozott figyelmet kell fordítani. Magyarországon az értelmi fogyatékossgal élő személyek jelentős része él nagy, bennlakásos intézményekben, akik hosszú időn keresztül arra szocializálódtak, hogy beilleszkedjenek ebbe a hierarchikusan megszervezett rendbe, amelyben megtanulták az alárendelt, passzív, engedelmeskedő, függő szerepüket. Tehát a fogyatékos személyeknek mindenképpen egy komoly felkészítő periódusra van szükségük ahhoz, hogy a közösségen belül minél magasabb fokú önálló életvitelre legyenek képesek. De nem elhanyagolható a többségi társadalom felkészítése sem, hiszen az intézménytelenítés és a közösségi ellátás befogadó társadalmat igényel. Nagyon fontos az intézménytelenítéssel

párhuzamosan az új szolgáltatások kiépítése. Mindezekhez felkészült szociális szakemberekre, pedagógusokra, gyógypedagógusokra van szükség. A közösségi ellátást elsősorban a társadalmi integrációhoz vezető út egyik fő pillére lehet, amely segít a teljes értékű felnőtté válás kritériumainak a teljesítésében, és mindehhez elengedhetetlen a megfelelő szakemberek képzése is. Castel dimenzióit tekintve, a munka dimenziójában a közösségi ellátás attitűdje hozzájárulhat ahhoz, hogy a fogyatékos ember könnyebben találjon munkát a nyílt munkaerőpiacon, mindebben segítséget is tud nyújtani. A kapcsolatok dimenziójában pedig segít a természetes társadalmi kapcsolatok megtartásában, kiépítésében és a családdal való aktív kapcsolat fenntartásában (KATONA 2012).

Összegzés

A TÁMOP-5.4.4-09/1/C projekt lehetőséget nyújtott olyan tananyagok kidolgozására, amelyek érdemben hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a marginális helyzetű emberekkel kapcsolatban lehetőség nyíljon az attitűdformálásra mind a szakma, mind a többségi társadalom körében. Ez az együttműködő, befogadó, partneri attitűd pedig hozzájárulhat ahhoz, hogy ezek a személyek a társadalmi integráció útjára lépjenek és a társadalom teljes értékű tagjaivá váljanak.

A tananyagok nyilvánosan elérhetőek lesznek interneten, így nemcsak a szakmát tanulók, hanem már az azt gyakorlók számára is lehetőség nyílik ezek tanulmányozására. A konferencia szintén a társadalmi integráció gondolataira fűződött fel, és lehetőség nyílt az országok közötti tapasztalatcserére is, amely sokat segíthet a megvalósításban.

Felhasznált irodalom

- BARNES, C. (1998): The Social Model of Disability: a Sociological Phenomenon Ignored by Sociologists? In SHAKESPEARE, T. (ed.): *The Disability Reader. Social Science Perspectives*. Continuum. 65–78.
- BASS L. (2011): A fogyatékos emberek integrációja. In NAGY Z. É. (szerk.): *Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyezete Magyarországon. Kutatási eredmények a TÁMOP 5. 4. 1. projekt Kutatási pillérében*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- CASTEL, R. (1993): A nélkülözéstől a kivetettségig – a „kiilleszkedés” pokoljárása. *Esély* 1993/3, 3–23.
- FRENCH, S.–SWAIN, J. (2008): *Understanding disability. A Guide for Health Professionals*. Churchill Livingstone, Elsevier, Philadelphia.
- A Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló Egyezmény* (2006). ENSZ.
- SCHARLE Á. (2011): *Foglalkoztatási rehabilitációs joggyakorlatok Magyarországon. Kutatási jelentés*. Budapest Intézet, Budapest.
- VERDES T.–SCHARLE Á.–VÁRADI B. (2011): Intézet helyett. A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól. *Esély* 2011/4, 3–34.
- VERDES T.–TÓTH M. (2010): *A per tárgya*. ELTE BGGYK – ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- UTASI Á. (2002): Társadalmi integráció és családi szolidaritás. *Educatio*, 14, 3, 384–403. tasz.hu/jelentes (Utolsó letöltés: 2012. április 17.)

Érintett előadások cikkben a konferenciáról

- Fazekas Ágnes (Hungary): Exchange Ability Ambassadors', an initiative to promote participation of disabled students in higher education.
- Katona Vanda (Hungary): *From institutional care to community care. Education of social professionals.*

Pfeiffer, Jan (Chair for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community Care): *Developments in Eastern Europe with regard to transition from Institutional to Community Care.*

Spitálszky Andrea (Mental Disability Advocacy Center [MDAC], Hungary) – *Human rights issues: the Stanev v. Bulgaria case: the importance of the right to live in the community.*

Verdes Tamás – Kapronczay Stefánia (Hungarian Civil Liberties Union [HCLU]) –Karsay Dorottya (Mental Disability Advocacy Center [MDAC]): *The role and practice of independent monitoring mechanisms in promoting the right to live in the community: evolving human rights standards and practice on the ground.*

Wilken, Jean-Pierre (Professor of Participation, Care and Support HU Utrecht University of Applied Sciences; Founder of CARE Europe): *Developments in Western Europe with regard to transition from traditional to recovery-oriented care.*

CARE Europe News. Elérhető: http://www.thecareeurope.com/care_europe_news

MAGYE INFORMÁCIÓK

Elérkezett a tagdíjfizetés ideje, kérjük befizetni az alábbiak szerint:

Aktív dolgozó:	2.800 Ft/év
Nyugdíjas/hallgató:	1.800 Ft/év
Intézmény:	10.000 Ft/év

MAGYE bankszámlaszám: 11707024-20094959

MAGYE levelezési cím: 1071 Budapest, Damjanich u. 41–43.

MAGYE honlap: www.magye-1972.hu

A tagdíjat befizető a *Gyógypedagógiai Szemle* számait ingyenesen kapják.

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

HEIDI HELDSTAB:

Miért nem beszél a gyermekem?

ISBN 978-7155-57-4

ELTE BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR, 2012. 64 OLDAL

Valóban hiánypótlónak számít a szerző 2011-ben Svájcban megjelent könyvének 2012. novemberében publikált magyar nyelvű kiadása. Heidi Heldstab Piaget, valamint a másik neves svájci pszichológus, Félicie Affolter tanítványa, Affolter módszerével évtizedek óta fejleszt súlyos tanulási, viselkedési zavarokat mutató, valamint autista gyermekeket legfiatalabb koruktól fogva. Az elméleti hátteret az úgynevezett fa-modell jelenti, amely valamennyi későbbi gyenge teljesítményt (beszéd, érzelmek, viselkedés, olvasás, írás, matematika stb.) a koragyermekkori taktilis-kinesztetikus információk hiányos észlelésére vezeti vissza. Az ezen információk felvételében bekövetkezett zavar, vagyis „a fa csenevész gyökere” hat ki a fejlődés későbbi állomásaira, „a lombkorona” kialakulatlan voltára, ezért nevezhető a tünet-együttes speciális észlelési zavarnak. A szerzőt jellemzi a munka eredményességébe vetett hit, ez adja az erőt ahhoz, hogy esetenként kitarással folytassa a terápiát, akár éveken át. Minden esetben tapasztalható tanítványainál az egyértelmű javulás, s éppen ez fémjelzi a munkáját. Fontos körülmény a szülők bevonása, szerepe is, hiszen ők vannak a legtöbbet gyermekükkel. A szülők átveszik a terápia főbb elveit, anélkül hogy másolnák a foglalkozásokon látottakat.

A könyv bevezető fejezete a járulékos zavarokat nem mutató hallássérült kisgyermekek fejlődését, fejlesztését járja körül feltehetőleg azért, mert a továbbiakban számos helyen hivatkozik a hallássérültekre, akiknél kiesik egy érzékszerv. Náluk azonban, amennyiben a korai taktilis-kinesztetikus információk észlelése zavartalan, nem lépnek fel a halló gyermekeknél tapasztalt zavarok.

A második, legrészletesebb fejezetben a beszédzavarokat mutató halló gyermekekkel foglalkozik a szerző. Három altípus megkülönböztetésére kerül sor, ezek: a taktilis-kinesztetikus észlelés zavara, az észlelés intermodális feldolgozásának zavara és az észlelés szeriális feldolgozásának zavara. Az első típust taglaló alfejezetben jellemzi Heldstab részletesen az Affolter által kidolgozott fejlődési modellt, a már említett fa-modellt, amely eltér a klasszikusnak nevezett mennyiségi fejlődéstől, vagyis az életkorral arányosan kibontakozó lineáris teljesítményektől és a Piaget-modelltől, amely a minőségi változást nyújtó szakaszos fejlődési állomásokat körvonalazza. Kimerítően foglalkozik a beszéd, az olvasás, az írás, a matematikai képességek zavaraival és az alkalmazott terápiáival. A terápia középpontjában az elmaradt taktilis-kinesztetikus információk

pótlását szolgáló ún. vezetési terápia áll. A terapeuta gondosan kidolgozott módon vezeti a gyermek kezét a tárgyak észlelése során, mindezt köznapi problémamegoldó helyzetekbe ágyazva. Fontos elem a szakaszos rajzos, írásos rögzítés is. A két további alfejezet egyike az érzékszervi információk koordinációjára visszavezetett autizmussal és terápiájával foglalkozik, a másik az információk egymásutániségének feldolgozási zavarait jellemzi, kitérve a terápia főbb vonásaira is.

A harmadik fejezetben a kombinált zavarokat mutatja be a szerző, ezek: a taktilis kinezetikus észlelés zavarával kombinált hallássérülés, az észlelés intermodális és szeriális feldolgozásának zavarával kombinált hallássérülés és a taktilis-kinezetikus észlelés zavarával kombinált intermodális és szeriális területeken megjelenő zavar.

A könyv zárófejezete négy részletes esetleírást tartalmaz, jól szemléltetve az előzőekben leírtakat.

Ajánlom a könyvet minden logopédus kollégának, az autista és a hallássérült gyermekeknél tapasztalható járulékos zavarokat mutató gyermekekkel foglalkozó szakembereknek, valamint tankönyvként Karunk hallgatóinak.

Csányi Yvonne

GYÓGYPEDAGÓGIA, PSZICHOLÓGIA
PEDAGÓGIA, PEDAGÓGIATÖRTÉNET

ELTE EÖTVÖS KIADÓ



Keresse könyveinket honlapunkon és az Eötvös Pontokban!

www.eotvoskiado.hu
www.eotvospontok.hu

I N M E M O R I A M

Gordosné dr. Szabó Anna

(1928. július 7. Debrecen – 2012. november 18. Budapest)



2013. január 9-én 11 órakor a Fiumei úti Sírkertben családtagjai, barátai, tanítványai és munkatársai búcsút vettek Gordosné dr. Szabó Anna földi maradványaitól, amelyek egybeolvadtak a természettel. A gyászszertartás után, 13 órai kezdettel az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán megemlékező beszélgetés kezdődött el, amelyben kollégái és tanítványai felidéztek lelki hagyatékát, amely a gyógypedagógusokat összetartó lelkiütként tovább él. A gyógypedagógia története szempontjából ugyanakkor minden mai és leendő gyógypedagógus számára meghatározó lesz az a szellemi munkásság, amely könyveiben, tanulmányaiban örökítődik tovább.

A megemlékező beszélgetésen élete különböző szakaszaiban készült fényképek és egy vele néhány évvel ezelőtt készült interjúfelvétel segítségével idéztük fel alakját, hangját, stílusát és néhány számunkra kedves emlékét: köztük azt is, hogy baráti köre – bár mindig nagyon széles volt – tulajdonképpen mindig kötődött a főiskolához és a gyógypedagógus kollégákhoz. Ahogy életútján végigtekintve a megemlékezésen is látható volt, személye több nemzedéken átívelően hidat képezett az elmúlt csaknem száz év gyógypedagógusai között, legyenek ők akár tanárai, kortársai, tanítványai vagy tanítványainak tanítványai.

Gordosné dr. Szabó Anna 1928. július 7-én született Debrecenben, tanítócsalád második gyermekeként. Elemi iskoláit szülei keze alatt Bodán végezte, a felsőbb osztályokat és a középiskolát pedig Hajdúböszörményben és Nagyváradon, ahová a család éppen a jobb tanulási lehetőségek miatt költözött. Eredetileg orvos akart lenni, végül azonban szülei hivatását követte: 1947-ben népiskolai tanítóként végzett Debrecenben, a Református Egyház Dóczy Tanítóképző Intézetében. Itt ismerte fel az utolsó évfolyamon tanult gyógypedagógia tantárgy alapján, hogy gyógypedagógus szeretne lenni.

Gyógypedagógiai tanári oklevelét 1950-ben szerezte meg Budapesten, a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán, ahol a „Bárczi-generáció” tagjai tanították őt. Közülük Bárczi Gusztáv mellett Vértes O. Józsefet emelte ki a megemlékezésen is felidézett interjúban. Bárczi marasztalta őt a főiskolán, így került sor arra, hogy megkezdje csaknem töretlen, 60 éves főiskola pályafutását. 1950-52 között a főiskolán dolgozott oktatásszervezőként, megszervezte és vezette a Tanulmányi Osztályt, kiépítette a kor elvárásainak

megfelelő főiskolai adminisztrációt. Amikor rövid időre elhagyta a főiskolát, akkor is annak ügyeivel foglalkozott: 1952-től két éven keresztül a Köznevelési Minisztérium Pedagógusképző Osztályán főelőadóként a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola összekötő ügyintézője volt – saját szavai szerint – nagy lelkesedéssel. E rövid kitérő után, 1954-ben aspiráns lett a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán Bárczi Gusztáv mellett, ettől kezdve élete végéig szorosan kötődött a Főiskolához és jogutód intézményéhez.

A „Bárczi-tanítványok” generációjával együtt építette fel egy új korszak gyógypedagógiáját az 50-es és 90-es évek között. 1956-ban kezdett oktatni főiskolai adjunktusként, 1962-ben főiskolai docensi, 1970-ben főiskolai tanári kinevezést kapott. Oktatói tevékenységén kívül sokrétű vezetői feladatot is ellátott: 1955–1968 között főigazgató-helyettes, 1963-tól 1992-ig az Általános Gyógypedagógia Tanszék vezetője, 1980–1988 között a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola főigazgatója volt.

Kandidátusi értekezését „Fejezetek a gyógypedagógia történetéből” címmel 1961-ben fejezte be, és nyerte el vele tudományos fokozatát. Tudománytörténeti érdeklődése és kutatói gyakorlata következtében 1965-től a Gyógypedagógia-történeti Múzeum vezetője, majd haláláig tanácsadója volt. Szívén viselte a gyógypedagógus-képzés minőségének fejlesztését, több képzési terv kidolgozásában is tevékenyen részt vett. A magyar gyógypedagógia jubileumára történelmi hűséggel, eredeti dokumentumok alapján foglalta össze a magyar gyógypedagógus-képzés történetét.

Gordosné dr. Szabó Anna általános szakmai elismertségét a tanítványi generációk sorának személyes kötődésén túl tekintélyes szakmai felkérésekkel és hivatalos díjakkal, kitüntetésekkel is többször kifejezték. A gyógypedagógia elméletének megújítójaként 1995-ben ő lett az MTA Pedagógiai Bizottsága Gyógypedagógiai Albizottságának első elnöke, majd az 1997-ben megjelent *Pedagógiai Lexikon* egyik gyógypedagógiai szerkesztője. Alapító tagja volt a Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének, valamint haláláig alapító-főszerkesztője a *Gyógypedagógiai Szemlé*nek. Tevékenységét számos díjjal ismerték el, többek között: Bárczi Gusztáv Emlékérem (1978); Apáczai-díj (1985); a Magyar Felsőoktatásért díj (1992); Eötvös-díj (2000); a Magyar Köztársasági Érdemrend Tisztikeresztje (2003).

Szerteágazó és mintegy hat évtizedes szakmai munkássága során múltat és jelent adott a gyógypedagógiának és az egységes gyógypedagógiai szemlélet híveként sokat tett azért, hogy összetartsa annak szakmai közösségét. Szemléletbeli öröksége a magyar gyógypedagógusainak is szellemi hazául szolgál.

Tanítványai tanítványainak generációjával is közvetlen és közeli kapcsolatokat ápolt, így személyes kötődésein keresztül is gyógypedagógusok több nemzedékére hatott. Álljon itt a továbbiakban nekünk, mint e generáció két képviselőjének néhány személyes emléke, akik a megemlékező beszélgetésen a következő gondolatokkal búcsúztunk tőle.

Ma én tanítok több olyan tárgyat, amelyeket Anikó néni tanított vagy dolgozott ki először; például a gyógypedagógia történetét, vagy az összehasonlító gyógypedagógiát. Igen, Anikó néni, hiszen a köztünk lévő 45 év, már két generációt ível át. Anikó néni a nagymamámmal egyidős, és én őt az utóbbi években egyfajta „szakmai nagymamának” tekintettem. Úgy él az emlékezetemben, mintha mindig is ismertem volna, pedig nyilván akkor ismerhettem meg őt, amikor ’92-ben megkezdhettem gyógypedagógiai tanulmányaimat. Ő azon a nyáron járt éppen azon a bizonyos kanáriszigeteki úton, amelynek beutalójával a zsebében nyár elején bejelentette nyugdíjba

vonulását az éppen akkor induló ún. reformtantervvel kapcsolatos véleménykülönbségek miatt. Így a gyógypedagógia történetét és elméletét én ugyan az ő könyveiből, de nem tőle, hanem közvetlen tanítványától, Pákozdiné Kenderessy Katalintól tanultam. Anikó néni viszont minden főiskolai ünnepi alkalmon jelen volt, és beszédeiből, felszólalásai-ból hallgatóként is pontosan ismerhettük az egyes szakmai kérdésekről alkotott véleményét. Nemcsak a főiskolán, a szakmai gyakorlatban is jelen volt. Nem felejttem el azt a képet, amikor a vakok iskolája fennállásának egyik évfordulóján láttam őt, ahol egykori tanítványai tanítványainak jóságos nagymamájaként ült a Nádor terem színpadának közepén egy óriási karosszékben és mesélt.

Én ismertem tebát őt, ő pedig talán akkor ismerhetett meg engem, amikor közvetlen tanítványa nyugdíjba vonulásakor engem hívtak meg Anikó néni egykori tanszékére, az ő egykori tárgya, a gyógypedagógia történetének oktatására. Tegeződésünk is kezdettől, az ő közvetlenségéből és fiatalok iránti nyitottságából adódóan szinte természetes volt. Mint ahogy az is, hogy a szobája előtt elhaladva időnként behívott egy kis beszélgetésre, hogy gyakran együtt ebédeltünk, és közben folyamatosan érdeklődött arról, mit is tanítok gyógypedagógia-történetként. Én is gyakran fordultam hozzá kérdésekkel az óráimra történő felkészülés során, válaszai nekem nagy segítséget és egyben komoly szakmai vizsgát is jelentettek. Bár ő már engem nem tanított, és így legendásan szigorú vizsgáin nem vettem részt, mégis úgy érzem, hogy az elmúlt csaknem tíz évben volt alkalmam bepótolni valamit ebből. Kérdéseimre mindig azonnal pontos választ kaptam, elmondta, hogy ő már mennyire régen megírta ezt, hogy melyik szakirodalomban találom a feleletet, és még mi mindent lenne érdemes elolvasnom a témában. És valóban, a válaszokat az ajánlott anyagokban, a megjelölt helyeken mindig pontosan meg is találtam. Volt, amikor azt hittem, hogy ezen a vizsgán én soha nem fogok átmenni. Én nem tudhatom mindazt, amit ő tudott, hiszen ő a hazai gyógypedagógia történetének 112 évéből hatvanat a szakma és a képzés szervezőjeként, irányítójaként élt meg, amely egészen másfajta tudást jelent, mint amit bárki bármely könyvből, visszaemlékezésből, dokumentumból valaha is meg tud ismerni.

A változás a tavalyi évben történt, amikor úgy érezhettem, hogy talán átmentem a vizsgán. Júniusban ugyanis egy számomra fontos szakmai megmérettetésre Anikó néni elsőként érkezett. Támogató jelenléte nekem akkor nagy nyugalmat és sok erőt adott. A legutóbbi félévet Anikó néni kicsit később kezdte. Amikor először elstájtaltam a szobája nyitott ajtaja előtt, úgy éreztem, hogy be kell mennem, és a gratulációk udvariasan dicsérő szavai után megtudhatom, milyen is volt valójában a szereplésem. Mély csendben hallgattam részletes véleményét kutatásom témájáról, módszeréről és a védésen tanúsított viselkedésemről. Nagyon megtisztelő volt az elfogadása és az elismerése. Ezután már csak néhányszor beszélgettünk. Utolsó beszélgetésünk utolsó szava az volt, amit most végezetül itt is mondani tudok: köszönöm.

Köszönöm, köszönjük Anikó néni, hogy veled lebettünk, és hogy te mindig és egészen velünk voltál, hogy mindig számíthattunk rád. Te is mindig számíthatsz ránk!

Temetése kapcsán elgondolkodtam, hogy a személyes történetek száalai hogyan csomózódnak össze, illetve a dolgok, amiket ajándékozunk, hogyan kanyarodnak vissza hozzánk... Anikó néni hallgatókoromban könyvein keresztül ismertem meg, tanítani nem tanított a klasszikus egyetemi előadás-vizsga formában, azonban a történelem minden formájáért lelkesedő és érdeklődő hallgatóként a Gyűjteményben találkoztunk személyesen. Így esett, hogy segíthettem a dobozolásban a gyűjtemény anyagainak

jelenlegi helyére költöztetésekor és hallgathattam személyes történeteit egy-egy tárgy, irat kapcsán. Majd a költözés után a szobájukba díszként egy szőnyeget adtam. Szépen kitekertem, jól mutatott, tetszett, örültem, hogy adhattam ... és évekig nem is gondoltam rá. Aztán a Karra kerültem oktatóként és Anikó nénivel beszélgetve többször is azon a szőnyegen tapodtam, amit a szobával együtt, most megörököltünk, és amin járni fogunk

...

Milyen színek és szálak vannak Anikó nénitől örökölt szőnyegemben?

A történelemszeretet és kutatás biztos felvetőszálai;

a gyűjtemény arany értékei;

a feladat mély barnája;

a lehetőség tavaszi zöldje;

és a bizalom melengető pirosa, amelyet felém kifejezett.

Köszönöm Anikó néni!

Regényi Enikő – Schiffer Csilla

FELHÍVÁS

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata egy különszámban megjelenő **EMLÉKKÖTETBEN** kívánja megörökíteni **GORDOSNÉ DR. SZABÓ ANNA**, a Gyógypedagógiai Szemle alapító-főszerkesztőjének szakmai munkásságát.

Kérjük Önt, hogy amennyiben a cél megvalósításával egyetért, és megteheti, támogassa az EMLÉKKÖTET megjelenését.

Pénzügyi adományát a

GYÓGYPEDAGÓGIA FEJLESZTÉSÉRT ALAPÍTVÁNY számlaszámára várjuk:

K&H Bank 10409015-90146510-00000000

Megjegyzés: „Gordosné – EMLÉKKÖTET”

Adományozás esetén kérjük, hogy a nadaspal@gmail.com e-mail címen jelezze, hogy nevét feltüntethetjük-e a különszám támogatói között! Az adomány összege természetesen nem publikus.

Köszönjük, hogy támogatja az EMLÉKKÖTET megjelenését, és ezzel hozzájárul a magyar gyógypedagógia nagy tanítómestere, meghatározó személyisége, a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola volt oktatója és főigazgatója emlékének méltó megőrzéséhez!

Kérjük, hogy küldje tovább! KÖSZÖNJÜK!

Budapest, 2013. február 11.

Dr. Csocsán Emmy PhD
egyetemi tanár
az EMLÉKKÖTET szerkesztője

Nádas Pál
a Gyógypedagógiai Fejlesztésért Alapítvány elnöke
(nadaspal@gmail.com, 06-30/231-2454)

A Gyógypedagógiai Szemle munkatársai 2012-ben

Eredeti közlemények

<i>Balázs Boglárka</i>	Hangterápiával is gyógyítható organikus hangképzési és beszédhibák	2.	122. o.
<i>Bertalan Regina</i>	A nyelvfejlődési zavarok logopédiai diagnosztikai megközelítésével kapcsolatos problémák	2.	83. o.
<i>Csányi Yvonne</i>	Tanulási zavarok – az Affolter-modell és -terápia	4.	289. o.
<i>Csonkáné Polgárdi Veronika</i>	Ismertető a Diszkalkulia Pedagógiai Vizsgálatáról óvodás és kisiskolás korú gyermekeknél (I. rész)	4.	343. o.
<i>Dávid Beáta – Kalocsai Adrienn</i>	A középsúlyosan/súlyosan értelmi sérült felnőttkorú személyek és családjaik integrációs esélyei Veszprém megyében	3.	233. o.
<i>Eigner Bernadett</i>	Érzelmi- és viselkedésszavarok gyökerei: a korai szülői hatások szerepe	1.	14. o.
<i>Fábián Zsuzsanna</i>	„Teremtő Beszéd”: a verbális kommunikáció képességének változása és ennek viselkedésszabályozó hatása	2.	128. o.
<i>Fazekasné Fenyvesi Margit – Józsa Krisztián</i>	A beszédhanghallás és a beszédhiba összefüggése tanulásban akadályozott gyermekek esetében	1.	1. o.
<i>Gombkötő Andrea – Fehér Ildikó – Gifflő Péter – Kovács Zsuzsanna – Perjés Beatrix – Simó Judit – Vályi Réka – Szauer Csilla</i>	Autizmussal élő emberek életminőségének javítása az Országos Autizmus Stratégia fejlesztései által	2.	146. o.
<i>Györkő Enikő – Lábadi Beatrix – Beke Anna</i>	Téri viszonyok és a nyelvi reprezentáció a koraszülötteknél	2.	106. o.
<i>Horváth Viktória – Gósy Mária</i>	Születési rizikótényező hatása az anyanyelv-elsajátításra	2.	97. o.
<i>Illyés Sándor† – Radványi Katalin – Csorba János</i>	Az értelmi fogyatékosok prevalenciája 40 és 60 év közötti korcsoportban Magyarországon	1.	48. o.
<i>Jármi Éva – Soltész Fruzsina – Szűcs Dénes</i>	Alapvető számolási képességek fejlődésének vizsgálata 3. és 5. osztályos gyermekeknél	4.	305. o.
<i>Kádárné Monori Éva – Pál-Horváth Rita</i>	Szemponatok tanulásban akadályozott és értelmileg akadályozott tanulók iskolai együtt-fejlesztéséhez	3.	226. o.
<i>Köböl Erika – Topál József</i>	Játék vagy munka? – A kutyás terápia lehetőségei a tanulásban akadályozott gyermekek fejlesztésében	2.	159. o.
<i>Krajcsi Attila – Hallgató Emese</i>	Fejlődési diszkalkulia diagnózisa felnőtteknél – Az Aritmetikai Képességek Kognitív Fejlődése teszt	4.	330. o.
<i>Mede Perla – Csaba Imola – Csizovszkyné Modrovich Ágnes</i>	Értelmileg akadályozott személyekkel foglalkozó publikációk	3.	207. o.
<i>Mlinkó Renáta</i>	Új intelligenciavizsgáló eljárások felhasználása a mozgáskorlátozott tanulók kognitív képességvizsgálataiban	1.	36. o.
<i>Papp Gabriella – Perlusz Andrea – Schiffjer Csilla – Szekeres Ágota – Takács István</i>	Két út van előttem...? Speciális és többségi intézmények közötti kooperáció és konkurencia a sajátos nevelési igényű tanulók oktatásában	2.	170. o.
<i>Papp Gabriella</i>	Az integráció, inklúzió fogalmak tartalmi elemzése gyógypedagógiai megközelítésben nemzetközi és magyar szinten	4.	295. o.
<i>Rácz Katalin – F. Földi Rita – Barthel Betty</i>	A beszéd- és mozgásfejlődés összefüggései	2.	136. o.
<i>Radványi Katalin – Fazekasné Fenyvesi Margit – Radicsné Szerencsés Terézia</i>	A pedagógiai diagnosztika lehetőségei enyhén és középsúlyosan értelmi fogyatékos gyermekek együttnevelésében	3.	214. o.
<i>Tóth Alinka – Ivaskó Lúvia</i>	Szerzett pragmatikai zavarok	1.	25. o.

A gyakorlat műhelyéből

<i>Jos van Loon</i>	Arduin szervezeti változásainak kulcsfaktorai	3.	274. o.
<i>Márián Anett</i>	Eset?-tanulmány: Halmozottan fogyatékos személyeket ellátó, bentlakásos intézetben élő személy kommunikációjának fejlesztése	3.	264. o.
<i>Regényi Enikő Mária</i>	Módszertani ajánlások értelmileg akadályozott személyek katekézisében	3.	267. o.
<i>Sáringerné Szilárd Zsuzsanna</i>	A Wii játék fejlesztő hatása az értelmi sérültek körében	2.	188. o.
<i>Selmeci László</i>	Innováció a készségfejlesztő speciális szakiskolai képzésben	3.	271. o.
<i>Szemelrock Zsanett</i>	A Hublow-elmélet megközelítésének gyakorlati megvalósítása alternatív kommunikációs eszközökkel az értelmileg akadályozott gyermekek iskolai csoportjában	3.	259. o.

Könyvismertetés, újdonságok

<i>Csányi Yvonne</i>	Otto Speck: Iskolai inklúzió gyógypedagógiai szemszögből – retorika és realitás	2.	199. o.
<i>Farkasné Gönczi Rita</i>	Ronit Bird: Hogyan győzzük le a számolási nehézségeket?	1.	69. o.
<i>Gadó Márta</i>	Pajor Emese: „Látássérülés – bevezető ismeretek” és „A Braille-írás és -olvasás”	1.	67. o.
<i>Gróz Andrea</i>	Bass László (szerk.): „Amit tudunk és amit nem... az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon.”	2.	196. o.
<i>Hatos Gyula</i>	Radványi Katalin (szerk.): Előadások az Ért. Ak. Klubban	3.	282. o.
<i>Kajáry Ildikó</i>	Radványi Katalin (szerk.): MÁSKÉ(P)P? Intellektuális fogyatékossgal élő emberek gyógypedagógusainak tankönyve	3.	281. o.
<i>Mesterházi Zsuzsa</i>	Csocsán Emmy: A látássérült gyermekek matematika-tanulása, -tanításának módszertana	1.	64. o.
<i>Sándor Anikó</i>	Theunissen, Georg: Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit	3.	284. o.
<i>Schmidt Noémi</i>	Tony Attwood: különös gyerekek. Kalauz az Asperger szindrómáról szülőknék és nevelőknek	2.	201. o.
<i>Szebelédi-Kurucz Anita</i>	Farkasné Gönczi Rita: Könnyen érthető konyha	3.	286. o.
<i>Szekeres Szabolcs</i>	Patrick McCabe: A mészároslegény	4.	352. o.

A gyógypedagógia története

Figyelő

<i>Gordosné Szabó Anna</i>	Figyelő	1.	70. o.
<i>Perlusz Andrea</i>	Projekt-indító	4.	354. o.
<i>Szabó Pál Tamás</i>	Önkéntesként Portugáliában	1.	71. o.

In memoriam

Hírek, információk

40. Országos Szakmai Konferencia	4.	356. o.
----------------------------------	-----------	---------

Tartalom/Table of Contents

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

<i>Lukács Ágnes – Győri Miklós – Rózsa Sándor:</i> TROG-H: új sztenderdizált módszer a nyelvtani megértés fejlődésének vizsgálatára	1
<i>Kereki Judit:</i> A koragyermekkori intervenciók rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei	23
<i>Eigner Bernadett:</i> A szülői stressz szerepe a korai anya-gyerek kapcsolatban	39
<i>Fábián Zsuzsanna – Tóthné Aszalai Anett:</i> Narratívumok elemzése – beszéd fogyatékoság szülői nézőpontból	56

A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

<i>Katona Vanda:</i> A szakma hozzájárulása a társadalmi integrációhoz egy TÁMOP projekt keretében	65
--	----

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

Heldstab, Heidi: Miért nem beszél a gyermekem? (<i>Csányi Yvonne</i>)	73
---	----

IN MEMORIAM

In memoriam Gordosné dr. Szabó Anna (<i>Regényi Enikő – Schiffer Csilla</i>)	75
A Gyógypedagógiai Szemle munkatársai 2012-ben	79

ORIGINAL PUBLICATIONS

<i>Lukács, Ágnes – Győri, Miklós – Rózsa, Sándor:</i> TROG-H: A New Standardized Method for Testing the Development of Grammatical Comprehension	1
<i>Kereki, Judit:</i> System of Early Childhood Intervention in Hungary: Problems and Proposals for Development	23
<i>Eigner, Bernadett:</i> The Role of the Parental Stress in Early Mother-Child Relationship	39
<i>Fábián, Zsuzsanna – Mrs. Tóth Aszalai, Anett:</i> Analysing Narratives – Parental Perspectives on Speech Disorder	56

FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

<i>Katona, Vanda:</i> The Contribution of the Profession to the Social Integration in the Frame of a TÁMOP Project	65
--	----

BOOKS AND NOVELTY

Heidi Heldstab: Why Do Not Speak My Child? (<i>Csányi, Yvonne</i>)	73
--	----

IN MEMORIAM

Gordosné dr. Szabó Anna (<i>Regényi, Enikő – Schiffer, Csilla</i>)	75
Editorial and Contributors in 2012	79