

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2014 – XLII. évfolyam

2

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

Alapító-főszerkesztő:	Gordosné dr. Szabó Anna
Főszerkesztő:	Rosta Katalin
Tervezőszerkesztő:	Durmits Ildikó
Szöveggondozás:	PRAE.HU Kft.
Szerkesztőbizottság:	Benczúr Miklósné Csányi Yvonne Farkasné Gönczi Rita Fehérné Kovács Zsuzsa Gereben Ferencné Mohai Katalin 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

2014. április–június

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: 750,-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

Tartalom/Table of Contents

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

<i>Gósy Mária – Horváth Viktória – Gyarmathy Dorottya – Lengyel Zsolt: Beszédelemzés az afázia egy ritka típusában</i>	85
<i>Tóthné Aszalai Anett – Majsainé Szénási Tímea: Kéz a kézben, együttműködés a dadogó gyermekek ellátásában Hódmezővásárhelyen</i>	97
<i>Galambos Katalin: Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium tréninglakás programjának szerepe a mozgáskorlátozott gyermekek önálló életre való nevelésében</i>	112
<i>Roboska Gábor: Sajátos nevelési igényű kollégista középiskolások integrációjának megvalósulása – Élet a Váci Mihály Kollégiumban</i>	123

A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

<i>Kiss László Roland: Online gondolatterképek a diszlexiás tanulók szolgálatában</i>	140
---	-----

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

<i>Zászkaliczky Péter (szerk.): A társadalmi és az iskolai integráció feltételrendszere és korlátai (Pénzes-Höjffler Éva)</i>	148
<i>Dr. Gyarmathy Éva: Diszlexia a digitális korszakban (Pfening Dóra)</i>	150
<i>Kreuzer, Max – Ytterhus, Borgunn (Hrsg.): „A jelenlét nem minden” – Inklúzió és közös élet az óvodában (Csányi Yvonne)</i>	153
<i>Klicpera, Christian – Schabmann, Alfred – Gasteiger-Klicpera, Barbara: Legaszténia – olvasási-helyesírási nehézségek (Csányi Yvonne)</i>	154

FIGYELŐ

<i>Az ELTE díszdoktorává avatták Viktor Lechta professzort (Zászkaliczky Péter–Viktor Lechta)</i>	155
<i>„III. Nyitott kapuk a logopédián” (Szabóné Vékony Andrea)</i>	161
<i>A korai hallásszűrés fontossága napjainkban (Dubniczki Csilla szerk.)</i>	164

ORIGINAL PUBLICATIONS

<i>Gósy, Mária – Horváth, Viktória – Gyarmathy, Dorottya – Lengyel, Zsolt: Speech Analysis in a Specific Case of Aphasia</i>	85
<i>Mrs. Tóth Aszalai, Anett – Mrs. Majsai Szénási, Tímea: Hand in Hand, Collaboration in the Treatment of Stuttering Children in Hódmezővásárhely</i>	97
<i>Galambos, Katalin: The Role of the „Training-Home Program”, as one of the Possible Educational Fields for Special Educational Needs Children with Physical Disabilities to be Trained for Self-Supporting Life</i>	112
<i>Roboska, Gábor: The Integration of Secondary School Students with Special Needs – Living in the Váci Mihály Dormitory of Budapest</i>	123

FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

<i>Kiss, László Roland: Online Mindmaps in the Education of Children with Dyslexia</i>	140
--	-----

BOOKS AND NOVELTY

<i>Zászkaliczky, Péter (ed.): Conditions and Limits of the Social and Educational Integration (Pénzes-Höjffler, Éva)</i>	148
<i>Gyarmathy, Éva: Dyslexia in the Digital Age (Pfening, Dóra)</i>	150
<i>Kreuzer, Max – Ytterhus, Borgunn (eds): „Dabeisein ist nicht alles” – Inklusion und Zusammenleben im Kindergarten (Csányi, Yvonne)</i>	153
<i>Klicpera, Christian – Schabmann, Alfred – Gasteiger-Klicpera, Barbara: Legasthenie – LRS (Csányi, Yvonne)</i>	154

OBSERVER

<i>The Eötvös Loránd University Grants an Honorary Doctorate to Professor Viktor Lechta (Zászkaliczky, Péter & Viktor Lechta)</i>	155
<i>3rd Open Gates of Logopedy (Mrs. Szabó Vékony, Andrea)</i>	161
<i>The Importance of Early Hearing Detection (Dubniczki, Csilla ed.)</i>	164

3 Beszédelemzés az afázia egy ritka típusában

GÓSY MÁRIA – HORVÁTH VIKTÓRIA – GYARMATHY DOROTTYA –
LENGYEL ZSOLT

gosy.maria@nytud.mta.hu, horvath.viktoria@nytud.mta.hu,
gyarmathy.dorottya@nytud.mta.hu, info@pet.hu

Absztrakt

Kutatásunk célja az volt, hogy bemutassuk egy olyan magyar anyanyelvű beteg beszédének akusztikai-fonetikai vizsgálati eredményeit, akit az afázia egy ritka típusával diagnosztizáltak. Elemeztük a hangszalagműködés minőségét, a beszédtempót és a kiejtési nehézségek jellemzőit különböző beszédmódokban (mondatismétlésben, felolvasásban, spontán narratívában és történet-visszamondásban). Az eredmények objektív adatokkal támasztották alá a beteg beszédének folyamatos romlását, és az elsődleges progresszív afázia *logopenic* típusának a lehetőségét vetették fel a klinikai diagnózist megelőzően. A finom fonetikai adatok longitudinális elemzése új lehetőséget jelenthet ennek az afáziatípusnak a jobb megismeréséhez.

Kulcsszavak: elsődleges progresszív afázia, zöngeminőség, beszédtempó, kiejtési nehézségek

Bevezetés

Az agy működésének megismerése a tudománynak és a klinikai gyakorlatnak egyaránt az egyik legfontosabb területe. Meghatározók azok az ismeretek, amelyek révén a nyelv használatának, így a beszédnek is az életkor-specifikus jellemzői leírhatók, és a tipikus folyamatok összevethetők az atipikus folyamatokkal. Számos betegség jelentkezik legelőször beszédtünetként, függetlenül attól, hogy erre a beteg vagy a környezete felfigyel-e. A beszéd különféle zavarai lehetnek körtünetek, avagy kísérőjelenségek, de mindig nagyon fontos összetevői az adott problémának. A beszéd összetett jelenség, a gyermekkorban elsajátított működéseket, az évtizedek folyamán begyakorolt gesztusokat az agy vezérli; a szokásostól csak kismértékben eltérő jelenségek is fokozott figyelmet érdemelnek. Beszédünkre sok olyan tényező is hat, amelyek következtében artikulációnk és/vagy spontán közléseink átmenetileg eltérnek a megszokottól. A beszélők maguk és a beszédpartnerek is észlelhetik a fáradtságot, az érzelmi befolyásolt-ságot (bánatot, örömet), avagy a fogászati kezelés következményeit. Ha azonban az eltérés hosszabb távon is fennáll, a beszélő egyértelműen a kiejtésének a módosulásáról, sőt változásáról panaszkodik, akkor ez már olyan jel, amely – bár számos okra visszavezethető – mindenképpen objektív vizsgálatot igényel.

A beszédzavarok megítélését, minősítését nemegyszer nehezíti az a tény (főként idősebb korban), hogy nincs mód az összehasonlításra. Nem tudjuk, hogy egy beteg hogyan beszélt néhány éve vagy néhány hónapja, ezért nem lehetünk biztosak abban,

hogyan saját, szubjektív benyomásai valós tényeken alapszanak-e. Meggyőződésünk azonban, hogy a beszéd valószínűsíthető megváltozásával kapcsolatos panaszt sosem szabad elhanyagolni. A panaszok utánkötetésének pedig óriási jelentősége lehet mind a diagnosztika, mind a terápia szempontjából.

A jelen tanulmányunk egy olyan eset bemutatása, amelyben a beteg szubjektív panaszainak hosszabb időn keresztül nem tulajdonítottak meghatározó jelentőséget. Az első tünetek jelentkezésétől több mint két év telt el a diagnózis valószínűsítéséig. Az objektív beszédelemzések eredményei már a kezdetekben jelezték, hogy a panaszok megalapozottak, az ismételt vizsgálatsorozat pedig hozzájárult a betegség azonosításához. A fonetikai eredmények egyértelműen és objektív értékekkel támasztották alá a diagnózist. Nemesgyzer előfordul, hogy az ismert kórképek eltérő mintázatokban jelennek meg, és ez a differenciáldiagnosztikát nagyon megnehezíti (SZIRMAI 2002). Az atipikus beszédjelenségek sok szempontú elemzése segít a ritkább vagy szokatlanabb formában előforduló kórképek azonosításában.

Az afázia a magasabb agyi integráló tevékenység zavara a nyelv és a beszéd területén; az agy bizonyos területeinek sérülése, illetve megbetegedése következtében alakul ki (HORVÁTH 1996). A klinikai gyakorlatban különféle vizsgálatokkal sem mindig lehet megbízhatóan eldönteni az afázia típusát (HORVÁTH 2001). Az agyi betegségek felszíni tünetei és az elvégzett diagnosztizálás eredményeinek látszólagos ellentmondásával szembesültek az 1970-es évek végétől egy amerikai neurológiai klinikán. A betegeknek nem voltak megelőző agyi történései, és a tüneteik sem demenciát, sem hasonló betegségeket nem igazoltak (MESULAM 2007). Felmerült egy új típusú afázia lehetősége; és a kutatás nyomán kiderült, hogy a betegség első leírását már 1893-ban publikálták (SÉRIEUX tanulmánya).

A tünetek jellegzetesen sokfélék; a betegek között voltak folyamatosan és nem folyamatosan beszélők, és olyanok is, akiknél a folyamatosság időszakosan változott. 2007-től ezt a nehezen azonosítható afázia típusú betegséget elsődleges progresszív afáziának nevezték el (*primary progressive aphasia*). Az elsődleges progresszív afáziát – a jelen ismeretek szerint – a bal féltéke frontális és/vagy temporális területének degeneratív folyamatai okozzák; általában 65 éves kor előtt alakul ki. A kezdetekben három típust különítettek el: (i) agrammatikus, nem fluens, (ii) szemantikus és (iii) időszakosan nem fluens, úgynevezett *logopenic* típust (ez utóbbi szó az angolban nem értelmes szó, neologizmus: MESULAM 2007, S9). A *logopenic* típusra az izolált szavak előhívásának nehézsége, kifejezések és mondatok ismétlésének nehezítettsége jellemző, továbbá három vagy több az alábbiak közül: ejtész hibák, megőrzött motoros beszédkivitelezés, az izolált szavak hibátlan megértése, jó tárgyfelismerés, az agrammatizmus hiánya (GORNO-TEMPINI et al. 2011). A tapasztalatok szerint az első két évben a nyelv és a beszéd bizonyos zavarain túl általában semmilyen más kognitív vagy viselkedést érintő zavarral nem jár (KERTESZ–MUNOZ 1997; GROSSMAN–ASH 2004).

Úgy gondoljuk, hogy az elsődleges progresszív afázia diagnosztizálásához a beszédelemzések eredményei nyújthatnak új lehetőségeket. Ismereteink szerint olyan magyar anyanyelvű betegről nem történt publikáció, ami megfelelt volna az elsődleges progresszív afáziának. A jelen kutatás egy esettanulmányon alapszik, amely számos tekintetben hozzájárulhat ennek a betegségnek a jobb megismeréséhez. Korábbi tanulmányunkban egy elsődleges progresszív afáziában szenvedő betegnek a mondatismétlési és olvasási sajátosságait mutattuk be (GÓSY–GYARMATHY 2013). Jelen munkánkban ugyanezen beteg beszédének a részletes akusztikai-fonetikai elemzéseit végeztük el a spontán beszéd

különbéféle típusaival kiegészítve. A beteg egyértelmű diagnózisát klinikailag az első tünetek megjelenése után csaknem három évvel igazolták.

Vizsgálatsorozatunk célja a beteg beszédzavarának fonetikai elemzése volt, és az objektív adatok értelmezése a kórkép lehetséges altípusaiban. Hipotézisünk szerint adatközlőnk a *logopenic*nek nevezett afázia típusba sorolható. Ha a hipotézisünk igazolható, akkor adataink jelentős mértékben elősegíthetik a kórkép egyértelmű azonosítását betegünkénél. Ez hozzájárulhat a nyelvspecifikus logopédiai terápia kialakításához is.

Kísérleti személy, anyag, módszer

Adatközlőnk jelenleg 59 éves, diplomás nőbeteg (beszédének rögzítéséhez, elemzéséhez, adatainak ismertetéséhez a publikációkban írásban hozzájárult). Saját megfigyelése szerint beszéde vizsgálatainkat megelőzően két évvel kezdett megváltozni. Először angol nyelven érzekelte a problémát (munkájához rendszeresen használta az angolt): egyre gyakrabban fordult elő, hogy nem jutottak eszébe szavak, kiejtése megváltozott, nehezen formálta az angol beszédhangokat. Később magyar anyanyelvén is jelentkeztek a tünetek: nem jutottak eszébe szavak, kiejtése megváltozott, sokat hibázott, hangja rekedtes lett és mélyült, beszéde monotonabb és lassabb lett. Elmondása szerint beszéde folyamatosan romlik, írásban, olvasásban azonban nem jelentkeztek ezek a tünetek (egy évvel később már ezekben is tapasztaltunk változást). Általános egészségi állapotára vonatkozó panasza nincsen. Aktív életmódot folytat, rendszeres testmozgást végez.

Az adatközlő 2009-től számos orvosi, pszichológiai és logopédiai vizsgálaton esett át, ezek egyike sem adott magyarázatot a megváltozott beszédre. Az első diagnózis 2010 júniusában született, amely szerint a diszprozódia háttérében szorongás áll. Mivel a beteg panaszai súlyosbodtak, 2011-ben és 2012-ben újabb vizsgálatok következtek. Ezek eredménye szerint a beteg beszédében az absztrakció, a kategorizáció megtartott, a szövegértés, az ismétlés, az olvasás és az írás nem mutatott eltérést a normáltól; a pszichés funkciók, a memória, a gondolkodás és a számterjedelem ép, IQ-értéke 119. A koponya MRI góccokat jelzett a jobb hátsó frontális területen, baloldalon a trigonum fölött, ezek azonban ismét nem adtak magyarázatot a beszédzavarra. Demencia, anómia nem volt kimutatható. Diagnózisai között szerepelt a motoros afázia, amelyet a vizsgálati eredmények alapján megkérdőjeleztek, majd elvetettek. 2011-ben pajzsmirigybetegséget diagnosztizáltak a betegnél, amelyet kezeltek is, de ez sem befolyásolja a beszédzavart. A klinikai diagnózis 2012-ben dysarthriát (a beszédmozgások koordinációs kivitelezésének zavara), és anarthriát (a szavak tagolt kiejtésének hiánya, a beszédmozgásokért felelős motoros képesség elvesztése) állapított meg; ezek azonban szintén nem magyarázzák a beszédének összes atipikus jelenségét.

Adatközlőnk azzal a céllal érkezett intézetünkbe, hogy a klinikai diagnózis kiegészítéseként elkészítsük (2011 őszén) az akkor már jól hallható beszédzavarának akusztikai-fonetikai elemzését. Negyedévente, összesen három alkalommal rögzítettük adatközlőnkkel a BEA-protokollt (Gósy 2012). Az első felvétel 2011 júniusában, a harmadik több mint fél év elteltével, 2012 januárjában készült. A hangfelvételek közül a jelen tanulmányban az első és a harmadik felvétel eredményeit ismertetjük, a közöttük eltelt idő jó rálátást enged az objektív beszédatadatok változására. A BEA-protokollból négy beszéd típust elemeztünk: a mondatismétléseket és szövegfelolvasást, valamint a spontán narratívát és a történet-visszamondásokat. Adatközlőnknek az első részben 25 változatos grammatikai szerkezettel, szórenddel és koartikulációs szabályokkal rendelkező

egyszerű és összetett mondatot kellett megismételnie; a felolvasás során pedig egy 234 szóból álló tudománynpszerűsítő cikket felolvasnia. A spontán narratívában az adatközlő a kísérletvezető kérdései alapján önmagáról, családjáról, munkájáról, betegségéről beszélt; a történetmondás során két különböző témájú, magnetofonról elhangzott szöveget kellett saját szavaival visszamondania. A hangfelvételek időtartama összesen 25,6 perc volt (felvételenként 12,8 perc).

Az akusztikai elemzésekhez a hanganyagot a Praat 5.1 szoftverrel (BOERSMA–WEENINK 2010) annotáltuk. Vizsgáltuk az alaphangmagasságot, a zöngeminőséget (jitter, shimmer, jel/zaj viszony), a glottalizáció mértékét, az artikulációs tempót, a kitöltött szünetek előfordulását és az ejtéshibákat. A beszélő zöngeminőségének paraméterei közül a jitter értéket százalékban adják meg, ami arra utal, hogy milyen a hangszalagrezgések frekvenciaingadozásának mértéke. Minél alacsonyabb ez az érték, annál jobb a zöngeminőség. A hangszalagrezgések amplitúdóingadozásának mértékét a shimmer fejezi ki; minél kisebb a százalékban megadott érték, annál jobb a zöngeminőség. A zöngé és a levegőáramlási zörej arányát jellemzi a jel/zaj viszony (dB-ben kifejezve). Minél nagyobb a jel/zaj viszony értéke, annál tisztább a primér hang, vagyis a zöngéhang annál kevesebb zörejelemet (ill. súrlódó levegőt) tartalmaz. Glottalizáció esetén a zöngé képzése irreguláris rezgéseket tartalmaz; ez a percepció számára rekedtes hangként észlelhető. Az irreguláris zöngé átfogó meghatározás, amely a primér hang többféle típusát tartalmazza (MARKÓ 2012). A glottalizáció mértéke nagymértékben függ a beszélőtől, annak életkorától, egészségi állapotától, pszichés és számos egyéb tényezőtől (SLIFKA 2006).

Az alaphangmagasságot automatikusan mértük ki úgy, hogy a programmal beszédszakaszonként (két néma szünet által határolt szakasz) minden 10 ms-ban kiírtattuk az F_0 -átlagot, folyamatos auditív és vizuális ellenőrzés mellett. A kapott értékek közül kiszűrtük a mérési hibából adódó kiugró szélső értékeket, majd meghatároztuk az adott szakasz teljes időtartamára számolható alaphangmagasság-átlagot. A jitter és a shimmer, valamint a jel/zaj viszony meghatározásához hasonló elven működő automatikus mérést alkalmaztunk. A glottalizáció mértékét szótagszinten határoztuk meg, mondatonként, illetve beszédszakaszonként úgy, hogy a glottalizált szótagok számát elosztottuk az adott szakasz teljes szótagszámával. Az adatok statisztikai elemzését ismétléses varianciaelemzéssel 95%-os konfidenciatszinten, az SPSS 13.0-as szoftverrel végeztük.

Eredmények

Kiindulásul elemeztük az egyes beszédmódok hangfelvételeinek időtartamát. A mondatismétlések időtartama az első felvételnél átlagosan 4,6 mp, fél évvel később pedig 4,9 mp (a mondat megismételéseinek időkülönbségei statisztikailag nem szignifikánsak). A tudománynpszerűsítő cikk felolvasása első alkalommal 3 perc 4 másodpercet vett igénybe, fél évvel később 3 perc 20 másodpercet. A spontán szövegek létrehozásakor a beszélő beszédideje a beszédmód függvényében változott. A spontán narratíva időtartama csökkent: az első felvételnél 5,1 perc, fél évvel később már csak 3,9 perc volt. Ez arra utal, hogy csökkent a beszélő beszédkedve, többször említette is: „*Nem szeretek beszélni*”. A történet-visszamondás esetében ennek éppen az ellenkezőjét tapasztaltuk: az első felvételnél képest (2,7 perc) majdnem egy perccel hosszabb lett a visszamondás fél év múlva (3,5 perc). A beszélő ugyanis már nehezebben volt képes az elhangzottak összefoglalására, mint az első alkalommal.

A mondatismétléseknél az átlagos alaphangmagasság (F_0) értékében gyakorlatilag nem volt különbség: az első felvételen 175 Hz, fél év múlva 176 Hz volt. A felolvasásban azonban egyértelmű F_0 -növekedés volt kimutatható az idő előrehaladtával [ismétléses varianciaanalízis: $F(1) = 216,303$, $p = 0,001$, a parciális együttható: 0,550]. Az első felvételkor az átlagos alaphangmagasság 177 Hz volt, hat hónappal később 195 Hz. Az átlagos alaphangmagasság a spontán beszédmódokban is emelkedést mutatott: a narratívákban az első felvételen 160 Hz, a későbbin már 182 Hz volt. A különbséget a statisztikai elemzés is igazolta [$F(1) = 25,400$, $p = 0,001$, a parciális együttható: 0,171]. A történetek visszamondásakor az átlagos F_0 az első alkalommal szintén 160 Hz, fél év elteltével valamivel magasabb, 176 Hz (az ingadozás itt volt a legnagyobb mértékű). A különbség az F_0 értékében statisztikailag szignifikáns [$F(1) = 6,079$, $p = 0,016$, a parciális együttható: 0,089]. Az alaphangmagasság értéke tehát – a mondatismétlés kivételével – emelkedő tendenciát mutat az idő előrehaladtával. Ez az objektív adat látszólag ellentmond a beszélő azon szubjektív benyomásának, hogy a beszédhangját egyre mélyebbnek érzi. Egyrészt az alaphangmagasság emelkedését pszichés tényezők is előidézhetik; szorongás esetén az izmok jobban megfeszülnek, a gége összenyomódik és megemelkedik, másrészt a 10-20 Hz-es átlagos növekedés szubjektíve kevésbé észlelhető.

A jitter átlagértéke a mondatismétléseknél az első felvételkor 2,44% (átl. eltérés: 0,49%), fél év elteltével pedig 3,29% (átl. elt.: 0,77%); az emelkedés rosszabbodásra utal. A statisztikai elemzés szignifikáns különbséget igazolt a felvételek függvényében [$F(1) = 24,530$, $p = 0,001$, a parciális együttható: 0,505]. A felolvasásban a jitter az első felvételben 3,58% (átl. elt.: 1,13%), mintegy hat hónappal később 3,37% (átl. elt.: 1,31%), itt nem tapasztalható romlás. A spontán narratívában az átlagérték az első felvételkor 3,61% (átl. elt.: 1,61%), fél évvel később 4,15% (átl. elt.: 1,73%). Ebben a beszédmódban a romlás ismét statisztikailag is igazolható [$F(1) = 5,208$, $p = 0,024$, a parciális együttható: 0,041]. A történet-visszamondásban az első felvételkor a jitter értéke 3,57% (átl. elt.: 1,70%), fél év elteltével 4,85% (átl. elt.: 1,47%), rosszabbodik, és a különbség statisztikailag is szignifikáns [$F(1) = 22,398$, $p = 0,001$, a parciális együttható: 0,256]. A hangszalagrezgések frekvenciaingadozásának mértéke tehát – a felolvasás kivételével – emelkedő tendenciát mutat. Ez azt jelenti, hogy a hangszalagrezgések frekvenciaingadozásának mértéke egyre nagyobb az idő előrehaladtával, vagyis ez a paraméter a zöngeminőség objektív romlását igazolja.

A hangszalagrezgések amplitúdóingadozásának mértéke, a shimmer a mondatismétléseknél az első felvételen átlagosan 10,58% (átl. elt.: 1,22%), fél év elteltével 12,09% (átl. elt.: 1,35%), a romlás szignifikáns [$F(1) = 27,087$, $p = 0,001$, a parciális együttható: 0,530]. A shimmer értéke a felolvasásokban kismértékű, de szignifikáns javulást mutat [$F(1) = 37,401$, $p = 0,024$, a parciális együttható: 0,078]. Az első felvételen 14,26% az átlagérték (átl. elt.: 1,96%), fél évvel később pedig 13,07% (átl. elt.: 3,45%). A spontán narratívában nincs eltérés a két felvétel között: az átlagérték 19,44% (átl. elt.: 4,83%), illetve 19,81% (átl. elt.: 3,98%). A történet-visszamondásokban ugyanakkor ismét romlás volt tapasztalható, bár a különbség statisztikailag nem szignifikáns. Az első felvételkor az átlagérték 18,59% (átl. elt.: 4,88%); fél évvel később 20,21% (átl. elt.: 4,13%). A spontán beszédmódokban a zöngeminőségnek ez a paramétere nem változott az idő előrehaladtával, az értékek azonban rosszabbak, mint a mondatismétlésben és a felolvasásban.

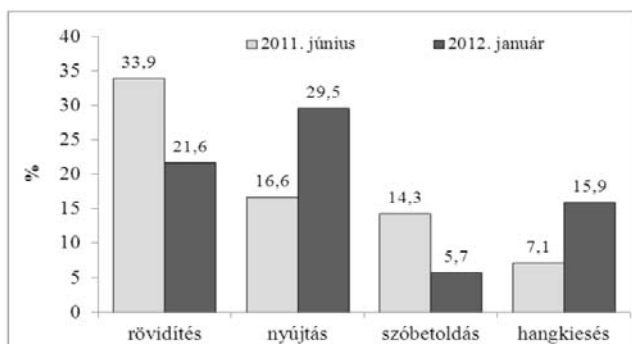
A mondatisméltéléseknél a jel/zaj viszony átlagértéke az első felvételen 12,1 dB (átl. elt.: 1,1 dB), fél évvel később nagymértékű romlást tapasztaltunk, a zörejelemek aránya erősen megnövekedett, így a jel/zaj viszony átlagértéke jelentősen csökkent, 9,8 dB-re (átl. elt.: 1,3 dB). A különbség szignifikáns [$F(1) = 39,757$, $p = 0,001$, a parciális együtttható: 0,624]. A felolvasás zörejkomponenseinek aránya az első felvételen átlagosan 11,8 dB (átl. elt.: 2,3 dB), fél év elteltével a zörejelemek aránya itt is növekedett, a jel/zaj viszony átlagértéke csökkent, 8,5 dB (átl. elt.: 2,9 dB), a különbség azonban statisztikailag nem szignifikáns. A spontán narratívákban az első alkalommal 10,3 dB a jel/zaj átlagértéke (átl. elt.: 2,3 dB), ez hat hónap alatt jelentősen csökkent (8,4, átl. elt.: 2,2 dB), vagyis a zöngeminőség zörejesebb lett. A különbség statisztikailag is szignifikáns [$F(1) = 38,249$, $p = 0,001$, a parciális együtttható: 0,237]. A történetmondásban is hasonló csökkenő tendenciát tapasztaltunk. Első alkalommal 9,8 dB volt az átlag, (átl. elt.: 2,9 dB), fél év elteltével 7,3 dB (átl. elt.: 2,2 dB), a különbség statisztikailag szignifikáns [$F(1) = 35,270$, $p = 0,001$, a parciális együtttható: 0,366]. A jel/zaj viszony értékében hathónapnyi időkülönbség szignifikáns csökkenést eredményezett a felolvasás kivételével minden beszédmódban. Ez a mutató is a spontán beszédmódokban volt a legrosszabb.

Magyar beszédre vonatkozó kutatás szerint idősebb nők glottalizált szótagjainak aránya (az összes ejtett szótaghoz viszonyítva) közel 30% spontán beszédben és néhány százalékkal kevesebb felolvasásban (MARKÓ 2012). Adatközlőnk glottalizált szótagjainak előfordulását ehhez az értékhez is viszonyítottuk. A mondatisméltélések esetében növekvő mértékben fordultak elő glottalizált beszédrészletek. Az így ejtett szótagok aránya az első felvételen 17,61%, fél év elteltével ennek több mint a kétszerese, 41,16%. Ez adatközlőnk beszédének erőteljesen rekedtes színezetet adott. A glottalizált szótagok aránya az összes szótaghoz viszonyítva a felolvasásban az első alkalommal 17,52% volt, fél évvel később az arány jelentősen megnövekedett; az összes szótag 54,67%-a irreguláris zöngével valósult meg. A spontán narratívában az első alkalommal a glottalizált szótagok aránya 21%, az átlag fél évvel később is hasonló volt, 18,6%. A történetmondáskor első alkalommal az összes ejtett szótag 14,33%-a valósult meg irreguláris zöngével, míg fél év elteltével a glottalizáció a szótagok közel felét, 43,07%-át érintette. Adatközlőnk zöngképzése egyre szabálytalanabbá vált. Mivel ennek hátterében nem igazoltak organikus okot fül-orr-gégészeti vizsgálat alapján, az ok feltehetően a vezérlés, a tudatos koordináció nehézségében keresendő. Megállapíthatjuk, hogy valamennyi zöngeparaméter kisebb-nagyobb mértékben elmarad a tipikus beszédre jellemző értékektől, és jellegzetes romlást mutat a két felvétel között.

A mondatisméltélésekben mért beszédtempó lassulást mutat. Az eredmények az eltelt idő függvényében szignifikáns különbséget igazoltak [$F(1) = 20,086$, $p = 0,001$, parciális együtttható: 0,456]. Az első felvétel átlagos tempója 10,8 hang/s, a fél évvel későbbi 9,9 hang/s volt. A felolvasásban adatolt átlagos artikulációs tempó is kismértékben csökkent. Az első alkalommal a beteg átlagosan 110 szót olvasott fel percenként, a következő alkalommal 96 szó/perc volt a felolvasás tempója. A spontán narratívában a beszédszakaszokra meghatározott átlagos artikulációs tempó első alkalommal 12,2 hang/s; ez fél évvel később 10,1 hang/s-ra csökkent, az eltérés statisztikailag szignifikáns [$F(1) = 47,218$, $p = 0,001$, parciális együtttható: 0,288]. A történetmondásban is megfigyelhető az artikulációs tempó csökkenése. Az első felvételen az átlag 10,7 hang/s, hat hónappal később már csak 9,1 hang/s (átl. elt.: 1,9, ill. 1,3 hang/s), a lassulás mértéke itt is statisztikailag szignifikáns [$F(1) = 23,201$, $p = 0,001$, parciális együtttható: 0,266]. A közlések

artikulációs megvalósításának súlyosbodása miatt a beszélő egyre lassabban képes kifejezni magát.

Minthogy az adatközlő többször említi, hogy „hibásan” beszél, illetve nem tudja jól formálni a hangokat, ezért valamennyi beszédmódban elemeztük a hangképzéssel és beszédképzéssel kapcsolatos hibáit, amelyeket a továbbiakban – azok sajátosságaitól függetlenül – „ejtészhibáknak” nevezünk. A sokféle és gyakori ejtészhiba miatt az adatközlő beszéde a hallgató számára olyan, mint amikor valaki akcentussal beszél a magyar nyelvet. Adatközlőnk az első felvételnél a mondatismétlések során 29,2 db hibát ejtett percenként, fél év elteltével jóval többet, 42,5 darabot. A leggyakoribbak a nyújtások, a rövidítések, a szóbetoldások és a hangkiesések voltak (1. ábra), ezek eredményezték a hibák mintegy 70%-át. Egy vagy néhány alkalommal adatoltuk a következő hibákat: téves kezdés (*speti /szünet/ specialítása*), hangbetoldás (*vulkánkitörés* helyett *vulkán-~~kitörés~~*), perszeveráció (*buszbaleset* helyett *buszbalaset*), anticipáció (*tűlzásba* helyett *tűlzasha*), szünet a szóban (*special /szünet/ itása*), szókihagyás (egy-egy mondatvégi, illetve mondat eleji szó ismétlésének képtelensége), zöngésítés (pl. *betegség betegség* helyett), zöngétlenítés (*galériából* helyett *kalériából*). Szócserek (pl. *vidéki galériából* helyett *külföldi galériából*) és grammatikai változtatások (*akció során* helyett *akciónál*) is előfordultak a mondatok visszamondása során. Ez utóbbiak feltételezhető oka, hogy a beteg a kiejtésre igyekszik minden figyelmét fordítani, így nem mindig rögzül pontosan a hallott mondat. A kontextushatással nem magyarázható beszédhangcserék valószínűleg nem nyelvbtlások (*kirándulni* helyett *kirándulnyi* vagy *tilos* helyett *tilas*), hanem a specifikus beszédprobléma megjelenési formái. A koartikuláció elmaradása (pl. *sérültjeinek* vagy *buszbaleset* esetében) szintén a beszédzavar tüneteként értelmezhető. Az artikulációs gesztusok szabályozásának átmeneti blokkolódása időnként értelmetlen hangsorok ejtését eredményezte, például az *alakultak* szó ismétlésekor az alábbi hangsorokat produkálta: *alkala* (szünet) *kaagut* (a betűkettőzés a nyújtást jelzi).

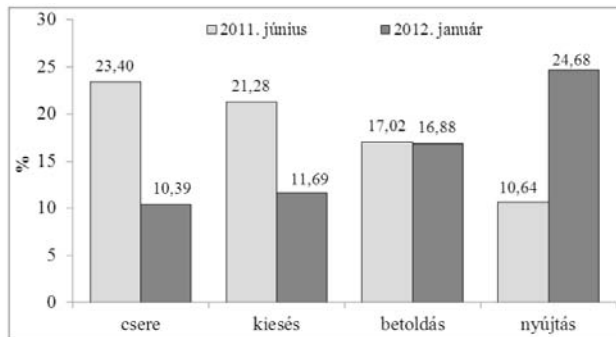


1. ábra. Ejtészhibák arányai mondatok ismétlésekor

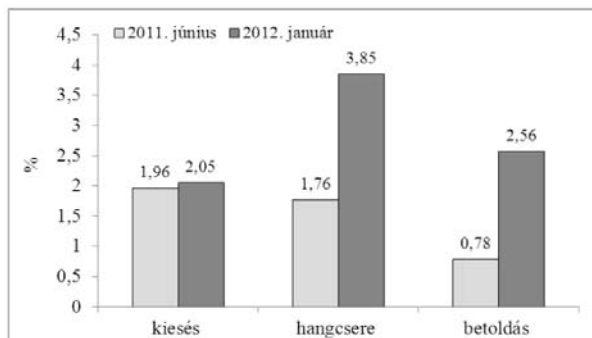
A négy leggyakoribb hibajelenségnek az előfordulása jellegzetes eltéréseket mutat az egyes felvételekben. Az első mondatismétlés-sorozatra jellemző volt a beszédhangok feltűnően rövidített ejtése (pl. *vádlot* a *vádlott* helyett, *mikorra* helyett *mikora*, *így* az *így* helyett, avagy a legelső nyelvállású magánhangzó rövid időtartamban), a hangkiesés ugyanakkor (pl. *szerencsétlenül* a *szerencsétlenül* helyett) elenyésző mértékben jelentkezett. Fél évvel később a nyújtást adatoltuk a legnagyobb arányban, a szóbetoldás elenyésző mértékű volt. Ezek az eltérések eléggé szabályosnak tűnnek: ahogy az

adatközlő beszédprodukcója romlik, úgy a rövidítést gyakoriságban felváltja a nyújtás, utalva a fokozott időnyerési szükségletre. A beszédhangoknak a kívántnál rövidebb ejtése és a hangkiesés továbbra is jellemzően előfordul. Ugyanezeknek a mondatoknak a hibátlan ismétlése fiatal beszélőknél 84%-os, időseknél pedig 66%-os volt átlagosan (NEUBERGER 2010). Adatközlőnk hibátlan ismétléseinek átlaga mindkét felvételben csupán 8%-os.

A felolvasásban is nőtt a hibák gyakorisága az idő elteltével, bár a statisztikai elemzések ebben nem igazoltak szignifikáns különbséget. Az első alkalommal percenként 15,31 hiba, az utolsó felvételen percenként 23,32 hiba fordult elő. A felolvasás leggyakoribb hibajelenségei a csere (*a szakhatóságok elmúlt években dégzett pizsgálatai*, helyesen: *végzett vizsgálatai*), a kiesés (pl. *növényvédő szerekbő* vagy *visszamara* – hiányzó szóvégi *l* és hosszú *tt* mássalhangzó), a betoldás (pl. *az elmúlt években; piacokban kapható zöldségek*) és a nyújtás voltak. Az első kettő előfordulási gyakorisága csökkent, a nyújtás pedig erőteljes növekedést mutat az első felvétel adataihoz képest. A betoldás esetében nem volt jelentős különbség (*2. ábra*). Adatközlőnk esetében a cserék nem konzekvensek. Felolvasását az olyan magánhangzócserek is jellemzik, amikor a két hang írásképe tér el egymástól az ékezetben (pl. *a-á, e-é, u-ü*), az ejtésben azonban több jegyben is különböznek (*immünrendszeri* az *immunrendszeri* helyett, *szezonális* a *szezonális* helyett). A beszélő felolvasás közbeni hibázásai is azt igazolják, hogy az artikuláció egyre neheztettebbé válik, ejtésének időzítése egyre jobban felbomlik.



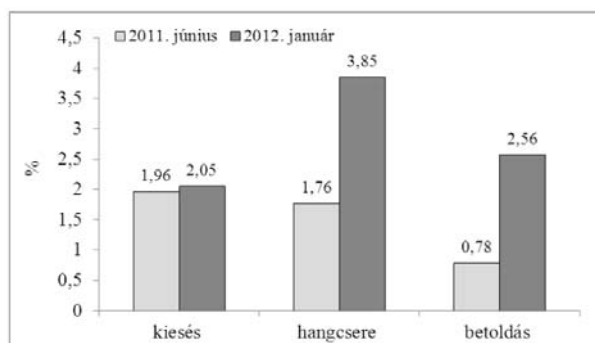
2. ábra. Ejtéshibák arányai felolvasáskor



3. ábra. A leggyakoribb ejtéshibák aránya a spontán narratívában

A spontán narratívában kevesebb az ejtéshibák percenkénti gyakorisága, mint az előbb elemzett két beszédmódban, de az ejtéshibák száma hat hónap elteltével itt is növekedést mutat (8,04 db/perc, illetve 13,59 db/perc). A spontán közlésekben az első felvételen a kiesés volt a leggyakoribb, hat hónappal később a hangcsere. A hangcserek és betoldások percenkénti gyakorisága többszörösére nőtt az adatközlő beszédében fél év leforgása alatt (3. ábra), például: *meg egy évig felépítőtek* [a szándékolt szó: *felépítőtéki*], *gazdasági* [a szándékolt szó: *gazdasági*].

A történetmondásban jóval több ejtéshibát adatoltunk egy perc alatt, mint a narratívában. Az első felvételnél képest (itt az átlag 18,89 db/perc) a hónapok múlásával kissé csökkent a hibák gyakorisága ebben a beszédmódban, az átlag 16,29 db/perc. Az egyes típusok percenkénti gyakorisága nem változott, feltételezhetően azért, mert már az első felvételen is gyakori volt az ejtésprobléma a történetmondásban. A leggyakoribb jelenség mindkét felvételen a hangcsere volt, például: *és a kanadói* [szándékolt: *kanadai*]. A kiesés (pl. *mi volt a kísérle* [szándékolt: *kísérleti*]) és a betoldás (pl. *Székesfehérvárt* [szándékolt: *Székesfehérvárt*]) ritkábban fordult elő (4. ábra).



4. ábra. A leggyakoribb ejtéshibák aránya a spontán narratívában

A kitöltött szünet (más szavakkal: *ő-zés*, *hezitálás*) elemzése a beszédtervezési, önmonitorozási és önellenőrzési folyamatokról nyújt információt. Ez a leggyakoribb megakadási jelenség a folyamatos beszédben a tipikus beszélőknél is, akiknél átlagosan 3,8 fordul elő percenként (HORVÁTH 2010). A kitöltött szünetek percenkénti gyakorisága extrém értékeket mutat adatközlőnk spontán beszédében (első felvételnél: 13,3 db/perc, fél évvel később: 11,8 db/perc), vagyis 4-5-ször gyakrabban produkál kitöltött szünetet, mint az egészséges beszélők. A történetmondásban még gyakoribb a jelenség előfordulása (első felvétel: 18,8 db/perc, fél év elteltével: 15,1 db/perc). Hezitálásainak majdnem 90%-a tapad a szóhoz beszédtypustól függetlenül. Mindezek arra utalnak, hogy a beszélő nemcsak a tervezési, önellenőrzési folyamatok működtetéséhez szükséges időnyerés céljából, hanem artikulációs nehézségei miatt is használja a kitöltött szüneteket. Az *ő*-féle magánhangzóként realizálódó hezitálások időtartama nem változott szignifikáns mértékben az idő előrehaladtával, noha növekvő tendencia volt kimutatható. A spontán beszédben az átlagos időtartamuk 277 ms az első, és 313 ms a hat hónappal későbbi felvételen. Ezek az átlagos időtartamok nem különböznek nagymértékben a tipikus beszélőkre meghatározott átlagos 320 ms-tól (HORVÁTH 2010). A történetmondásban az *ő*-ként megvalósuló kitöltött szünetek átlagos időtartama az első alkalommal 287 ms, hat hónappal elteltével sem változott lényegesen, az érték 303 ms

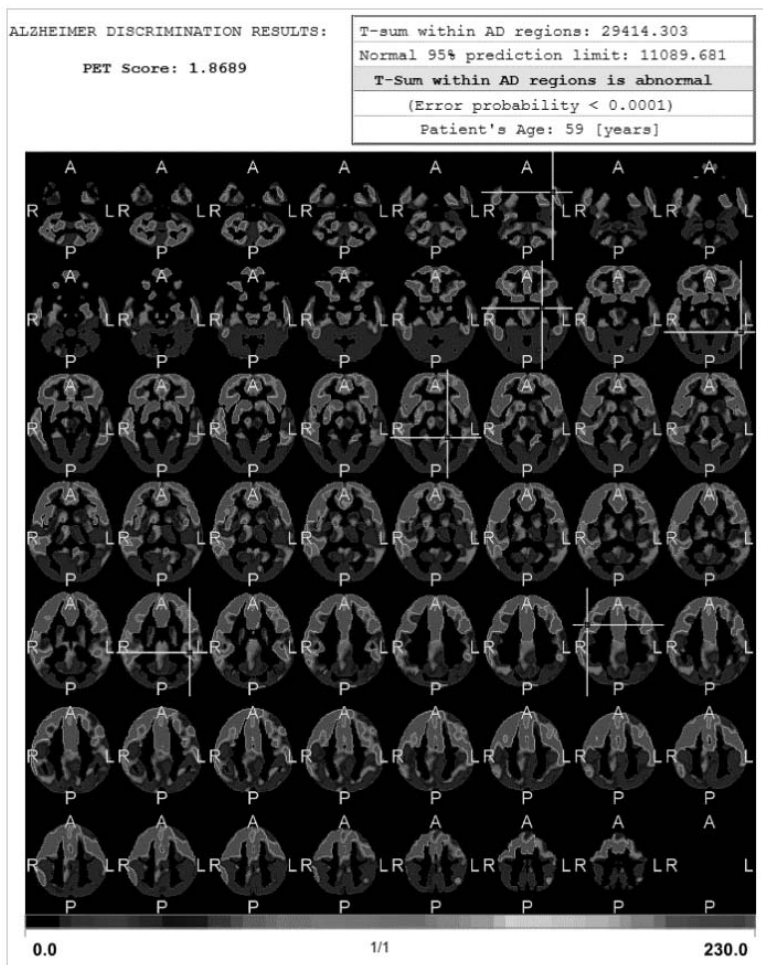
volt. Adatközlőnk beszédére tehát a kitöltött szünetek gyakorisága és nem a megnövekedett időtartama a jellemző.

Következtetések

Kutatásunkban egy női beszélő beszédének akusztikai-fonetikai elemzését végeztük el saját, illetve neurológus szakorvosa kérésére. Az adatközlő jelentős romlásról számolt be saját beszédével kapcsolatban az artikuláció, a hangminőség és a folyamatos beszéd szempontjából. Adatközlőnk beszéde számos vizsgált paraméterben romlást mutat az első és a fél évvel későbbi állapothoz képest; vagyis a beteg szubjektív benyomását és panaszait az objektív fonetikai adatok alátámasztották. Az idő előrehaladtával romlott a zöngeminőség; a hangszalagrezgések frekvenciaingadozásának mértéke (jitter) és a jel/zaj viszony is jelentős, matematikailag igazolt változást mutatott. Az artikulációs tempó nagymértékben csökkent a beszédmódtól függetlenül; ez arra utal, hogy a beszélőnek egyre nagyobb nehézséget okoz a közlések artikulációs kivitelezése, amit az ejtéshibák nagy aránya is alátámaszt. Hat hónap alatt a hangcserék és a hangbetoldások jóval gyakoribbakká váltak a spontán közlésekben. A beszédminőség romlása miatti szorongás – amelyet a beszélő számos alkalommal megfogalmazott – eredményezte az alaphangmagasság növekedését és a beszédidő rövidülését. A beszédmód, illetve a beszédfeladat nehézsége is meghatározó a beszéd minőségét tekintve. A történetmondás nehéz volt a beteg számára (egyszeri hallás alapján visszamondandó történelmi anekdota és ismeretterjesztő szöveg, emlékezés a történetstruktúrára, a tulajdonnevekre, a ritkábban használt kifejezésekre, szakszavakra, mindezek kiejtése stb.), amit számos mért tényező igazolt.

A fonetikai elemzések eredménye megerősítette azt a hipotézisünket, hogy adatközlőnk diagnózisa az elsődleges progresszív afázia *logopenic* típusa. Ezt az orvosi diagnózis egy évvel később megerősítette a 2013 tavaszán elvégzett PET/CT-vizsgálattal. A PET/CT olyan kombinált diagnosztikai képalkotó eljárás, amely a test anatómiájáról strukturális információt szolgáltató hagyományos komputertomográfot (CT) a testben zajló kémiai folyamatokról funkcionális információ szolgáltatására képes molekuláris képalkotó eljárással kombinálja (pozitronemissziós tomográfia, PET). A PET/CT-eredménye szerint az adatközlő esetében az agyi FDG-felvétel mindkét oldalon frontálisan és a törzsdúcok területén, jobb oldali dominanciával, jelentősen elmarad az életkornak megfelelőől. Emellett a temporális lebeny csúcsán, baloldalon észlelhető elmaradás (5. ábra).

A beszéd komplex jelenség, vizsgálata több tudományszak és gyakorlati terület feladata. Ezért a hallható devianciák, a beszélő panaszai a beszéd azonnali, objektív elemzését teszik szükségessé. A PPA kórképeiben az első két év kritikus a diagnózis, illetve a mielőbbi, elsősorban logopédiai terápia kijelölése és megkezdése szempontjából. Ehhez nyújthat segítséget az objektív fonetikai elemzés.



5. ábra. A beteg PET/CT felvétele

Irodalom

- BOERSMA, P. – WEENINK, D. (2010): *Praat: doing phonetics by computer* (version 5.1). <http://www.praat.org/> (A letöltés ideje: 2011. március 5.).
- GORNO-TEMPINI, M. L. – HILLIS, A. E. – WEINTRAUB, S. – KERTESZ, A. – MENDEZ, M. CAPPA, S. F. – OGAR, J. M. – ROHRER, J. D. – BLACK, S. – BOEVE, B. F. – MANES, F. DRONKERS, N. F. – VANDENBERGHE, R. – RASCOVSKY, K. – PATTERSON, K. – MILLER, B. L. – KNOPMAN, D. S. – HODGES, J. R. – MESULAM, M. M. – GROSSMAN, M. (2011): Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 15, 1006–1014.
- GÓSY M. (2012): Multifunkcionális beszélt nyelvi adatbázis – BEA. 2012. *Általános Nyelvészeti Tanulmányok XXIV. Nyelvtechnológiai kutatások*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 329–349.
- GÓSY M. – GYARMATHY D. (2013): A progresszív afázia akusztikai-fonetikai vonatkozásai (esettanulmány). *Beszédkutatás 2013*. 173–194.

- GROSSMAN, M. – ASH, S. (2004): Primary progressive aphasia: a review. *Neurocase*, 10, 3–18.
- HORVÁTH M. SZ. (1996): *Neurofoniátria. A beszédfejlődés és a beszéd zavarai*. Animal-Med Kft., Budapest.
- HORVÁTH SZ. (szerk.) (2001): *A kommunikáció fejlődése és idegi eredetű zavarai*. Animal-Med Kft., Budapest.
- HORVÁTH V. (2010): Filled pauses in Hungarian: their phonetic form and function. *Acta Linguistica Hungarica*, 57, 288–306.
- KERTESZ, A. – MUNOZ, D. G. (1997): Primary progressive aphasia. *Clinical Neuroscience*, 4, 95–102.
- MARKÓ A. (2012): Az irreguláris zöngé funkciói és gyakorisága olvasott és spontán beszédben. In GÓSY M. (szerk.): *Beszéd, adatbázis, kutatások*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 25–42.
- MESULAM, M.-M. (2007): Primary progressive aphasia – A 25-year retrospective. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 21, 8–11.
- NEUBERGER T. (2010): Mondatészlelési sajátosságok fiatal- és időskorban. In GECSŐ T. – SÁRDI Cs. (szerk.): *Új módszerek az alkalmazott nyelvészeti kutatásban*. Kodolányi János Főiskola – Tinta Könyvkiadó, Székesfehérvár–Budapest. 220–225.
- SÉRIEUX, P. (1893): Sur un cas de surdité verbale pure. *Revue de Médecine*, 13, 733–750.
- SLIFKA, J. (2006): Some physiological correlates to regular and irregular phonation at the end of an utterance. *Journal of Voice*, 20, 171–186.
- SZIRMAI I. (2002): A kognitív zavarok neurológiai alapjai. In TARISKA P. (szerk.): *Kortünet vagy kórtünet? Mentális zavarok az időskorban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 87–114.



ELTE READER

www.eltereader.hu

Olvass. Tanulj. Vidd magaddal.

Az ELTE Reader az Eötvös Loránd Tudományegyetemhez kötődő elektronikus kiadványok és dokumentumok egyre bővülő gyűjteménye, melyben az oktatáshoz, kutatói és tudományos munkához, valamint az egyetemi élethez kapcsolódó publikációk és segédanyagok egyaránt megtalálhatók.

Az olvasnivalókat táblagépen, telefonján is magával viheti. Az alkalmazások ingyenesen letölthetők a Google Play (Android) és az App Store (iOS) szoftveráruházakból.



(C) ELTE Eötvös Kiadó Kft.

3 Kéz a kézben, együttműködés a dadogó gyermekek ellátásában Hódmezővásárhelyen

TÓTHNÉ ASZALAI ANETT (1) – MAJSAINÉ SZÉNÁSI TÍMEA (2)
aszanett@jgypk.u-szeged.hu, majsai.timea@gmail.com

Absztrakt

A Hódmezővásárhelyi Többcélú Kistérségi Társulás Kapcsolat Központ Pedagógiai és Szociális Szolgáltató Központ Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézményben (jelenleg a Csongrád Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Hódmezővásárhelyi Tagintézménye), valamint jogelőd intézményeiben 14 éve foglalkozunk dadogó gyermekek komplex logopédiai-pszichológiai ellátásával. A kezelés során a Komplex művészeti terápiát alkalmazzuk. A tanulmány a dadogó gyermekek terápiás modelljét mutatja be, különös tekintettel a szakemberek kompetenciáira és az együttműködés lehetőségeire. Ismertetjük a terápia területeit, eszközeit, a szülőkkel és a szakemberekkel történő munka lehetőségeit és nehézségeit.

Kulcsszavak: dadogás, együttműködés, logopédiai terápia, pszichológiai terápia, szülőcsoport

Bevezető

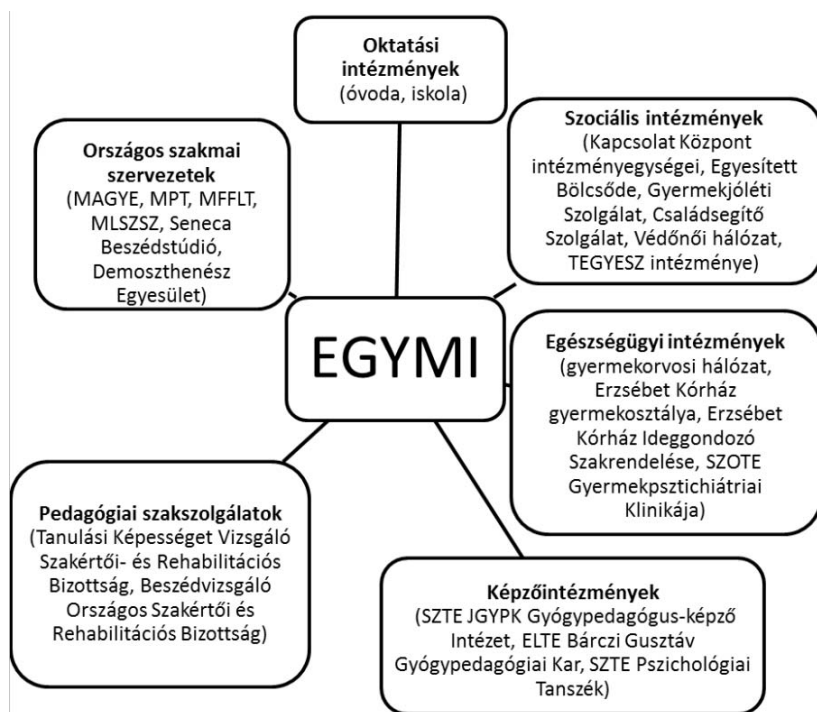
A dadogás multifaktoriális jelenség, számtalan különböző okkal és tünettel. Szűk értelmezésben „a dadogás a beszéd összerendezettségének zavara, mely a ritmus, ütem felbomlásában, a beszéd görcsös szaggatottságában jelentkezik (KANIZSAI 1995, idézi MÉREI-VINCZÉNE 1991: 6). Más megfogalmazásban „a dadogás olyan neurotikus tünetegyüttes részeként fogható fel, amely egyrészt az idegrendszerben öröklött, veleszületett vagy szerzett predispozíciót, másrészt a környezetből érkező, az énefejlődés kezdeti szakának krízishelyzeteiben bekövetkező, az egész személyiségfejlődésre kiható traumatikus élményt/élményeket tételez fel” (SCHMIDTNÉ BALÁS 1999: 283). Tágabb értelemben kommunikációs zavarként értelmezhető, ahol a tünetek, a zavar érinti a beszéd valamennyi megnyilvánulását, a kommunikáció minden szereplőjét. „A dadogás olyan kommunikációs zavar, olyan nehézség, amely a kapcsolatteremtés útjában áll.” (SCHMIDTNÉ BALÁS 2004: 55)

A dadogás kialakulásával foglalkozó kutatók feltételezése szerint a jelenség összetett, a háttérben több tényező is állhat, ezek közül meghatározó a nyelvi készségek zavara (megkésett beszédfejlődés, nyelvi gyengeség, fokozott introspekció), illetve a „kritikus” szülői magatartás (ambivalencia, teljesítménycentrikusság, magas elvárások) (LAJOS-LŐRIK 2002). A dadogás kialakulásában, a tünetek rögzülésében jelentős szerep jut a gyermek tágabb és szűkebb környezetének, ezért van nagy jelentősége az együttműködésnek a szakemberek, a család, az óvoda, iskola között.

A dadogás tehát nem pusztán a beszéd folyamatosságának a zavara, hanem egy összetett, logopédiai és pszichológiai elemeket is tartalmazó tünetegyüttes, amelynek kezelése csak együttműködve értelmezhető és kezelhető. Ezért mindkét szakember munkája nélkülözhetetlen, és a terápia minden részében meghatározott szerepe van. Ez a holisztikus szemlélet lehet az alapja a sikeres terápiának.

Az ellátás színtere, kapcsolati háló

A Hódmezővásárhelyi Többcélú Kistérségi Társulás Kapcsolat Központ Pedagógiai és Szociális Szolgáltató Központ Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Nevelési Tanácsadó¹ Hódmezővásárhely és térsége beszédhibás, beszédben akadályozott gyermekeinek ellátását végzi. A minőségirányítási program szerint a feladatok szak-szerű ellátása érdekében az intézmény közvetlen kapcsolatot épít és tart fenn a városi és térségi oktatási intézményekkel, szakmai szervezetekkel (HEGEDŰS és mtsai 2012). Az intézmény gazdag együttműködési rendszerét mutatja be az 1. ábra.



A dadogás kezelése speciális módszerekkel, eszközökkel történik, ezért az ellátás a városban ambuláns keretek között zajlik. Az oktatási intézményekkel, pedagógusokkal történő kapcsolatépítés és tartás tájékoztató kiadványok, előadások, továbbképzések, bemutató órák keretében valósul meg. A gyakorlati tapasztalatok szerint a pedagógusok továbbképzések résztvevőjeként számos ismerettel rendelkeznek a fogyatékos gyermekekről, azonban még keveset tudnak a beszédfogyatékosokról és a dadogó gyer-

1 Az intézmény jelenlegi neve Csongrád Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Hódmezővásárhelyi Tagintézménye.

mekekkel kapcsolatos segítő technikákról. Ezért tartjuk fontosnak a dadogó gyermekek pedagógusainak érzékenyítését, ismereteinek bővítését a dadogás folyamatáról, okairól, a tévhitekről, valamint segítő technikák megismerését és sajátélményű meg tapasztalását. A dadogás terápiája csak a társadalmi szemlélet formálásával, valamint óvodai és iskolai érzékenyítő programok szervezésével lehet eredményes.

A szociális intézményekkel való kapcsolattartás a közös szakmai programokban, szakmai teamek kialakításában, a családsegítésben, az érintett gyermekek logopédushoz történő irányításában valósul meg. Az egészségügyi intézményekben az orvosi szakvizsgálatok (audiológiai, fül-orr-gégészeti, szemészeti, pszichiátriai) és a diagnózis megállapítása történik. A dadogó gyermeknél szükség lehet gyógyszeres kezelésre és annak kontrollálására.

A térség pedagógiai szakszolgálataival és nevelési tanácsadóival (Szentés, Csongrád, Szeged), a Csongrád Megyei Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottsággal közös szakmai programok, továbbképzések és kutatások folynak.

Az országos szakmai szervezetek (Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, a Magyar Logopédusok Szakmai Szervezete, a Seneca Beszédstúdió, a Démoszthenész Egyesület, Magyar Pszichológiai Társaság) rendezvényei, konferenciái, szakmai eszmecsereék színhelyei logopédiai témákban is (Magyar Dadogás Konferencia, Budaörs; Kéz a kézben konferencia, Budaörs).

A képzőintézményekkel hagyományosan szoros a kapcsolat (SZTE JGYPK Gyógypedagógus-képző Intézet, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, SZTE Pszichológiai Tanszék), mely kiterjed a logopédus és pszichológus hallgatók gyakorlati oktatására, közös szakmai programok, konferenciák és továbbképzések szervezésére, valamint kutatási tevékenységre.

Az intézményen belüli együttműködések

Tágabb értelemben a dadogó gyermekek szakszerű ellátásában az EGYMI és Nevelési Tanácsadó minden szakembere részt vesz. Az Intézményvezetés azért, mert több éve elkötelezett a dadogó gyermekek kezelése iránt; biztosítva a szükséges személyi és tárgyi feltételeket (szakember, logopédiai helyiség, kapcsolatépítés, szakmai anyagok, szakkönyvek, anyagi forrás) a dadogásterápiához.

A logopédus munkaközösség szakemberei részt vesznek az óvodákkal, iskolákkal történő folyamatos kapcsolatépítésben, a szülőkkel történő kapcsolattartásban, a gyermekek szűrésében, a dadogó gyermekek és családok terápiába történő irányításában, esetmegbeszéléseken, hospitálásokon, a gyermekek egyéb terápiás ellátásában (pőszesség terápia, diszlexia prevenció).

A gyógypedagógus munkaközösség szakemberei részt vesznek a szakmai együttműködésben, konzultációkon, szűrésen és azok közös értékelésében, hospitáláson, a dadogó gyermekek egyéb terápiás ellátásában (mozgásterápia, diszlexia prevenció, reedukáció).

A pszichológus munkaközösség szakemberei részt vesznek a dadogó gyermekekkel kapcsolatos szakmai együttműködésben, szükség esetén esetmegbeszélésen, szupervízióban, hospitáláson.

A dadogó gyermekek ellátásában a szűk szakmai team résztvevői: a dadogó gyermek, a szülők, a logopédus és a pszichológus. Az intézményben 1999-től egy logopédus és egy pszichológus szakember team munkában végzi a dadogó gyermekek ellátását

a Komplex művészeti terápia alkalmazásával. A gyermekcsoportot logopédus vezeti, a pszichológus kóoterapeutaként vesz részt a folyamatban. A logopédiai feladatok az ellátásban: a beszédvizsgálat, a foglalkozások megtervezése és vezetése, az eredményesség mérése, a szülőkkal és pedagógusokkal való kapcsolattartás. A pszichológiai feladatok: a szülővel való első interjú és anamnéziszfelvétel, a szülőcsoportok tervezése, vezetése, a pedagógusokkal és szülőkkal való terápiás munka, vizsgálatok, esetelemzés, az eredményesség mérése.

A dadogás kezelése speciális szaktudást, elköteleződést és együttműködést kíván. A team munka csak akkor lehet sikeres, ha egyféleképpen gondolkodunk a dadogás kialakulásáról, a kialakuláshoz vezető tényezőkről, a terápia hatásmechanizmusáról.

A foglalkozások helyszíne, szervezési kérdések

A dadogásterápiás csoportba Hódmezővásárhelyről és kistérségéből (Mártély, Mindszent, Székkutas) érkeznek a gyermekek. A 2011/12-es tanévben 9, a 2012/13-as tanévben 15 gyermek részesült logopédiai terápiában. A csoportok 1999-ben történt indulása óta közel 150 gyermek vett részt terápiánkon. A szervezés nehézsége, hogy csak akkor indulhat el a csoportmunka, ha legalább 4-5 dadogó gyermek egyidőben (szeptember–október hónapban) jelentkezik az intézményben, hiszen a szakemberek óra-rendje ebben az időben fixálódik. A terápia sikeressége szempontjából lényeges kérdés, hogy a család saját kezdeményezéséből kereste-e fel a segítő intézményt vagy egy szakember javaslatára, esetleg hirdetésben talált rá a lehetőségre. Mindez meghatározó lehet a terápiás elköteleződés kialakulásában.

Az EGYMI logopédusai minden év májusában logopédiai szűrést végeznek a térség óvodáiban. A szakemberek javaslatára keresik fel a szülők a dadogásterápiás csoportot. A szakszolgálatban részben megvalósul a logopédusok közötti differenciált feladat-ellátás. A speciális dadogóterápiák az EGYMI központjában érhetőek el a családok számára. A szülők személyesen is felkeresik az intézményt kezdődő dadogás esetén a tanév folyamán egyeztetett időpontban. Számukra a tanácsadás, szükség esetén logopédiai, pszichológia terápia biztosított.

A dadogásterápiás foglalkozásokat megfelelően felszerelt, nyugodt, barátságos csoportszobában tartjuk. A mozgásos játékokhoz megfelelő alapterületű szobára van szükség, ahol a gyermekek kreatívan, lendületesen ugyanakkor biztonságosan mozoghatnak. A foglalkozásokat heti rendszerességgel két órában tartjuk.

Terápiás szemléletünk

Az intézményben az óvodás és kisiskolás korú dadogó gyermekek kezelésében a Balás Eszter által kidolgozott Komplex művészeti terápiát alkalmazzuk. A csoportfoglalkozást a terápiában kompetens, kiképzett szakember vezeti.

A terápia célja „a gyermekek személyiségének a fejlesztése alkotó tevékenység által” (SCHMIDTNE BALÁS 1999: 284). A művészeti élmény kedvezően hat a személyiségre, segítségével a kommunikáció sajátos eszközei alakulnak ki, az érzések kifejezésével a feszültségek enyhülnek, a beszédtünetek leküzdhetőek. Középpontjában az egészséges személyiség kialakítása, a lelki egészség megteremtése áll.

A terápia alappillérei: az ének-zene, a mozgás és az ábrázolás. Az ének-zene területéhez kapcsolódó feladatok a helyes légzéstechnika kialakítására, az auditív észlelés fejlesztésére, a hangerő, hangszín, hangsúly, hangmagasság, ritmus eszközeinek változatos alkalmazására, az ének-zenei feladatokhoz kapcsolódó örömmérsék kialakítására, megtapasztalására irányulnak.

A mozgásos feladatok a nagy- és finommozgások fejlesztésére, az izomtónus szabályozására, a metakommunikációs eszközök alkalmazásának és értelmezésének fejlesztésére, a mozgáshoz kapcsolódó örömmérsék megtapasztalására irányulnak. Az ábrázolás területéhez kapcsolódó feladatok kreatív technikák megismerésére és kipróbálására, a testséma és finommotorika fejlesztésére, az ábrázoláshoz kapcsolódó örömmérsék megtapasztalására irányulnak.

A foglalkozásokon a gyermek megéli az elfogadást, hogy dicsérik és örülnek a megnyilvánulásainak, alkotásainak, mindennek, amivel kifejezi magát. A folyamatos visszajelzés fejleszti önértékelését, önbizalmát. A bizalomra, kiszámíthatóságra, elfogadásra és nyugalomra épülő terápiás légkörben az ismétlődő játékok, a biztonságot nyújtó kezek között a gyermek meg és kiélheti a kreativitását, *megnyílik a kiskapu*, az elakadás, a beszorulás megszűnik. Az önbizalom erősödésével indirekt módon csökkennek a beszédtünetek is. A foglalkozások „jó közérzetet” teremtenek a gyermek és szülő számára, ami a tünetek enyhüléséhez vezet.

Az ellátás rendszere

Az EGYMI és Nevelési Tanácsadóban a dadogó gyermekek ellátásának egymásra épülő rendszere alakult ki. Ennek lépései a következők:

1. Szűrés, tanácsadás az óvodában.
2. Első találkozás az anyával, panaszfelvétel, anamnézis felvétele az ambulancián.
3. Találkozás a gyermekkel, vizsgálatok.
4. Tanácsadás, szerződés-kötés, segítségnyújtás.
 - tanácsadás (pszichológus, logopédus),
 - csoportos terápia (pszichoterápia, relaxációs tréning, MESE csoport, Komplex művészeti terápia (gyermekfoglalkozás, anyukás foglalkozás, szülőcsoport, egyéni tanácsadás),
 - egyéni terápia (pszichológus, logopédus),
 - más szakember bevonása (gyógy pedagógus, pszichiáter, pszichológus, logopédus, fejlesztő pedagógus).
5. Eredményesség mérése, kontroll.
6. Pedagógus tréning.
7. Gyermekcsoport tréning (osztályközösség érzékenyítése).
8. Társadalmi érzékenyítés.

Első találkozás, anamnéziszfelvétel, vizsgálatok

A dadogásterápiás csoportba az óvodában, iskolában dolgozó logopédus kollégák szűrése alapján, a pedagógusok javaslatára vagy önként jelentkezőként érkeznek a gyermekek, családok.

Az első feladat a szülőkkal való kapcsolatfelvétel, a gyerekek megismerése, szűrése a terápiára való alkalmasság szempontjából. Az első alkalommal jelentkező családokkal a logopédus és a pszichológus együtt találkozik. A logopédus feladata a részletes beszédanamnézis felvétele, a jelen állapot megismerése, hang és filmfelvétel készítése a státusz rögzítéséhez.

A pszichológus feladata a részletes anamnézis felvétele (a terápiára küldő személy, intézmény, a probléma megfogalmazása a szülő szerint, a gyermek és a család eddigi élettörténete), valamint tájékoztatás a foglalkozások szervezési kérdéseiről, menetéről. Ez körülbelül egy órát vesz igénybe, ami azért is fontos, mert ezzel készítjük elő a szülővel való együttműködést, a szülőcsoportos foglalkozásokat. Az itt kapott információk segítik a pszichológust abban, hogy már előre feltérképezze a szülőcsoporton felmerülő témákat, valamint ezekből a beszélgetésekből képet kaphatunk a terápiás elköteleződésről, az esetleges lemorzsolódásról. Tapasztalhatjuk, hogy akikkel nem tudunk elmélyült első beszélgetést lefolytatni (például, azért mert később jelentkeztek, és a foglalkozások már elindultak) hamarabb kimaradnak a terápiából, mint azok, akikkel ez megtörtént.

A szülővel folytatott első interjú és a gyermekkel való első találkozás után minden esetben konzultáció történik a logopédus és pszichológus között a család számára megfelelő ellátás meghatározásáról. Ebben meghatározó szempont a szülők elköteleződése; hajlandóak-e erőfeszítést tenni annak érdekében, hogy a gyermek nehézségei csökkenjenek. A gyermek részéről a legjelentősebb tényező annak eldöntése, hogy alkalmas-e a csoportmunkára, milyen a kapcsolatteremtési képessége, mozgása, intellektusa és a beszéde, valamint el kell különíteni a háttérben meghúzódó testi és lelki okokat (SCHMIDTNE BALÁS 1999).

Azokkal a szülőkkal, gyermekekkel, akik már az előző tanévben is részt vettek a terápiában, az új terápiás időszak elején a logopédus és a pszichológus együtt találkozik. Ebben az esetben a kórtörténet már ismert, részletes anamnézis felvételére már nincs szükség, a jelen állapot, a beszédteljesítmény feltérképezésére kerül sor.

A tavalyi év őszén 11 szülővel és gyerekkel találkoztunk, akik a Komplex művészeti terápiára jelentkeztek. Ebből kettő jelentkezőnél a tünetek nem indokolták a terápiát. Két család, annak ellenére, hogy az első találkozáskor nagyon készségesnek látszódtak, a terápiából kimaradtak. Őket az első foglalkozás után még telefonon kerestük, de ezután sem jelentkeztek. A családok lemorzsolódása a felvett anamnézist visszanezve nem volt meglepő (már több szakember is foglalkozott velük, de egy terápiát sem fejeztek be). Két szülővel a késői jelentkezés miatt csak rövid anamnézis felvételre került sor. Közülük az egyik család a szülőcsoportos alkalom után kimaradt. Egy másik kislány rendszertelenül járt, a szülőcsoportról mindig hiányoztak, az anyukás foglalkozásról az édesanya rendszeresen hiányzott. Így tehát 5 gyermek maradt a csoportban, akik végigjárták a tanévet, ebből négyen már a második éve vettek részt a terápiában. Az 5 gyerek közül kettő iskolás és három óvodás korú volt.

A szülővel és a gyermekkel való első találkozást követően minden esetben rövid megbeszélés zajlik a pszichológus és a logopédus között, ahol döntés születik a gyermek és családja számára legmegfelelőbb terápiás módszerről. A közös javaslat kerül megfogalmazásra a szülő számára.

A differenciáldiagnózis felállítását követően a segítségnyújtás következő formáit javasoljuk:

- tanácsadás logopédus vezetésével,
- tanácsadás pszichológus vezetésével,
- egyéni vagy csoportterápia logopédus vezetésével,

- egyéni vagy csoportterápia pszichológus vezetésével,
- más szakember bevonása (pszichiáter szakorvos vizsgálata, gyógypedagógus, fejlesztő pedagógus).

A Komplex művészeti terápiás csoportba óvodás és kisiskolás korú gyermekeket veszünk fel 5-8 éves korig. Az összetétel az életkor, a beszédhiba súlyossága szerint is heterogén. Ideális csoportalakítás (életkorban hasonló, nemben különböző) ritka, mindenkor alkalmazkodni szükséges a kialakult helyzethez. Ez a helyzet a csoportvezetőtől nagyfokú rugalmasságot követel.

A csoport „zárt” működésű, a csoportmunka megkezdése után (általában október) csak nagyon indokolt esetben veszünk fel új tagot. A csoportalakítás után érkező gyermekek számára egyéb segítségnyújtási lehetőséget ajánlunk fel (egyéni terápia, egyéb csoportterápia, más szakember).

Amennyiben a Komplex művészeti terápiát javasoljuk a család számára, megtörténik a terápiás szerződés kötés a szülővel és a gyermekkel egyaránt. A gyermek részéről ez annyit jelent, hogy elmondjuk neki, hogy a szülei azért hozták ide, mert néha nem tud jól beszélni. Nekünk van egy olyan csoportunk, ahová olyan gyerekek járnak, akiknek szintén problémája van a beszéddel és együtt szoktunk játszani. Szívesen fogadjuk ebben a csoportban, ha ő is akarja. A szülővel való szerződés kötés két részből áll. Van egy úgynevezett *formai rész*, ami a szabályokra vonatkozik: hely, idő gyakoriság, pontos megjelenés, rendszeres és aktív részvétel; és van egy *tartalmi része*, ami arra vonatkozik, hogy mit vár a szülő a terápiától, és hogy milyen változást tudunk ígérni. Ez megalapozza a közös munkát. Nem ígérjük a szülőknél azt, hogy a dadogás megszűnik. Azt ígérjük, hogy a terápiától a tünetek enyhülnek, a gyermek könnyebben tud kapcsolatokat kialakítani, kreatívabb lesz, nem fél majd a beszédétől és a képességei fejlődnek.

A tavalyi csoportunk az életkor szempontjából igen vegyes képet mutatott, a legidősebb csoporttag 9 éves volt, a legfiatalabb pedig még nem töltötte be az 5. életévét a terápia kezdetén. A nagyfokú heterogenitás ellenére a terápiát minden gyermek esetében hatékonyan gondoltuk. A 9 éves, 4. osztályos kislány integrálását a csoportba a terapeuták közötti komoly egyeztetés előzte meg azért, hogy a szülők számára közös véleményt tudjunk megfogalmazni a terápia hatékonyságára vonatkozóan.

A foglalkozásokról

A dadogó gyermekek ellátásában 3 órátípust különítünk el. Ezek a következők: gyermekfoglalkozás (csoportos foglalkozás a gyermekek és mindkét szakember részvételével), anyukás foglalkozás (csoportos foglalkozás minden gyermek és anyukájuk, szükség esetén nagymama vagy más családtag közreműködésével), szülőcsoport (szülők számára pszichológus vezetésével tartott sajátos tematikájú foglalkozás). A hónap első két hetében gyermekfoglalkozást tartunk, a harmadik héten egy anyukás foglalkozás következik majd a hónap utolsó hetében gyermekfoglalkozást és ezzel párhuzamosan a szülők számára szülőcsoportot tartunk. A foglalkozások körforgásszerűen váltják egymást a további időszakban.

A gyermekfoglalkozásról

A foglalkozásokat egy témára, egy történetre, mesére fűzzük fel. Ez kötődik évszakhoz, fontos eseményhez, egy elképzelt cselekményhez. A szerkezet is általában mindig azonos, ritkán vannak próbált eltérések.

1. *Fogadás*: a gyermekek megérkezése a terápiás helyszínre és térbe. Egymás köszöntése.
2. *Keret*: „énekelj a nevedet!” Keretjáték, ami mindig minden foglalkozáson megjelenik. Saját és mások nevét énekeljük különböző hangszíneken, mozgással kísérve, ritmizálva, hangszerekkel kísérve.
3. *Ének-zene játékok*: egyéni, páros és csoportos hang és szólam éneklése, énekek hallgatása. Ismétlés egymás utánzása, improvizációk. Hangjátékok egy- és több szólamban eszközzel vagy hangszerrel. Zenehallgatás, dallamszövés. Hangjátékok: hangutánzás, hangerő szabályozás, zenekar.
4. *Lazító és légző gyakorlatok*: eszközzel és eszköz nélkül, egyéni, csoportos és páros játékok, zenehallgatás, képzeletjátékok, imagináció.
5. *Mozgásos játékok*: egyéni, páros és csoportos átváltozás, bizalom és tükörjáték, vezetve és vezetve lenni, szoborjáték, stopjáték, szabályjáték, feszítés-lazítás, ringatás.
6. *Ábrázolás*: festés különböző eszközzel és ujjal, egyéni és közös alkotások. Különböző technikák és eszközök kipróbálása. Szabad alkotás.
7. *Beszélgetés*: az ábrázoláshoz kapcsolódó rész. Irányított és szabad beszélgetés az alkotásokhoz kapcsolódóan.
8. *Keret*: „véleményalkotás”: a foglalkozással kapcsolatos pozitív és negatív érzések megfogalmazása. „Mi volt ma a foglalkozáson a legjobb feladat? Volt-e olyan, ami miatt szomorú voltál?”
9. *Búcsúénekek*: közös éneklés.
10. *Meglepítés*: ajándékozás. Az összetartozás érzésének az erősítése, terápiás elköteleződés fokozása.
11. *Üzenet*: a szülők számára szóló szép idézetek átadása. A szülők terápiás elköteleződésének a fokozása.

A pszichológus szerepe a gyermekfoglalkozáson

Az általunk vezetett gyermekfoglalkozásokon a logopédus és a pszichológus egyszerre van jelen. A csoportvezetői szerepet a logopédus viszi, míg a pszichológus feladata a koovezetői munka. Ez azt jelenti, hogy a csoporttal együttjátszva, a logopédus irányítása mellett mint egy belső megfigyelő és segítőtárs van jelen. Ebben a helyzetben a pszichológusnak lehetősége van a gyermekek megfigyelésére, a kortársaikkal és a felnőttekkel történő viselkedés elemzésére.

A logopédus és a pszichológus együttműködése, a csoporton belüli kommunikációjuk és viselkedésük folyamatos mintát nyújt a gyermekek számára. A gyerekek ebben a szakaszban úgy fogadják el a pszichológust, mint játszótársat. Ez abból is látható, hogy ilyenkor a pszichológust a gyermekek *tegezik* és ugyanúgy választják párnak, mintha az egyik társuk lenne. Ha valamelyik játékban nem kerül sorra, arra felhívják egymás figyelmét.

A foglalkozások után kerül sor az órán tapasztaltak megbeszélésére. Kooterapeutaként a pszichológusnak nagyobb rálátása van a csoportdinamikai folyamatokra, a fejlődési

szakaszokra és azok elemzésére. A csoportfolyamatok alakulása során a gyerekcsoport különböző fázisokon megy át. Az első fázis, az új helyzettel történő ismerkedés. Ezt követi az aktivitás, az együttműködés rövid szakasza. A következő – a terápia során a legnehezebb és a vezetők részéről a legtöbb munkát igénylő rész – az elutasítás, ellenállás, regresszió, agresszió szakasza, végül a kreativitás fázisa, ahol a csoportos alkotások a jellemzőek (SCHMIDTNE BALÁS 2004). Ezek a szakaszok minden csoportnál megfigyelhetők különböző mértékben és az egyes gyerekeknél különböző időben, amit a két vezetők folyamatosan tudatosítani és figyelnie kell.

Mint kóterapeutának, a pszichológusnak lehetősége van olyan eseményeket, reakciókat is észrevenni és elemezni, amit a logopédus vezető szerepéből adódóan nem érzékel. Visszajelzést ad nemcsak a csoport, hanem a logopédus vezetői tevékenységével kapcsolatban is, melynek célja a logopédus munkamódszereinek fejlesztése, a „vakfoltok” tudatosítása a terápia hatékonyságának növelése érdekében.

Az anyukás foglalkozásról

Havonta egyszer a szülők (rendszerint az anyák) is részt vesznek a foglalkozáson a gyermekekkel együtt. A szülő aktív jelenléte a pszichológiai gyakorlatban lényegesen gyakoribb, mint a logopédiai ellátásban. A közös foglalkozás különleges alkalmat jelent a gyermek, szülő, szakemberek kapcsolatában egyaránt. Közös lesz az élmény, a játék, ami fokozza a terápiás hatást és a terápiás elköteleződést. Az anyák is átélhetik a gyakorlatok oldó, lazító hatását. Ezért olyan játékokat választunk a tervezés során, melyek erősítik a szülő-gyermek kapcsolatot, a szülői kompetenciákat, a kreativitást, az önbizalmat és segítik a leválást. Páros lazító- és légzőgyakorlatok, hanggyakorlatok, bizalomgyakorlatok dramatikus játékok, átváltozások, közös ábrázolás alkotja a logopédiai óra fő részeit. A logopédus-pszichológus terapeutapár modell, folyamatos mintát biztosít a szülők számára az interakciós folyamat során, a beszélgetésekben, játékokban. A kommunikációjuk, hangvétellük, kérdéseik, empátiás készségük, a gyermek dicsérete és irányítása, a konfliktusos helyzetek megoldása, a gyermek teljes elfogadását tükrözi. Ezt a mintát közvetítjük, és indirekt módon adjuk tovább a szülők számára is; a beszédhibás gyermek teljes elfogadását, hogy kiteljesedjen személyisége, és hogy ezen az úton a beszédhibája is enyhüljön, megszűnjön.

A pszichológus szerepe az anyukás foglalkozáson

Az anyukás foglalkozás bár kereteiben és felépítésében hasonlít a gyermekfoglalkozásra, mégis másfajta együttműködést igényel mind a szakemberek, mind a szülők-gyermekek részéről.

Ezek a foglalkozások mind az anya, mind a gyermek szempontjából igen fontosak lehetnek. A szerepcserék hatására az anya és gyermeke közti kapcsolat átértelmeződik. Olyan felismerésekre jutnak, amelyek segítik őket abban, hogy gyermeküket, és a gyermekükkel való kapcsolatukat jobban megértsék. A gyermekek szempontjából is fontosak ezek a találkozások, mivel ilyenkor nincs szükség áttételre, a valódi tárgy jelen van, közvetlenül neki lehet a játék nyelvén üzenetet küldeni. A szerepcserék hatására a gyermek megéletheti hatalmát a szülőn, a szülő pedig közelebb kerülhet gyermeke megértéséhez (SCHMIDTNE BALÁS 1999).

A pszichológus segítő munkája a logopédus szakember részére itt talán még erősebben van jelen. Ezek az órákon a két csoportvezető is egy párt alkot. A szerepek leosztása (anyuka szerep, gyermek szerep) a feladatok tartalma és a kialakult helyzet szerint is változik, általában egy foglalkozáson belül is cserélődik. Az együttműködés, az egymással megvalósuló kommunikáció, a szerepek megosztása, a közös játék folyamatos mintaként szolgál a szülők számára.

Tapasztalataink szerint a szülőket eleinte igen nehéz bevonni; nagyon sok ellenállással dolgozunk az első órákban. Ez az ellenállás pedig nemcsak a szülők, hanem a gyerekek felől is érkezik. A szülők gyakran szoronganak ebben a számukra ismeretlen helyzetben, nehezen ülnek közénk a szőnyegre. Játékukra, ábrázolásukra is a visszafogottság jellemző. Az ellenállás és a szorongás oldásában a csoportvezetők közös munkája elengedhetetlen.

Az anyukás foglalkozásokon a pszichológusnak lehetősége van megfigyelni az édesanya és gyermeke közti kommunikációt, kettőjük kapcsolatát, együttműködésüket, hogyan húzzák meg a szülők a határokat, mennyire engedik át az irányítást a gyerekeknek. Az anyukás foglalkozások végén is fontos, hogy a két szakember megbeszélje a tapasztaltakat, azt, hogy a következő szülőcsoportos foglalkozás milyen témákra fókuszáljon, milyen irányban kell a szülőket erősíteni, segíteni, hogyan lehetne a szülőket az ellenálláson és a szorongáson átsegíteni.

A tavalyi csoportunkban az első anyukás órán szokatlan dolog történt, ami jól mutatja, hogyan lehet a pszichológus-logopédus tudatos együttműködésével átsegíteni a szülőket, gyereket az aktuális nehézségeken.

A legelső anyukás órán, az egyik kislány nem akart bejönni a foglalkozásra, a játékokban nem vett részt, sírt és kiült a padra. A többi szülő átérezve a kislány édesanyjának a feszültségét, többször próbálták a kislányt visszahívni a játékba, de ez csak tovább nehezítette a helyzetet. A foglalkozás végére a közös ábrázolásba már bekapcsolódott. Viselkedése mindenki számára meglepő volt, mivel a kislány már 2. osztályos korú, ismerte a terápiás helyzetet, hiszen a csoportba már második éve járt. A gyermekfoglalkozásokon nagyon jól érezte magát, kreatívan és tevékenyen vett részt a csoport életében. A logopédus elmondta, hogy az előző tanév folyamán is voltak nehézségek az anyukás foglalkozásokon, de ekkora ellenállást nem tapasztaltak.

A foglalkozás alatt a kialakult helyzetet a szakembereknek együttműködve kellett kezelnie. Segíteni kellett az anyukát, hogy a számára egyébként is eléggé szorongató helyzetet ne élje meg még rosszabbul, mivel ez könnyen lemorzsolódáshoz vezethetett volna. Másrészt segíteni kellett a kislánynak, hogy be tudjon kapcsolódni a csoportfolyamatba, és lehetőség szerint ne csak kívülről szemlélje az eseményeket. Harmadrészt, a csoportot is meg kellett erősíteni, és figyelni, hogy a foglalkozás menete folytatódjék, és ne menjen el abba az irányba, hogy mindenki a kislány problémájára fókuszál.

Ez a kialakult helyzet gyors munkamegosztást alakított ki a két vezető között. A logopédus továbbvitte a csoportfoglalkozást, az előzetes tervezés alapján, miközben indirekt eszközökkel próbálta a kislányt bevonni a játékokba. A pszichológus a páros feladatokban átvette a kislány szerepét, amikor az anyuka pár nélkül maradt, együtt játszott vele. A csoport egy idő után átvette a két vezető magatartását, az édesanyját is választották párna a játékokban. Tiszteletben tartották a gyermek döntését, hogy ő nem vesz részt a játékban. Ezzel a csoportra nehezedő feszültség oldódott, ami azt eredményezte, hogy az ábrázolás részbe már mindenki bekapcsolódott. A következő szülőcsoporton ez a téma került feldolgozásra.

A szülőcsoportról

Sok kutatás foglalkozik a dadogó gyermekek családi háttérének vizsgálatával. Ezek a kutatások azt találták, hogy vannak bizonyos jellegzetességek, melyek azonosak a dadogó gyermekek szüleinél. Ilyenek lehetnek a szülők személyisége, nevelési attitűdje,

a szülők közti viszony, valamint a gyermekükkel való kapcsolatuk, interakcióik (LAJOS 2000).

A szülők, leginkább az anya szerepére már Mérei Vera is felhívta a figyelmet. A vizsgálatok szerint a dadogó gyermekek családi konstellációját nagyon gyakran az autokratikus domináns anya és a gyenge, passzív apa jellemzi (MÉREI 1975). Tapasztalataink is azt mutatják, hogy a dadogó gyermekek szüleinél valóban gyakran előfordul ez a fajta családi szerkezet. Az is megfigyelhető, hogy a szülők maguk is szorongóak, és nehezen tudják szorongásukat kezelni, ami így hatással lesz a gyermekre is. Nehezen tudják gyermekük problémáját elfogadni és kezelni, sokszor van büntudatuk, hogy valamit ők rontottak el, és ez áll a problémák hátterében.

Magyarországon Mérei Vera nevéhez fűződik a szülőcsoportos dadogásterápiás eljárás bevezetése (MÉREI 1975). Mácsainé Hajós Katalin, Juhász Ágnes és Tarkovác Ágnes 3-4 éves dadogó gyermekek kezelésében, a „minicsoport-terápiában” alkalmazták sikeresen az eljárást (MÁCSAINÉ HAJÓS 2001). Schmidtné Balás Eszter a Komplex művészeti terápiás foglalkozások fontos elemeként írja le a szülőkkel történő közös munkát, a szülőcsoportot (SCHMIDTNE BALÁS 1999).

Intézményünkben a szülőcsoportos foglalkozások célja, a szülőkből lévő érzések tudatosítása, azok kezelése, valamint az önismeret fejlődésén keresztül a gyermekükkel való kapcsolatuk pozitív irányba való változtatása, hogy rálátásuk legyen saját és családjuk szerepére a dadogással kapcsolatban.

A terápia ezen részében a logopédus a gyermekekkel egyedül van a foglalkozáson, míg a pszichológus egy másik teremben a szülővel foglalkozik. A szülőcsoportos munka előkészítése már az első találkozáskor elkezdődik. Tapasztalataink szerint erre a típusú foglalkozásra a legnehezebb bevonni a szülőket, ezért nagyon fontos, hogy a szülők érezzék, és értsék, hogy ez a foglalkozás is szerves része a terápiának, e nélkül nehezen lehet változást elérni.

A kezdeti időszakban igen sok ellenállással kell a csoportvezetőnek megküzdenie. Ennek egyik megjelenési formája a direkt tanácsadás kérése, „a terapeuta majd megoldja helyettünk a problémát”. Ezeket a megnyilvánulásokat kezelni szükséges, a szülőnek azt kell éreznie, hogy ő kompetens a probléma megoldásában. Éreznie kell saját erejét, és hogy képes a későbbiekben önállóan kezelni a felmerülő nehézségeket. Az ellenállás egy másik módja az üres tartalmatlan fecsegés, vagy a szülői értekezlet-szerű témaválasztás, annak érdekében, nehogy saját intim problémájuk felmerüljön (SCHMIDTNE BALÁS 1999).

A csoport különlegessége, más csoportokhoz képest az, hogy a tagok alapproblémája azonos, vagyis, hogy „dadog a gyeregem”. A szülőcsoport nagy megtartóereje éppen ebben rejlik, az összetartozás érzése hamar kialakul, hiszen mindenkinek ugyanaz a gondja, szavak nélkül is értik, mit érez a másik.

A szülővel való munka egyik fontos része az, hogy megismerjük a szülőt, az ő egyéni történetét, a család és benne a gyermek szerepét. Induláskor a számunkra lényeges információk egyik részét az első interjú és az anamnézis fogja megadni, másik részét pedig a szülők által kitöltött kérdőívek. A kérdőíveket az első szülőcsoportos foglalkozás végén töltetjük ki. Ez leginkább az idővel való gazdálkodás szempontjából hasznos, mivel az első alkalommal elég sok időt vesz igénybe az anamnézis és az interjú, nem marad időnk a kérdőívekre is, új egyéni találkozás pedig nagyon megnyújtaná a szűrés időszakát, ami a terápiától veszi el az időt.

Az általunk használt kérdőívek közül kettőt (PSS, PSOC) Szél Erzsébet (2010) pszichológus kolleganő fordította és adaptálta először intézményünkben a dadogó gyermekek

szüleinél. A szülői kérdőív, és a szülői visszajelző kérdőívet intézményünk kollegái állították össze.

1. *Szülői kérdőív*: ezzel a kérdőívvel szeretnénk megtudni, hogy milyen elvárásai vannak a szülőnek a foglalkozásokkal kapcsolatban, mennyire látja a problémát súlyosnak, mennyire érzi magát sikeresnek az otthoni problémák kezelésében. Megkérjük, fogalmazza meg, mely területeken kér segítséget, valamint megpróbáljuk feltérképezni a szülő megküzdési stratégiáit.
2. *Halverson, C. F.–Duke, H. P.: Parent Satisfaction Scael (PSS): Szülői elégedettség skála*: célja a szülői szereppel való elégedettségérzés vizsgálata. A kérdőívvel azt vizsgáljuk, hogy mennyire felel meg az anya számára a szülői szerep, mit gondol arról, hogyan működik ebben a szerepben, mennyire érzi jól magát szülőként, vagy esetleg terhet jelent számára (SzÉL 2010).
3. *SGibaud Wallston, J.–Wandersman, L. P.: Parenting Sense of Competence (PSOC): Szülői hatékonyság skála*: A szülői magabiztosság érzését, az anya hiedelmeit, értékrendszereit és észlelt anyai készségeit vizsgálja. A kérdőív azt mutatja, hogy az anya mennyire érzi nehéznek, vagy könnyűnek a szülői szerepet (SzÉL 2010).
4. *Szülői visszajelző kérdőív*: ezt a kérdőívet a terápia lezárásakor töltetjük ki a szülővel. A célja annak felmérése, hogyan gondolkodik a terápia eredményességéről, mit kapott a foglalkozások során, hogyan gondolkodik most, a terápia befejezésekor a dadogásról.

A kérdőíves vizsgálatok során figyelembe vesszük azt a tényt, hogy az emberek általában igyekeznek jobb képet festeni magukról és nyilvánvalóan van egy jól körülhatárolható elképzelésük arról, hogy a „jó szülő” hogyan válaszolna ezekre a kérdésekre.

A kérdőívek eredményei segítik a szülőcsoport tervezését, megmutatják, hogy mely területeken kell erősíteni a szülőket, és melyek az erősségek, amikre támaszkodhatunk.

Ugyanúgy, mint a gyermekcsoport, a szülőcsoport is egy fejlődési folyamaton megy keresztül. Az, hogy a csoport milyen témát hoz, mivel foglalkozik, aktuálisan megmutatja, hogy a csoport a fejlődés melyik fázisában van éppen.

A szülőcsoport első alkalma az ismerkedésről szól. A szülők bemutatják magukat, a családjukat és természetesen a gyermeküket is. Ezek a foglalkozásokon sokféle módszert alkalmazunk. Például a szülőket arra kérjük, hogy rajzzal, szimbólummal fejezzék ki érzéseiket a dadogással kapcsolatban. Ezek az alkotások általában igen sematikus, de egyben beszédes alkotások is, melyeket a terápia végén újra elő lehet venni, és összehasonlítani a jelen állapottal. A szülők nagy többségénél valami olyan szimbólum jelenik meg, ami a felismerés sokkszerű hatását jeleníti meg, azt a pillanatot, amikor rájöttek arra, hogy ez a probléma nem fog magától elmúlni.

Az egyik sokat használt szimbólum a szülőknél a probléma megfogalmazására a "hidegzuhany", vagy a "derült égből villámcsapás", ami jól mutatja a sokkszerű érzéseket és a szülők tehetetlenségét a kialakult helyzetben. Egy szülő a következő meglepő rajtot készítette: egy embert ábrázolt, akit elütött egy autó. Ez a szimbólum a terápia elején jól mutatja az édesanya erős tehetetlenség érzéseit, a gyermeke állapotával szembeni büntudatát, és azt, hogy ezen a helyzeten ő nem tud változtatni.

A szülőcsoportban megjelenő témák

A csoportok összetételétől függően minden szülőcsoport más és más, mégis vannak olyan témák, melyek mindig megjelennek. Ilyen markáns téma, amiről biztosan beszélnünk kell a találkozások alkalmával az, hogyan segít ez a foglalkozás a dadogáson, van-e remény, a gyógyulásra. Ezek a típusú témák rendszerint a csoportfolyamat elején jelennek meg, az ismerkedés fázisában. Erre az időszakra a nagyfokú bizonytalanság és bizalmatlanság érzése jellemző, ami miatt a szülők felvilágosításra, tanácsadásra várnak, és az okokat igyekeznek megtudni.

A következő fontos téma a szülő problémájához való viszonya, a környezetből érkező jelzések értelmezése. A hozzánk kerülő szülőknél figyelembe kell venni, hogy mire a terápiába kerülnek, a probléma már régóta fennáll. Eleinte úgy gondolják, hogy majd magától elmúlik a dadogás és helyreáll a beszéd. Nehezen élik meg azt a tényt, hogy a dadogás nem egy egyszerű beszédprobléma, ami néhány beszédórával javítható. A beszédhiba leküzdése érdekében a szülő komoly közreműködésére és más szakemberek bevonására is szükség van. Ebben a szakaszban fontos feltérképezni a szülők megküzdési stratégiáit, hogy a probléma elfogadásának melyik szakaszában vannak. Segíteni kell őket a tagadás fázisán való átjutáson, és abban is, hogy elfogadják, a probléma kezelése csak közös munkával lehetséges. Ekkor jutnak el a szülők arra a szintre, hogy elfogadják a dadogást és belássák, a probléma megoldásához önmagukkal is foglalkozniuk kell.

Az anya és gyermeke közti kötődés zavarai, a kapcsolatukban lévő nehézségek, kommunikációs problémák leginkább az anyukás foglalkozásokon figyelhetőek meg; ezek megbeszélésére a szülőcsoport kínál teret. Ehhez a témakörhöz kapcsolódik a határok szerepének jelentősége és betartása. Ebben a szakaszban a csoport részéről még sok ellenállás jöhet, mivel egyre inkább érzik bevonódásukat, és védeni próbálják ez ellen magukat, így jellemzően előkerülnek a mindennapi nevelési nehézségek, a bűnbak-képzés, a probléma bagatellizálása, vagy éppen a felnagyítása, és a túlzott aggodalom a nagyon távoli jövő miatt (SCHMIDTNE BALÁS 2004).

A témakörök következő fontos csoportja, amit soha nem lehet előre bejósolni, de sokat segít a gyermek viselkedésének megértésében, a családon belüli aktuális történések. Amikor a csoport eléri azt a fázist, hogy a szülők már meg tudnak nyílni egymás előtt, témaként jelennek meg a különböző családi nehézségek, konfliktusok. Ezek igen változatosak lehetnek, az apa és az anya közti nevelési nézeteltérésektől kezdve a váláson keresztül, egy közeli hozzátartozó haláláig.

Amikor a csoport elér a fejlődés azon fokára, hogy a szülők behozzák témaként saját gyermekkorukat, a szüleikkel, párjukkal való konfliktusaikat, az már egy mélyebb szintjét mutatja a csoportfolyamatoknak. Ez már az elköteleződés, bizalom szakasza, amit a megértés, és a változásra való érettség jellemez (SCHMIDTNE BALÁS 2004). Ebben a szakaszban jelenik meg a leválás témaköre, ami nem feltétlenül csak a beilleszkedési problémákat vagy az iskolától való félelmet jelzi, hanem a csoportfolyamatok lezárását is.

A szülőnek a csoportalkalmakon lehetősége van arra, hogy elmondhassa a problémáit, a többiek felől pedig megértést és elfogadást kaphat, ami segítheti a nehézségeken való átlendülésben.

A hiányzások jelentősége

A terápia során a hiányzásokat mindig figyelemmel kísérjük, elemezzük, hogy, mi lehet annak hátterében.

Az egyik csoportban volt egy anyuka, aki mindig az anyukás és szülőcsoportos foglalkozásokról hiányzott, „elfelejtette azokat”. Az is többször előfordult, hogy az anyukás órára a kistestvérrel együtt jöttek, így az anya nem tudott bent maradni a foglalkozáson. Ezekben az esetekben a pszichológus vette át az anya szerepét, amikor nem volt párja a kislánynak. A kislány a foglalkozásokon nagyon jól érezte magát, de feltűnő volt a kognitív képességbeli elmaradása társaihoz képest. Fantáziája, szókincse igen szegényes, feladatértése elmaradt az elvárttól. Az, hogy mindenkinek ott van az anyukája, csak neki nem, egyszer sem zavarta. Természetesen mindkét terapeuta fontosnak tartotta elmondani a szülőnek, hogy a terápia minden része egyformán lényeges, ha nem járnak rendszeresen, az nem lesz elég hatékony. A háttérben meghúzódó okok sokfélék lehetnek. A legvalószínűbb, hogy az anyának olyan mértékű feszültséggel járt a foglalkozásokon való részvétel, hogy nem tudta ezeket vállalni. Már az első interjú feltűnt, hogy nehezen tud megnyílni, az anamnesztikus adatokon kívül, szinte semmi mást nem tudtunk meg róluk. Azon a néhány szülőcsoporton pedig, amin részt vett, alig szólt meg. A terápia lezárását képező utolsó beszélgetésre sem jött el, így nem tudjuk, mit gondol a foglalkozásokról, lát-e valamiben változást az induláshoz képest. A kislány tünetei azóta is fennállnak.

A terápiáról való kimaradás egyik fontos oka lehet az, hogy a szülő még nem tud szembenézni a problémával, csak a dadogástól szeretne megszabadulni, az önmagával való foglalkozást azonban nem vállalja. Gyakran ezzel a magatartással tartja fenn a tünetet, és nehezíti meg a javulást. A foglalkozások során a dadogás tünetei hol erősebbek, hol enyhébbek. Egy-egy nehezebb időszak megrémísztheti a szülőket, úgy érezhetik, nem használ a terápia. Ez is lehet az oka annak, hogy nem jönnek többet. Érdekes tapasztalat, hogy sok szülő nem marad ki teljesen a terápiából, a gyermeket továbbra is elhozza (hiszen, ha ezt nem tenné, „rossz anya” lenne), csak a szülős és anyukás foglalkozásokról maradnak el. Azoknál a családoknál azonban, akik rendszeresen és aktívan vesznek részt a csoportmunkában, a fejlődés nem marad el.

Azokban a terápiákban, ahol a szülőcsoport is végigkísérte a foglalkozásokat, jóval többet tudhattunk meg a családokról, mindennapjaikról, gondjaikról. Ezekkel az információkkal komplexebben láthatjuk a gyermeket és a tüneteit. A szülőcsoportban a szülő viselkedését is jobban megismerhetjük.

Jó példa erre Beni esete, aki a dadogás vezető tüneten kívül egyéb feltűnő magatartási problémákat is mutatott. Beni egy nagyon impulzív kislány, sokat beszél, nem mindig a feladathoz kapcsolódóan, és nehezen követhetően. A második szülőcsoportos alkalom után jól láthatóvá vált, hogy az édesanya is hasonló viselkedést mutat. A beszélgetésben mindig övé volt a főszerep, nagyon nehezen lehetett leállítani és sokszor követetetlen volt, amit mesélt. Az eset érthetővé tette Beni magatartását, hiszen ezt a mintát tanulhatta.

A foglalkozások alatt lehetőségünk van arra is, hogy a szülőkből felmerülő kételyeket, a szorongásokat kezeljük. Ez főleg azokban az esetekben nagyon fontos, amikor olyan szülők is vannak a csoportban, akik most vesznek részt a terápiában először. Ilyenkor azok a szülők, akiknek nagyobb a terápiás tapasztalata, sok támogatást tudnak adni.

A tanév utolsó, egyéni beszélgetése alkalmával, amikor a logopédus és a pszichológus is jelen van, jól érzékelhetőek a változások, amin azok a szülők mentek keresztül, akik rendszeresen részt vettek a foglalkozásokon.

A terápia lezárásakor, az utolsó beszélgetés alkalmával egy anyuka így fogalmazta meg a dadogáshoz való jelenlegi viszonyát: „a dadogás olyan, mint vihar után a napsütés. Azt hittem, hogy ezt a helyzetet nem lehet feldolgozni, de nagyon igyekszünk, és úgy néz ki, hogy sikerül”.

Összegzés

A tanulmány a dadogó gyermekek ellátásának egy lehetséges modelljét és annak tapasztalatait kívánta bemutatni. Az óvodás korú dadogó gyermekek komplex ellátása feltételezi a környezet, a család, az óvoda bevonását a terápiás folyamatba. A pedagógusok számára alkalmazott érzékenyítő tréning, az anya részvételével zajló logopédiai foglalkozás, a szülőcsoport alkalmazása a logopédia egyéb területein is hatékony eszközként alkalmazható. Az aktív terápiás együttműködés a sikeres beszédjavítás záloga.

Irodalom

- HEGEDŰS I. – RÁCZNÉ TÖRÖK E. – SALGÓNÉ SZÜCS I. (2012): *Hódmezővásárhelyi Többcélú Kistérségi Társulás Kapcsolat Központ Pedagógiai és Szociális Szolgáltató Központ Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Nevelési Tanácsadó (Hódmezővásárhely) Intézményi Minőségirányítási Programja*.
Elektronikus elérhetőség: <http://www.kapcsolatkozpont.hu/> (A letöltés ideje: 2012. október 15.)
- LAJOS P. (2009): *Dadogásról mindenkinek*. Pont Kiadó, Budapest.
- LAJOS P. – LÓRIK J. (2002): A dadogás mint a nyelvi képességek funkciójának zavara. *Gyógypedagógiai Szemle*, Különszám, 94–105.
- MÁCSAINÉ HAJÓS K. (2001): A szülőcsoportos dadogó terápiáról. *Gyógypedagógiai Szemle*, Különszám, 80–85.
- MÉREI V. (1975): A csoportdinamikai módszer mint közvetett pedagógiai hatás a logopédiában. *Gyógypedagógiai Szemle*, 4, 278–289.
- MÉREI V. – VINCZÉNÉ BÍRÓ E. (1991): *Dadogás I.* Tankönyvkiadó, Budapest.
- SCHMIDTNÉ BALÁS E. (1999): Óvodáskorú dadogó gyermekek terápiája szülőcsoporttal. *Gyógypedagógiai Szemle*, 4, 283–295.
- SCHMIDTNÉ BALÁS E. (2004): *Képes könyv a dadogásról és más dolgokról*. Közhasznú Alapítvány a Dadogókért, Budapest.
- SZÉL E. (2010): *Gyermekterápiát kísérő csoportos szülőkonzultáció feltételeinek megteremtése*. Szakdolgozat, ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Budapest.
-

3 Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium tréninglakás programjának szerepe a mozgáskorlátozott gyermekek önálló életre való nevelésében

GALAMBOS KATALIN

galambos@mozgasjavito.hu

Absztrakt

A komplex gyógypedagógiai nevelés, oktatás alapvető célja a speciális nevelési szükségletek biztosításával a sajátos nevelési igényű gyermekek/ fiatalok társadalmi integrációjának támogatása. Ennek egyik feltétele az individuális szinten értelmezett legmagasabb szintű önállóság elsajátítása. A gyógypedagógiai nevelés, oktatás területén számos lehetőség mutatkozik a független életvitel lehetőségeinek megtanítására, gyakorlására. Ebben a vizsgálatban a mozgáskorlátozott gyermekek és fiatalok szocializációs folyamatának, társadalmi integrációjának, önálló életre való felkészülésének lehetőségeit tekintetem át. Célom volt annak feltárása, hogy a Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium által működtetett tréninglakás program mely területeken és milyen mértékben járul hozzá a tanulók önálló életre való felkészüléséhez, tágabb értelemben társadalmi integrációjához.

Kulcsszavak: önellátás, önrendelkezés, tréninglakás, oktatólakás, társadalmi integráció, mozgáskorlátozottság

Bevezető

A gyermeknevelés felelősségteljes, tudatos, hosszú távra tervezett folyamat minden esetben. Sajátos nevelési igényű gyermek nevelése esetén fokozott az aggodalom, vajon képes lesz-e önálló életet élni, érett, felnőtt személyllyé válni, aki tagja lesz közösségének, a társadalomnak. A fogyatékossgal élő gyermekeknek bizonyos százaléka nem lesz képes önálló életet élni, akár intézményes keretek között, akár családjukban eltérő fokban személyi támogatást igényelnek majd egy egész életen át. Azoknál a gyermekeknél, akik képesek lehetnek független, önállóan életvitelre egy sokoldalú, az önállóság minden területét érintő felkészítés szükséges a család és a szakemberek együttműködésével.

A független életvitel, az önállóság különböző, egymással szorosan összefüggő dimenziókban, bio-pszicho-szociális szinteken értelmezhető. A fejlődés, az érési folyamatok, illetve a fejlesztés is ezen dimenziókban történik, melyek jelentős hatással vannak egymásra.

Az a fogyatékossgal élő személy lesz képes önálló életet élni, aki:

- mindennapos tevékenységeit önmaga képes elvégezni,
- segédeszközait megfelelően tudja használni,
- akadálymentesített mikro és makro környezetben él,
- reális énképe van,
- érett személyiség,

- dönteni tud élethelyzeteiben,
- irányítani képes sorsát,
- képes munkát vállalni,
- érdekérvényesítő képességgel rendelkezik, stb.

A vizsgálat során egyik interjúalanyom ezt nagyon egyszerűen a következőképpen fogalmazta meg: „*Úgy élni, mint mások.*”

Önálló életre nevelés

A Mozgásjavító EGYMI nevelési koncepciójában alapvető célként határozza meg annak támogatását, hogy a mozgáskorlátozott tanulók a szűkebb és tágabb társadalmi környezetben lehetőségeikhez képest önálló és önrendelkező személyekké váljanak. Az intézmény minden szervezeti egységében megjelenik az egységes nevelésfilozófia: „eljuttatni a mozgáskorlátozott fiatalokat az önállóság lehető legmagasabb fokára, felkészítve őket az integrációra” (*Mozgásjavító EGYMI Pedagógiai Program*, 2010).

Mely területeken jelenik meg az önálló életvitelre való felkészítés az intézményben?

Egész napos mozgásra nevelés

A mozgáskorlátozott gyermekek szomatopedagógiai ellátása során a mozgásfejlesztés fontos specifikum. Testnevelés óra helyett mozgásnevelés óra van napi gyakorisággal. A mozgásnevelés olyan komplex tevékenység, amely az egész napot áthatja, és az iskolai tanulmányok időszakában a fejlesztés alapját képezi. A mozgásnevelés a mozgáskorlátozott gyermekek mozgásterápiájának, adaptált testnevelésének és sportjának, tevékenységtanításának nevelési, oktatási, képzési rendszere. A mozgásnevelés egyik területe a mindennapos tevékenységre nevelés, az Activities of Daily Living (ADL) funkciók megtanítása. Cél az optimális személyi függetlenség elérése. Mindez a tevékenységbe ágyazott mozgásnevelés keretén belül valósul meg, melynek területei: a tevékenykedés motoros feltételeinek kialakítása, a tevékenység adaptációja és gyakorlása és az eszközös megsegítés a környezeti adaptáció feladatrendszerével (BENCZÜR 2000).

Apartman rendszer

A Mozgásjavító EGYMI országos beiskolázási körzettel rendelkezik, a vidéki és/vagy hátrányos szociális helyzetben lévő tanulók számára diákotthoni ellátás biztosítja az intézményes tanulás lehetőségét. A 2009/10 tanévtől a diákotthon átalakult, a 15-20 gyermeket befogadó nagy hálóterem helyett 12 fős apartmanok (4 db 3 ágyas hálószoba, nappali, amerikai konyhás étkező, 2 különböző önellátási szinthez alkalmazkodó fürdőszoba) kialakítására került sor, ahol családias környezetben van lehetőség az önálló életvitel minden területét kipróbálni, azokban fejlődni.

Tankönyvbe foglalkozások

Az 1993/94-es tanév második félévében hozta létre az intézmény a tankönyhát. Először a 8. osztályosok, majd tanévenként mindig eggyel növelve az évfolyamok számát, az

egész felső tagozat órarendjébe beillesztve életvitel és háztartási ismeretek tárgyként, heti 1,5-2 órában. A tankonyha akadálymentes berendezése, speciális eszközökkel való ellátása minden tanuló számára lehetőséget biztosít a konyhai teendők, a főzés gyakorlására. A fiatalok kiválasztják az elkészítésre kerülő menüsört, amit a tankonyhán dolgozó pedagógus irányításával a legnagyobb önállóság mellett elkészítenek, majd közösen elfogyasztanak.

Pályorientáció – gazdálkodási, vállalkozási ismeretek

A tanulók önállóságának fejlesztése, a munkaerő-piacra való bejutásuk, valamint a társadalmi integráció megkönnyítése érdekében az intézmény középiskolai tagozatán a pályorientáció kiemelt fejlesztési terület, megvalósítási formája a gazdálkodási, vállalkozási ismeretek tantárgy a 9. évfolyamtól. Ennek keretében a gyakorlati oktatás szinterei: kávézó, belső bolt (üzlet), taniroda, tankonyha működtetése, ügyfélszolgálati tevékenység, Nyílt Napokon recepció, idegenvezetési feladatok ellátása (*Mozgásjavító EGYMI Pedagógiai Program*, 2012).

Tréninglakás program

Az intézmény sajátos ellátási formával oktatólakásként működő tréninglakás programmal járul hozzá a mozgáskorlátozott fiatalok önálló életre neveléséhez, melyet a következő fejezet mutat be részletesen.

Mozgásjavító EGYMI – tréninglakás program

„Egy társadalom fejlettsége azon is múlik, hogy miként bánik a fogyatékosokkal. Milyen módon igyekszik integrálni őket, miként segíti beilleszkedésüket. Milyen mértékben növekszik a társadalmi egyenlőtlenség vagy egyenlőség. Hogyan képes mindenki a társadalmi beilleszkedés lehető legmagasabb fokát elérni. Ennek egyik alapvető feltétele, első állomása, hogy az alapműveltséget biztosító iskolából milyen útravalóval távozik a gyermek.” (www. mozgasjavito.hu)

Ezzel a mottóval indította el az iskola és annak Zsótér Pál Alapítványa a 2002/03 tanévtől kezdődően a tréninglakás programot az iskolában tanuló mozgáskorlátozott diákok számára. A tréninglakás program egy olyan átmeneti tartózkodási forma, amely egy bizonyos ideig lehetőséget biztosít olyan készségek gyakorlására, amelyek az önálló életvitelre készítenek fel (ZÁSKALICZKY 1998).

Az első lépések...

Az iskola falain belül, a tanulók jövőképében igény mutatkozott az önállósodásra, az iskola munkatársainak szakmai törekvéseiben a tanulók függetlenségének megtanítására, az önálló élet kipróbálására. Az intézmény kereste a lehetőségeket. Számos nemzetközi tapasztalat mutatta a megoldás lehetőségeit, melyet az iskola elsőként a tankonyha program bevezetésével indított el. 2001-ben adódott egy lehetőség, korábban a Nyomorék Gyermek Otthonában tanuló gyermek rokona végrendeletében arról rendelkezett, hogy hagyatéka a mozgáskorlátozott gyermekek érdekeit szolgálja. Ebből a hagyatékból

sikerült megvásárolni, berendezni azt a lakást, mely tréninglakásként funkcionál és a mozgáskorlátozott gyermekek önálló életre nevelését segíti 2002 óta.

A lakás tulajdonosa és fenntartója az iskola Zsótér Pál Alapítványa. A teljes mértékben akadálymentes, igényesen berendezett otthon egy társadalmilag elfogadott lakóközösségbe integrálódik. A program átmeneti tartózkodásra ad lehetőséget szervesen kapcsolódva az iskola pedagógiai és nevelési céljaihoz.

A program betartása

A tréninglakás programban az iskola 7. és 8. osztályos tanulói párban vesznek részt, a lakásba 2-6 hét időtartamra költöznek be. A tréninglakásban való tartózkodás alapvető célja felébreszteni az igényt az önállóságra. A lakásban tartózkodás ideje alatt lehetőség nyílik egyéni igényeknek, szükségleteknek megfelelően segíteni az önállóság legmagasabb fokának elérését, mely az iskola alkalmazásában lévő két pedagógiai asszisztens partneri együttműködésében valósul meg.

A tanuló a tréninglakásban való tartózkodás ideje alatt fejlődhet az önállóság és az önálló életvitel számos területén: öltözködés, tisztálkodás, étkezés, segédeszköz használat, mosás, főzés, takarítás, közlekedés, bevásárlás, szabadidős program szervezése, illetve a döntéshozatal képességében, az önrendelkezés, a kompromisszumkészség területein. Tágabb értelemben megismerheti továbbá azt a közösséget, amelyhez tartozik, a társadalmat ahol kapcsolatrendszere bővíülhet, akár a szórakozás, akár a munkavállalás területén. Interakciókat létesíthet számára ismeretlen személyekkel, kommunikációs készsége, az elfogadás-elfogadtatás képessége és a reális önértékelés fejlődik.

Részletesen a tréning által célként kitűzött, főbb TERÜLETEK és TEVÉKENYSÉGEK:

- *idő helyes és hasznos beosztása*: a tanulók heti programot írnak alkalmazkodva egymás időbeosztásához,
- *szállítás, közlekedés megszervezése*: a tanulók önállóan szervezik az iskolába és a haza jutást, eleinte szállítás igénybevételével, majd a program során amennyiben erre lehetőség van fokozatosan önállóan,
- *társadalmi érintkezés szabályainak elsajátítása*: a program során önállóan kell idegen emberekkel kapcsolatot teremteni, segítséget kérni, kommunikációs helyzetbe kerülni,
- *vásárlás, étrend kialakítása, ételek elkészítése*: a tanulók önállóan döntenek el, mit szeretnének reggelizni és főzni vacsorára, ahhoz milyen alapanyagok szükségesek, hol és mennyi pénzért lehet azt megvásárolni,
- *báztartási munkák elvégzése*: gépek használata, munkaformák megismerése,
- *vendégség szervezése*: a lakásba csak meghívott felnőttek (tanárok, szülők), gyerekek mehetnek, a következő beköltöző pár és a vendégek meghívása a tréning résztvevő tanulóknak szervezési feladata,
- *számlák rendszere*: a tréninglakásban tartózkodás költségeit az iskola alapítványa finanszírozza, a tanulóknak számlákkal kell igazolni a költségeket, ügyelve arra, hogy a megadott keretet ne lépjék túl, takarékoskodniuk kell,
- *szociális képességek fejlesztése*: alkalmazkodás a tréning programjához és egymáshoz, döntéshozatal, igényesség, kötelesség képességének fejlesztése,
- *szabályalkotás*: a tanulók a maguk által megfogalmazott szabályokat és célokat be kell, hogy tartásuk. Folyamatos egyeztetés van a felnőttekkel, napi és heti szabályalkotás történik, ehhez mindenki tartja magát.

A program megvalósításának főbb lépesei

1. Beszélgetés a mindenkori 6. osztályosokkal az önállóságról, a tréninglakás programjáról.
2. A tanulók „titoktartási fogadalmat” tesznek, nem beszélgetnek a tréninglakásról társaikkal, szüleikkel, saját maguk gondolják át szándékukat.
3. Önálló döntéshozatal arról, hogy szeretnének-e a programban részt venni.
4. A tanulók szándéknyilatkozatot nyújtanak be írásban az iskola igazgatójának, melyben megfogalmazzák melyik társukkal, mennyi időre és milyen kitűzött célokkal kívánnak részt venni a tréninglakás programban.
5. A tanuló megbeszéli döntését szüleivel és a programban való részvételhez engedélyt kér tőlük.
6. A körültekintően kiválasztott páros elfoglalja a helyét a lakásban, beköltözés. Első nap a felnőttekkel közösen megtervezik a maguk alkotta szabályokat, a tréning ideje alatti több hetes programot.
7. A projekt végén, kiköltözéskor értékelés, önértékelés történik.

Az iskolába a tréninglakás program résztvevői napi bejáró tanulóként érkeznek, részt vesznek a tanítási órákon és a külön órákon, szakkörökön. A házi feladat elkészítése a tréninglakásban történik. A napi órarendhez igazodva, hozzák és viszik a tantárgyakhoz szükséges taneszközöket. Ez változást jelent, mind a diákok otthonban lakó, mind a bejárós tanulók számára. A bentlakó gyerekek megtapasztalhatják, hogy milyen lenne minden nap otthonról bemenni az iskolába, a bejárós gyerekek pedig sok esetben most alszanak először külön szüleiktől és érkeznek önállóan az iskolába.

A tréninglakás munkatársai

A tréninglakásban dolgozó segítők, akik ezt a kísérést végzik egy felelősségteljes pedagógiai fejlesztő feladatot látnak el. Kiválasztásuk és felkészítésük nagyon körültekintő, alapos, számos területre kiterjedő folyamat. Munkájukban, mely az évek során egyhangúnak, a kiegész veszélyét fenyegetőnek tűnhet, a tanulók egyedisége, a feladat sokfélesége nyújt lehetőséget szakmai fejlődésre, megújulásra. A tréninglakásban dolgozó munkatársak feladata nagyon összetett, ők azok, akik tudják a kitűzött célokat, a megvalósításhoz szükséges feladatokat, de nem határozzák meg, hogy mit kellene tenni, hogy melyik út lenne helyesebb, hagyják, hogy minden gyerek maga jöjjön rá a megoldásokra, a buktatókra. Igaz ez mind az önellátás feladataira, mind arra, hogy a fiataloknak meg kell tanulnia felmérni döntéseik következményeit. „... nem »gondozók«, hanem »kísérők« leszünk, akik egy úton haladunk velük. Akkor nem előírunk számukra, hanem támogatjuk őket. Akkor nem előttük járunk, hanem mellettük haladunk és figyelünk arra, hogy ők maguk milyen irányba akarnak menni.” (BRUCKMÜLLER 1999)

Vizsgálat

Felmérést készítettem a Mozgásjavító EGYMI azon tanulóinak körében, akik 2002 és 2008 között 7., 8. osztályfokon részt vettek a tréninglakás programban. Összesen 79 tanuló élt ezzel a lehetőséggel, ebből 37 tanulóval készítettem tematikus kvalitatív

interjú és töltöttem ki az általam összeállított 22 kérdésből álló, feldolgozásra került kérdőívet.

A kérdőív 1-9 kérdései a tanuló adataira (születési év, nem, diagnózis, bejáró/bentlakó), mozgásállapotára (önállóan közlekedik, milyen segédeszközt használ) és a tréninglakásban tartózkodás idejére vonatkoztak. A 10-22 kérdések a következő témákra fókuszáltak:

- a tanuló tréninglakásban tartózkodással kapcsolatos elvárásai (önállósodás, fejlődés egy bizonyos területen, új élmény, nyugalom),
- különbségek a tréninglakásban, a diákothonban vagy a családi otthonban lakás között (szabadabb lehetek, önállóan dönthetek, lehetek egyedül is, nincs különbség),
- az önellátás melyik területen fejlődött a tréninglakás programban (étkezés, öltözködés, tisztálkodás, WC használat, egyik sem),
- melyik tevékenységi területeken szerzett a tréninglakásban újabb tapasztalatokat (közlekedés, bevásárlás, főzés, mosás, takarítás, kommunikáció, játék, hétféle program szervezése, pénzkezelés).

A kérdőív kérdéseinek összeállításakor és a feldolgozásával a következőkre kerestem válaszokat:

1. Az önállósodás területén lehetséges fejlődés mértéke függ-e a vizsgált személyek kórformájától.
2. Azzal, hogy a tanulók részt vettek a tréninglakás programban könnyebben boldogulnak-e önellátásuk területén?
3. Azok a tanulók, akik kettő vagy akár három alkalommal is lehetőséget kaptak a tréninglakásba való kiköltözésre nagyobb mértékben fejlődhetnek önállóságuk területén?
4. Vajon mást vár a diákothonban lakó és mást a családi otthonból bejáró tanuló a tréninglakás programtól?
5. Ténylegesen segíti-e a tréninglakás program a tanulók önállósodását, illetve az önállósodás melyik területén fejti ki hatását leginkább?

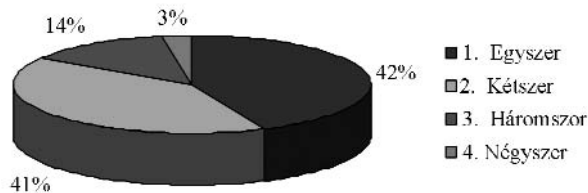
Továbbá a vizsgálat során bizonyítékokat kerestem az intézmény által működtetett tréninglakás program hatékonysága mellett, segítve az iskolát céljainak megvalósításában az önálló életre nevelés, a társadalmi integráció támogatása területén.

A vizsgálat módszere

Tematikus kvalitatív interjú: az interjú előre kidolgozott elven alapul, meg vannak határozva a feltétlenül érinteni kívánt kérdések, szempontok, de a válaszadó bármikor kitérhet a témával kapcsolatos egyéb észrevételeire (SZOKOLSZKY 2004). Ezen interjú típus vizsgálati módszerként való kiválasztásakor céltom volt a kérdőív pontjaira válaszokat kapni, melyek adatként szolgáltak a kutatás statisztikailag feldolgozható, kvantitatív részéhez, ugyanakkor a beszélgetések (2-3 óra) további információkkal is szolgáltak, teret engedtek a személyesen megélt helyzetek, érzések részletes elmesélésének.

Vizsgálati minta

A vizsgálatban 37 gyermek/ fiatal vett részt, 25 fiú és 12 lány. 12 tanuló a vizsgálat idején is a Mozgásjavító EGYMI tanulója volt, 7. vagy 8. osztályban, 25 tanuló elballagott már az iskolából. A tréninglakás programban való részvétel idején a megkérdezett tanulók átlag életkora 14 év volt, a vizsgálat idején 17 év. A tanulók között 8 saját családi otthonból bejáró, 29 diákotthonban lakó gyermek volt a program kipróbálásának idején. A vizsgálatban részt vett tanulók diagnózisok szerinti megoszlása: 60%-ban korai agykárosodás utáni mozgáskorlátozottság, vagy cerebralis paresis, 40%-ban a többi kategóriákhoz tartozó diagnózisok (Végtagredukciós fejlődési rendellenességek és szerzett végtaghiányok, Petyhüdt bénulást okozó kórformák, Egyéb mozgás rendellenességet okozó kórformák) az intézményi megoszlás arányában. A tréninglakás program akár félévente elérhető volt a tanulók számára az általános iskola utolsó két évében, így a tanulók többször is részt vehettek a programban. A vizsgálatban részt vett tanulók 42%-a egyszer, 41%-a kétszer, 14%-a háromszor és 3%-a négyszer volt a tréninglakásban (1. ábra).



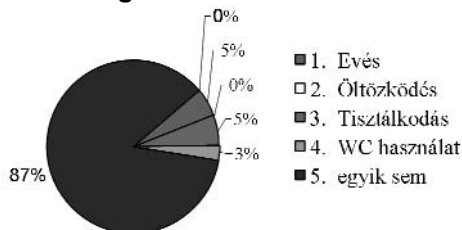
1. ábra. A vizsgálatban részt vett tanulók százalékos arányú megoszlása, a szerint, hány alkalommal vettek részt a tréninglakás programban

Eredmények

1. Az önállósodás területén lehetséges fejlődés mértéke függ-e a vizsgált személyek kórformájától.

Az önálló élet területein való fejlődés mértékére a kérdőív külön kérdésekben kérdezett rá. Az önellátás mindennapi tevékenységeiben a tanulók úgy ítélték meg, hogy a tréninglakás program során kevésbé fejlődtek. 87%-ban erre a kérdésre azt válaszolták, hogy ezeken a területeken nem volt változás (2. ábra). Véleményem szerint ez azzal

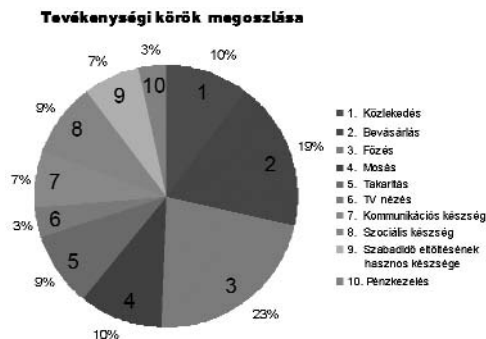
Önellátás melyik területén fejlődött a tréninglakásban?



2. ábra. A kutatásban részt vett tanulók válaszainak százalékos megoszlása arra a kérdésre vonatkozóan, hogy önellátásuk melyik területén fejlődtek a tréninglakásban

magyarázható, hogy erre az életkorra (13-15 év) az intézmény egyéb fejlesztő tevékenységei már felkészítik a tanulókat, elérték a maximális önállóságot, mely számukra elérhető, kórformától függetlenül mindenki saját magához mérten.

Az önellátás foka különböző tevékenységeken keresztül is mérhető. A vizsgálatban megkérdeztem, hogy melyik területen gondolják a tanulók, hogy fejlődtek a tréninglakás program során. A tanulók többsége 3 tevékenységet is megjelölt. Mindenki fejlődött önmagához képest, eltérés a fejlődés mértékében, illetve a megoldásokban volt. Hogy melyik területeken milyen mértékben fejlődtek saját véleményük szerint azt a 3. ábra mutatja.



3. ábra. A kutatásban részt vett tanulók válaszainak százalékos megoszlása arra a kérdésre vonatkozóan, hogy melyik tevékenységi területen fejlődtek a tréninglakás program során

A legtöbbet a főzés, bevásárlás, közlekedés, mosás tevékenységi területeken fejlődtek a tanulók, ezek azok a területek, amelyek átszőtték mindennapjaikat. Szociális készségük is fejlődött, kisebb közösségben volt lehetőség az esti beszélgetésekre, egymás meghallgatására, a programok szervezésénél figyelembe kellett venni a társuk kívánságait és lehetőségeit is.

A következő idézetek jól érzékeltetik a tanulók véleményét:

- „Minderről beszélgettünk, az életről, nagyon klassz volt. Ültünk, raktuk a puzzlet és beszélgettünk, csak hárman.”
- „Nem csak magamra kell gondolni, hanem a Józsefekre is, nem volt olyan dolog, amit egyedül csináltam meg, tehát, ha mosogatóról volt is szó ő odahozta a szennyest és elmosogattam, mert ő DMPS¹ és elektromos kocsival közlekedett. Tehát voltak bizonyos korlátai, de én úgy gondolom, hogy kiegészítettük egymást.”

2. Azzal, hogy a tanulók részt vettek a tréninglakás programban, könnyebben boldogulnak-e önellátásuk területén?

A megkérdezettek 92%-a jól érezte magát a tréninglakásban, 81% egyértelműen megfogalmazta, hogy fejlődött önálló életvitel területén. A tréninglakás program célja megvalósul. A cél, hogy a gyermekek önállóságát fejlesztve segítse őket abban, hogy amikor kikerülnek az iskola védő-óvó közegéből könnyebben boldoguljanak, hogy ne legyenek ismeretlenek számukra az élet azon területei, melyekkel esetleg az iskola falain

1 Dystrophia musculorum progressiva, progrediáló, a vázizomzat sorvadásával járó, genetikusan determinált kórforma.

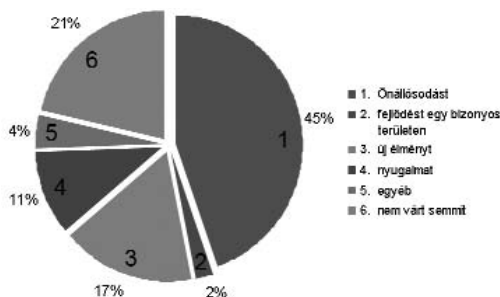
belül nem találkoznak. Sok esetben a gyakorlatban nincsen lehetőség kipróbálni, begyakorolni bizonyos területeket.

3. Azok a tanulók, akik kettő vagy akár három alkalommal is lehetőséget kaptak a tréninglakásba való kiköltözésre nagyobb mértékben fejlődtek önállóságuk területén?

A legnagyobb fokú önállósodásról azok számoltak be, akik 2 alkalommal és 3 héting vettek részt a tréninglakás programban. Az első alkalom sok esetben megalapozta a második alkalom célkitűzéseit.

4. Vajon mást vár a diákotthonban lakó és mást a családi otthonból bejáró tanuló a tréninglakás programtól?

A 4. ábra mutatja, hogy a tanulók milyen elvárásokat és milyen arányban fogalmaztak meg a tréninglakás programban való tartózkodással kapcsolatban. Más elvárások fogalmazódtak meg a diákotthonban lakó és az otthonról bejáró tanulók esetében.



4. ábra. A kutatásban részt vett tanulók válaszainak százalékos megoszlása arra a kérdésre vonatkozóan, hogy mit vártak a tréninglakás programtól

A diákotthonban lakó gyerekek több elvárást fogalmaztak meg, az új élmény lehetősége és a nyugalom csak diákotthonból érkező tanulók esetében fogalmazódott meg. Az egyéb kategóriát is diákotthonban lakó tanulók használták ki, a következő válaszokkal: nincsen bezártság, jobban lehet tanulni, megtanulok spórolni. Nagyon érdekes, hogy a nem várok semmit kategóriát is diákotthonban lakó tanulók töltötték meg 90%-ban. Összességében azt gondolom, a más elvárások más lehetőségeket is jelenthetnek. A diákotthont a tanulók akár 10 évig is „lakásként” használják, annak ellenére, hogy sokféle iskolán kívüli program van azt gondolom nem éri ugyanannyi hatás ezeket a tanulókat, mint a családokban lakó gyermekeket, akik a társadalom többi tagjával többet érintkeznek, több eseményen vesznek részt, több személyesen meglét tapasztalattal rendelkeznek. Az interjúk során az otthon lakó gyermekek szülei túlzott óvó, védő viselkedéséről számoltak be, számukra a tréninglakás a családi közegből való kiszakadás lehetőségét jelentette. Ebben az életkorban elvárható önálló cselekvésben, gondolkodásban sokszor a szülő képez gátat. A tréninglakás program oldhatja a tanulók igen erős függését a szülőktől, olyan helyzetet teremt, ahol önmaguknak kell gondoskodni saját magukról, ahol döntéseket kell hozni és azokért felelősséget kell vállalni.

Elvárásokat fogalmaznak meg a következő idézetek:

- *„Szerintem azt kaptam, amit vártam. Nekem ott azt gondoltam, hogy kipróbálhatom, hogy milyen nagyonak lenni, ez ilyen sok idézőjelben.”*
- *„Vártam, azért vártam, mert az iskolában egy zártabb világ volt, a tréninglakás az egész más.”*
- *„Egy esélyt kipróbáljam magam az életbe!”*
- *„Először úgy volt, hogy én nem akartam menni, hogy jaj, hát én nem szeretek ilyen helyre menni, hogy önállóan, mert én azt szeretem, ha segítenek, meg ilyesmi, de aztán valahogy mégis elmentem. Nagyon jó volt.”*

5. Ténylegesen segíti-e a tréninglakás program a tanulók önállósodását, illetve az önállósodás melyik területén fejti ki hatását leginkább?

A válaszadók 81% megfogalmazta, hogy a tréninglakás program során önálló életvitel területén fejlődött. Az önállósodás területeire vonatkozó diagramokon (2. és 3. ábra) egyértelműen látszik, hogy nem a mindennapos tevékenységeik tekintetében fejlődtek a tanulók. Az önálló élet tevékenységeinek kipróbálása jelentett kihívást a tréninglakás program résztvevői számára. Ezekon a területeken fejlődtek leginkább. A vizsgálat nem mérte, de valószínűsíthető, illetve a tanulók is utaltak rá az interjúk során, hogy a megtapasztalás lehetősége: egy lakásban „önállóan” élni, hatott személyiségfejlődésükre is. Szociális, társas kapcsolataikban olyan élethelyzetekbe kerültek, amiket máskor nem volt lehetőségük megtapasztalni.

A tréninglakás programban való részvétel a kötelezettségek mellett a diákok részére a szabadság lehetőségét is jelenti. Ebben az életkorban megfogalmazódik az igény arra, hogy kipróbálják saját magukat egy olyan környezetben ahol felelősek önmagukért, ahol önállóan eldönthetnek bizonyos dolgokat, ahol megszervezhetik a hétköznapiakat, ahol akkor esznek, amikor éhesek és akkor tanulnak, amikor szükségesnek érzik. Ugyanakkor a következményeket is vállalni kell, ha nem gondolják végig, hogy mit kell vásárolni, akkor nincs vacsora, ha nem tanulják meg a házi feladatot, akkor másnap nem tudnak jó eredménnyel felelni. A tréninglakás környezete leképezi azt az életformát, ami a felnőtt életben várható.

Ezek a mozgáskorlátozott gyermekek speciális iskolában tanultak mostanáig, akár 9-10 éven keresztül. Az általános iskola befejezésekor egy olyan fordulóponthoz érnek, amikor megfogalmazódik annak lehetősége, hogy tanulmányaikat középiskolában integráltan folytatják. A tréninglakásban eltöltött idő elősegítheti a középiskolai integrációt, megmutatja a fejlesztési területeket, a lehetőségeket, a feladatokat, rávilágít arra, hogy az általános iskolából kilépve a sajátos megsegítés, támogatás már nem olyan mértékben lesz elérhető.

Összefoglalás

A mozgáskorlátozott gyermekek és fiatalok önálló életre nevelésében a tréninglakás program bizonyítottan nagy segítséget jelent. Egy független életformát próbálhatnak ki, tapasztalatokat szerezhetnek, amelyek szükségesek lesznek akkor, amikor önállóan kell az élet különböző területein boldogulniuk. Sok esetben itt a tréninglakásban szembesülnek először olyan feladatokkal, amelyek a felnőtt élet szerves részei. A vizsgálat során láthatóvá vált, hogy a családi környezetből érkező gyerekek mennyire ki vannak

szolgálva, hogy sok esetben azokat a feladatokat, tevékenységeket sem végzik el ott-hon, amikre képesek lennének. Szükségesnek tartom a családok felvilágosítását annak jelentőségéről, felelősségéről, hogy a gyermekeiket tudatosan önállóságra tanítsák, neveljék.

Ha a társadalmi integrációhoz vezető út egy lépcsősor, akkor a tréninglakás program egy lépcső felfelé, mely épül az iskola egyéb tevékenységeire, melyeket a komplex szomatopedagógiai fejlesztés biztosít, és alapja a következő fokoknak, úgymint továbbtanulás, munkavállalás, beilleszkedés a társadalomba.

A nemzetközi példák tanulmányozásával és a Mozgásjavító EGYMI tapasztalatai alapján érdemes lenne kialakítani a *tréninglakás* ellátási forma módszertanát, annak törvényi és finanszírozási lehetőségeit, teret adva a tréninglakások mind nagyobb számban való alkalmazásának.

Irodalom

- BENCZÚR M.-NÉ (2000): *Sérülésspecifikus mozgásnevelés*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- BRUCKMÜLLER M. (1999): *Mit jelent az önrendelkezés gyakorlata az intézményekben élő értelmileg akadályozott emberek számára*. In LÁNYINÉ DR. ENGELMAYER Á. (szerk.): *Kiscsoportos lakóotthonok, a szervezés és a tartalmi munka aktuális kérdései*. Soros Alapítvány, Budapest.
- Mozgásjavító EGYMI Pedagógiai Program (2002–2012).
- SZOKOLSZKY Á. (2004): *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris Kiadó, Budapest.
- ZÁSZKALICZKY P. (1998): *A deinstitucionalizáció folyamata a német nyelvű országokban*. In ZÁSZKALICZKY P. (szerk.): *A függőségtől az autonómiáig: helyzetértékelés és jövőkép a kiscsoportos lakóotthonokról*. Kézenfogva Alapítvány – Soros Alapítvány, Budapest. 35–80.
- www.mozgasjavito.hu

Az ELTE BGGYK Gyógypedagógiai Továbbképző Központja az ELTE Pedagógikum Központ Doktori és Továbbképzési Osztályával együttműködésben az alábbi linken elérhető alap- és mestervégzettségre épülő szakirányú továbbképzéseket kínálja:

www.barczy.elte.hu/oktatas/tovabbkepzesek/439-szakiranyu-tovabbkepzesek

Jelentkezési határidő egységesen: 2014. június 30.

A szakirányú továbbképzésekben az önköltség mértéke: 150.000 Ft/fő/félév

A gyógypedagógus szakvizsga kedvezményes önköltsége: 120.000 Ft/félév

A gyógypedagógia alapszak szakirányainak szakirányú továbbképzés keretében történő elvégzése a táblázatban foglalt feltétel teljesülése esetén kedvezményes lehet.

3 Sajátos nevelési igényű kollégista középiskolások integrációjának megvalósulása

Élet a Váci Mihály Kollégiumban*

ROHOSKA GÁBOR**
rohoskag@gmail.com

Absztrakt

A szerző szakdolgozata alapján készült cikk a sajátos nevelési igényű tanulók egy csoportjának integrálódását és életminőségét vizsgálja meg az érintett középiskolás tanulók szemszögéből. Kitér a sajátos nevelési igényű tanulók szegregáló, integráló és inkluzív jellegű nevelésének oktatásának fogalmi hátterére és a köztük lévő elméleti és gyakorlati összefüggésekre. A közoktatásban részt vevő SNI-tanulókra vonatkozó statisztikai adatokkal kapcsolatban kitér a diákok iskolaelhagyásának elsődleges okaira és ezzel összefüggésben a többségi pedagógusok, valamint a gyógypedagógusok együttműködésének jelentőségére. A kapcsolódó kutatás során egy sajátos nevelési igényű diákokat integráló intézmény, a budapesti Váci Mihály Kollégium 37 sajátos nevelési igényű tanulót számláló csoportja került megvizsgálásra a diákokkal folytatott félig strukturált interjúk felvétele során. Az eredmények összegzése: a speciális gyógypedagógiai általános iskolát végzett diákok a középiskolai integráció magasabb fokán állnak, mint a többségi általános iskolát végzett társaik, jövőképük pozitívabb, az őket megillető jogokkal is jobban tisztában vannak.

Kulcsszavak: integráció, inklúzió, szegregáció, sajátos nevelési igény, közoktatás, középfokú oktatás, kollégiumi nevelés, pozitív diszkriminációs jogok, jövőkép

A sajátos nevelési igényű (SNI) tanulók integrációja napjaink egyik lényeges pedagógiai kérdése az oktatás minden szintjén. Hazánkban, a 2006-ban készült felmérések szerint 78 365 sajátos nevelési igényű gyermek és fiatal jár óvodákba, illetve különböző közoktatási intézményekbe. Ennek a diákcsoportnak közel 77%-át általános iskolai tanulók alkotják, akik beilleszkedésének kérdése mind a nagy létszámuk miatt, mind a jövőjük sikeres megalapozásának végső célja miatt rendkívüli fontossággal bír. Az elkülönítő általános iskolai nevelést követő társadalmi beilleszkedési nehézségek okán a 20. század második felétől felerősödött a fogyatékos tanulók épekkel összevont, integrált oktatására való törekvés (BÁNFALVY 2005, idézi HALÁSZ–LANNERT 2006). Ennek a tendenciának a fontosságát és jelentőségét bizonyítja, hogy világszerte megfigyelhető, valamint az oktatás valamennyi szintjén támogatott. Az ENSZ közgyűlése által 1993-ban elfogadott alapszabályzat szerint az államok egyenlő alap-, közép- és felsőoktatási lehetőségeket kötelesek biztosítani a kis és nagykorú fogyatékos személyek számára. Emellett az UNESCO által a spanyolországi 1994-es világkonferencián kibocsátott doku-

* A cikk a szerző 2010-ben íródott „Egy sajátos nevelési igényű tanulókat integráló intézmény bemutatása az érintett tanulók szemszögéből – Élet a Váci Mihály Kollégiumban” című szakdolgozata alapján készült, amelyet ugyanezen évben adott le a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézetében, ahol a szakdolgozat pozitív elbírálásra került, valamint publikálásra javasolták. A szakdolgozat Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes tanárnő konzulensi munkája és segítségével mellett íródott.

** A szerző szabadúszó író, kutató, szakfordító, angoltanár.

mentumokban kitérnek a cikkben később bemutatott inkluzív oktatás elvére is, felhívva a világ valamennyi kormányát annak törvénybe foglalására (CSÁNYI–ZSOLDOS 1994). A konferencia záró határozata szerint az inkluzív oktatás elve alapján minden SNI-gyermek felvételt kellene, hogy nyerjen a többségi iskolákba, amelytől eltérő eljárásra kizárólag kényszerítő okok szolgáltathatnak csak indítékot.¹

Az integrált, valamint az inkluzív nevelés pedagógiai gyakorlatban történő térnyerésének következtében elkerülhetetlen a speciális gyógypedagógiai intézmények szerepének átértékelése. Az ENSZ, illetve az UNESCO megközelítése magában hordozza a speciális gyógypedagógiai oktatás szükségességének hangsúlyozását mint az integráló, illetve inkluzív nevelést szükség szerint kiegészítő gyógypedagógiai intézményrendszer.² Ez természetesen érthető, hiszen a sajátos nevelési igényű diákok integrációja a befogadó intézményekkel szemben számos infrastrukturális és szaktudásbeli követelést állít, amelyek nélkül a sikeres együttnevelés nem valósítható meg. De mi szükséges ahhoz, hogy egy intézmény az integrált nevelésen túlmutatva a sajátos nevelési igényű diákok inklúzióját is meg tudja valósítani? Miként élik meg maguk az érintett, SNI kategóriába sorolt diákok integrált neveletésüket? Vajon mutatkozik különbség a többségi és a gyógypedagógiai általános iskolát végzett tanulók középiskolai integrálódásának szintjei között? Miként segíthetnek a speciális gyógypedagógiai intézmények a hazánkban megvalósuló integrált oktatás fejlődésében? A diplomamunka alapját képező kutatás ezeket a kérdéseket vizsgálta meg az érintett diákok szemszögéből. A vizsgálat az alábbi feltételezéseket volt hivatott igazolni vagy megcáfolni:

- a Váci Mihály Kollégiumban lakó, többségi általános iskolát végzett diákok az integráció magasabb fokán állnak, mint az ugyanott lakó, gyógypedagógiai általános iskolát végzett sajátos nevelési igényű társaik.
- a Váci Mihály Kollégiumban lakó, többségi általános iskolát végzett diákok saját életminőségüket pozitívabban ítélik meg, mint a gyógypedagógiai általános iskolát végzett sajátos nevelési igényű társaik.

A kutatás nem csupán a gyógypedagógiával foglalkozó szakemberek, hanem a szaktanári végzettséggel rendelkező középiskolai tanárok számára is – mint amilyen a szerző maga – fontos és aktuális kérdésekkel foglalkozik. Segít betekintést nyerni az akadályozott diákok hétköznapijaiba, jobban megismerni „világukat”, hogy a kapott információk és ismeretek birtokában nehézségeiket könnyebb lehessen megérteni és kezelni. A Váci Mihály Kollégiumban végzett kutatás remek alkalmat teremtett az ismeretszerzésre, és olyan tapasztalatok megszerzésére, amelyeket e cikk olvasói is tanulságosnak találhatnak.

Az integrált nevelés fogalmi és jogi háttere

A gyógypedagógiai szakma fogalomtára elkülöníti a szegregált, az integrált és az inkluzív nevelés fogalmait. Mindhárom fogalom más tartalommal bír a sajátos nevelési igényű diákokra nézve és alkalmazásuk időzítését és indokoltságát tekintve napjainkban gyakran nemcsak szakmai, hanem politikai viták tárgyai is.

A fogyatékos diákok szegregált nevelése és oktatása a többségi intézményektől elkülönített speciális intézményekben zajlik. A szegregált nevelés különösen a gyógype-

1 Forrás: Katona L.: *Integrált nevelés*.

2 Forrás: Katona L.: *Integrált nevelés*.

dagógia fejlődésének integrált nevelést megelőző szakaszában volt meghatározó, amely alatt a sajátos nevelési igényű tanulók sérülés specifikus nevelése speciális intézményrendszerben valósult meg. Ebben a folyamatban a gyógypedagógiai intézmények tehermentesítő szerepet tölthettek be, amely során a „sérülteket” a fogyatékosági kategóriának megfelelő intézményekben helyezhették el. A fogyatékoság-centrikusság meghatározó feladata a fogyatékos tanulók képesség szerinti homogén csoportjainak létrehozása, az „épek” közül való kiválogatása volt. Így a fogyatékos gyermekek elkülönítésén túl az egyes fogyatékosági típusok és az ezeken belüli súlyossági fokok szerinti elkülönítés is elkezdődhetett, amelynek megfelelően ezek után a gyógypedagógus-képzésben is megjelentek e különböző szakok (GORDOSNÉ SZABÓ 2000).

Számos gyógypedagógiai intézményben valósul meg napjainkban is a sajátos nevelési igényű tanulók külön nevelése, például a különböző fogyatékosági típusokra összpontosító gyógypedagógiai intézményekben, ahol a diákok akár már óvodás koruktól kezdve szakszerű gyógypedagógiai oktatásban és fejlesztésben részesülhetnek.

Bár az elkülönített képzés szakszerű fejlesztést és oktatást garantál, a felnőtt életben való elkülönülés veszélyétől tartva mégis megfogalmazódott az integrált nevelés iránti igény a sajátos nevelési igényű diákok részéről (BANFALVY 2008). Az integráció, azaz együttnevelés általános megközelítése szerint a sajátos nevelési igényű gyermek fiatal ép társaival való együttes oktatását és nevelését jelenti. Az oktatásban, illetve nevelésben megvalósuló integráció során az SNI-diákok többségi intézménybe kerülnek, amely az érintettek számára az intézmény már kialakult normáihoz és elvárásaihoz történő feltétlen alkalmazkodást jelenti (KÓPATAKINÉ és mtsai 2007). Az integrált nevelés vitathatatlan előnye az „ép”, többségi csoporthoz tartozó diákok megismertetése a fogyatékos személyek problémáival és kihívásaival, aminek köszönhetően növelhetjük a tanulóknál rejlő empátiát, megértést és az elfogadókészséget. Ennek köszönhetően egy kellően toleráns társas közeg alakulhat ki, amely kulcsfontosságú a fogyatékos személyek integrálódási folyamatában, és hosszú távon a társadalmunkban is attitűdváltást eredményezhet (FISHER 2009). Társadalmi közegünk szerepe a fogyatékos személyek szempontjából több mint meghatározó, hiszen környezetük a velük folytatott kommunikáció útján képes, az állapotuktól függetlenül, fogyatékosá tenni a sérült személyeket (KÁLMÁN–KÖNCZEI 2002). A gyógypedagógiai nevelésben bekövetkezett szemléletváltás létjogosultsága tudományos eredményekkel is alátámasztható, hiszen hosszútávú nyomkövető vizsgálatok bebizonyították, hogy felnőtt korra, a társadalmi beilleszkedés folyamatának eredményeként, sok esetben eltűnnek azok a különbségek, amelyek alapján a tanköteles korban a szelekció megvalósult. Az életpálya során, a megfelelő pályaválasztásnak köszönhetően, a fogyatékoság még tovább csökkenthető (UNGVÁRY 2000, idézi SZILÁGYI 2004).

Az integrált oktatás lehetőségét Magyarországon a közoktatást meghatározó jogi szabályozás teremtette meg. A megfelelő jogi szabályozás személyi, dologi és pénzügyi támogatást biztosít a fogyatékos tanulók számára a Közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény értelmében, ezen jogukat a 2005. évi CXXXIX. törvény a felsőoktatásról alapján a felsőoktatásban is érvényesíthetik.

Természetesen nem lehet figyelmen kívül hagyni az adott diák fogyatékoságának jellegét és mértékét sem, hiszen ennek függvényében dől el, hogy egy adott integrált intézménybe történő vagy speciális gyógypedagógiai intézményi ellátása előnyösebb-e a számára (KÓPATAKINÉ és mtsai 2007). A speciális gyógypedagógiai intézmények együttnevelést támogató funkciója rendkívül fontos szerepet játszik az integráció megvalósításában. Az integrált oktatást megvalósító többségi intézmények igénylik a speciális

intézményekben dolgozó gyógypedagógusok szaktudását a különböző fejlesztő programok kialakításában és az intézmények akadálymentesítésének megvalósításában (MESTERHÁZI 2003).

Az integrációval kapcsolatos kritikák szerint a nevelés olyan módja nem segíti minden esetben elő a sajátos nevelési igényű gyermekek képességeinek fejlődését, amely csak az iskola már meglévő pedagógiai struktúrájába illeszti be az adott tanulót. Az iskola az ilyen esetekben nem alkalmazkodik az SNI-diákhhoz, hanem az oda kerülő tanulótól várják az intézménynek való megfelelést. Az ilyen jellegű eljárás csak alacsony létszámú, jó képességekkel rendelkező SNI-tanuló esetében lehet eredményes. Bánfalvy szerint az iskolai integráció önmagában, a társadalmi integrációhoz hasonlóan, se nem jó és se nem rossz. Sikerességének megvalósulása gyakorlati megnyilvánulásának módján múlik, hiszen egy elutasító vagy irreális elvárásokat támasztó közegbe integrált diák számára az együttnevelés csak kirekesztettséget és kudarcélményeket szülhet (BÁNFAVY 2008). A megfogalmazódott kritikából következően jött létre a gyógypedagógia és az integráció mellett az inklúzió fogalma és folyamata, amely eljárás fontos különbséget mutat az integrációhoz képest. Az inkluzív nevelés az integrált neveléssel szemben a tanulási folyamatokat minden diák számára egyéni képességükhöz és fejlődési ütemükhöz mérten kívánja biztosítani, differenciált oktatás formájában. Ennek segítségével mérsékelhető a sajátos nevelési igényű diákok sikertelenségéből fakadó kudarcélménye, mivel képességeikhez mérten megfelelő oktatásban részesülhetnek. További lényeges eltérés, hogy jellegéből kifolyólag, a csupán integrációt végrehajtó intézményekkel szemben az inkluzív oktatás minden tanulóra kiterjeszhető (PERLUSZ 1995).

Integráltan nevelt tanulók a magyar közoktatásban

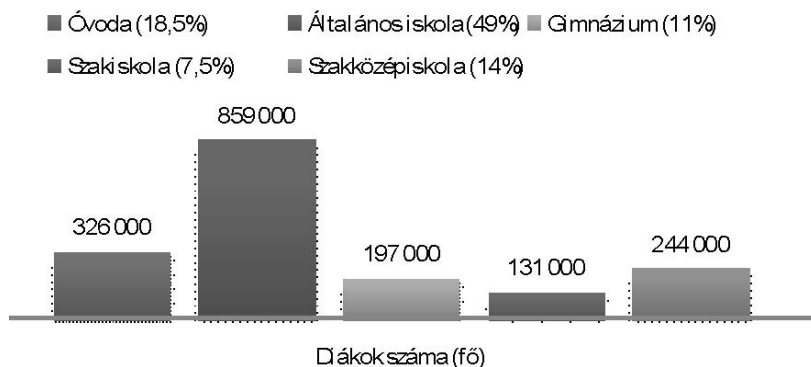
A statisztikai adatok alapján az integrált nevelésben, illetve oktatásban részt vevő sajátos nevelési igényű tanulók aránya évről évre növekszik. 2005-ben a magyar közoktatásban összesen 1 757 000 diák tanult, akik közül 78 365-en sajátos nevelési igényűek. Az integráltan oktatott diákok arányát azonban az is nagyban megnöveli, hogy a magatartás- és részképesség-zavarokkal küzdő tanulók (a speciális intézmények alacsony száma miatt) közel 90%-ban vesznek részt az integrált oktatásban. A 2004/2005-ös tanév adatai alapján testi és érzékszervi fogyatékosok közel 50%-a nem tanul speciális intézményekben, míg az enyhe fokban értelmi fogyatékosnak minősítettek aránya 10% körül alakult az integráló intézményekben (KÓPATAKINÉ és mtsai 2007). Ezzel szemben a 2009/2010-es tanévben már a fogyatékos tanulók közel 60%-a integrált oktatásban vett részt.³ A speciális nevelési igényű diákokat a 2005-ös adatok alapján, 847 integrált nevelést megvalósító közoktatási intézmény fogadja országszerte. Ez magába foglalja az általános iskolák mellett az óvodákat, gimnáziumokat, szakiskolákat, speciális szakiskolákat és szakközépiskolákat.⁴ A KSH szintén 2005-ös adata alapján 131 speciális, gyógypedagógiai intézményben folyik hazánkban sajátos nevelési igényű diákok oktatása.⁵

3 Forrás: a NEFMI honlapja.

4 Forrás: az OKI honlapja.

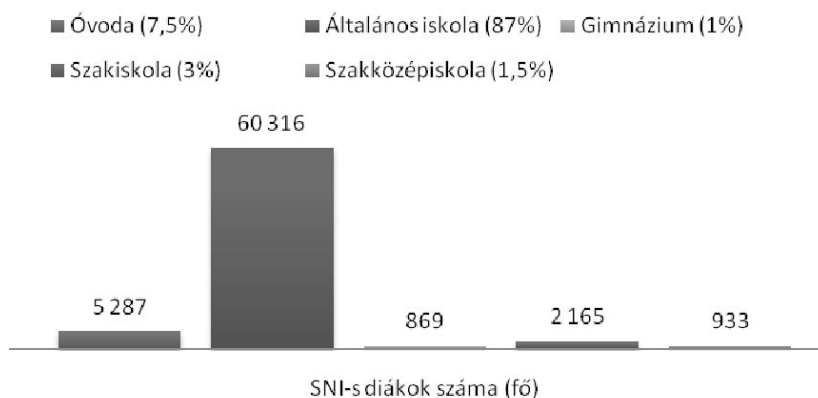
5 Forrás: a KSH honlapja.

Az 1. ábrán a magyar közoktatásban részt vevő összes diák megoszlása látható, míg a 2. ábra a sajátos nevelési igényű diákok hasonló megoszlását szemlélteti.



1. ábra. A közoktatás különböző intézménytípusaiban tanuló összes diák száma

(Forrás: saját ábra; KŐPATAKINÉ és mtsai 2007)



2. ábra. A közoktatás különböző intézménytípusaiban tanuló SNI-diákok megoszlása

(Forrás: saját ábra; KŐPATAKINÉ és mtsai 2007)

Az ábrákon megfigyelhető, hogy a tanulók az általános iskolákban vannak jelen a legnagyobb létszámmal, és ennek megfelelően itt a legmagasabb az aránya a sajátos nevelési igényű diákoknak is. A sajátos nevelési igényű tanulók teljes csoportján belül azonban az is nyilvánvalóvá válik, hogy részvételük hangsúlya az általános iskolai korosztály felé tolódik el, azaz igen kevés SNI-diák van jelen valamilyen jellegű középiskolai oktatásban. Az alacsony létszám egyik oka az integráció terjedésének ütemével lehet összefüggésben. Mivel az integrált oktatás törvényes háttere 1993 óta biztosított, a fogyatékos diákok 1993 óta felnövekvő generációjának egy jelentékeny hányada még nem érte el a gimnazista kort, hiszen a felmérés készítésének idején (2007) még csak 14 évesek voltak. Az integráció hulláma várhatóan később éri majd el a gimnáziumokat, középiskolákat és szakközépiskolákat, így az integráltan nevelt diákok száma ezekben

az intézményekben még tovább nőhet. Az alacsony létszám másik oka az SNI-tanulók esetében sajnálatos módon gyakran megfigyelhető „lemorzsolódás”, azaz az idő előtti iskolaelhagyás. Ennek okául szolgálhatnak a diákok tartósan elszenvedett kudarcélményei, a tanulási képességeik elmaradása, gyengesége, a részképességeik zavara, a társadalmi, illetve közösségbe való beilleszkedésük zavarai. Megfelelő orvosolásuk híján ezek a problémák elsődleges kiváltó okai lehetnek a fiatalok (SNI) idő előtti iskolaelhagyásának, ami hosszú távon nagymértékben veszélyezteti a társadalomba való beilleszkedésüket. Így kiemelt fontossággal kell kezelni az általános iskolai, valamint az azt követő középiskolai integráció kérdését, mivel a statisztikák alapján ez láthatóan kulcsfontosságú (VARGÁNE 2008).

A lemorzsolódás azonban nem csupán pillanatnyi jelenség, hanem egy hosszabb folyamat következménye. Éppen ezért a megfelelő jelzőrendszer kialakításával és a jelentkező tünetek szemmel tartásával megelőzhető lenne az idő előtti iskolaelhagyás. Vargáné és szerzőtársai a jelenségek több szintjét különböztetik meg, amelyek jelzés értékű információkat hordoznak magukban a pedagógusok számára. A folytonos hiányzás, a tanulmányokban való lemaradás, a nem az iskolával kapcsolatos aktivitásokba való erős bevonódás, és számos más jel mind az illető diák esetleges lemorzsolódására figyelmeztethetnek. A rizikófaktorok mellett azonban számos megtartó tényező is ismeretes, amelyek a lemorzsolódás megállításában játszanak fontos szerepet. Kiscsoportos fejlesztő, felzárkóztató, tanulás-módszertant is oktató foglalkozások szervezésén keresztül a tanulók terápiás fejlesztése is megtörténhet. Az egyéni tanulásban szerzett sikerélmények, a pedagógussal, illetve a többi diáktárssal kialakuló személyes kötődés fogódzókat jelenthet a sajátos nevelési igényű diákoknak, erőforrás lehet a rendszerből való kiesést előidéző tényezőkkel szemben (VARGÁNE 2008).

Rendkívül fontos kiemelni, hogy az integráló intézmények pedagógusai nincsenek magukra hagyva a sajátos nevelési igényű diákok lemorzsolódása ellen „vívott harcban”. Számos lehetséges partnert kereshetnek fel, akik az iskolaelhagyást kiváltó rizikófaktorok diagnosztizálásában és a megelőzésben nyújthatnak segítséget. Az Egységes Gyógy-pedagógiai Módszertani Intézmények utazótanáraikkal nyújtanak szakmai segítséget az inkluzív oktatási folyamatok megvalósulásában. Segítségükkel feltárhatóak, diagnosztizálhatóak a meglévő problémák, illetve eldönthető, hogy azok valóban tényezői-e az iskolaelhagyásnak. A nevelési tanácsadók pszichodiagnosztikai, pszichoterápiás, vagy akár fejlesztőpedagógiai szolgáltatásukkal segíthetnek a lemorzsolódó tanulók arányának csökkentésében. A diákokra vonatkozó szakszolgáltatásokon kívül az EGYMI utazó módszertani segítséget is nyújthat a többségi oktatási intézmények pedagógusainak, hiszen a megfelelő infrastruktúra és módszertanilag felkészült tanárok híján nem is valósulhat meg az integráció (VARGÁNE 2008).

Az idő előtti iskolaelhagyást megakadályozandó kulcsfontosságú a többségi intézményekben dolgozó pedagógusok gyógypedagógusokkal való együttműködése és kölcsönös információcseréje. A két szakember közötti összhangra alapuló, kéttanáros modell, illetve az utazó-tanári modell során létrejövő team munka rendkívül hatékony megoldást biztosíthat a sajátos nevelési igényű diákok oktatásának és fejlesztésének gyakorlati megvalósulásához. A közös munkának köszönhetően a diákok számára megtervezhetőek a megfelelő fejlesztési és terápiás feladatok, átívelve a hagyományos óra és a terápiás foglalkozást elválasztó falat. Az egyéni szükségletekhez idomuló bánásmódhoz azonban a pedagógusoknak pontosan meg kell ismerniük az egyes sajátos nevelési igényű diákok szükségleteit és tanulási ütemét, hiszen ezek szolgálnak a differenciált oktatás alapjául. Erre, az egyéni tanmenetre építhető fel az érintett diákok (SNI) értékelése

is, amely írott formában, árnyaltan rajzolja körül a diák önmagához képest végbement fejlődését, és saját lehetőségeinek, képességeinek kihasználási mértékét (F. KOVÁCS 2011).

A vizsgálat módszertanának, körülményeinek ismertetése és a vizsgált diákcsoporthoz bemutatása

A módszertan ismertetése

A szakdolgozatban szereplő vizsgálat vegyes módszertannal készült, amelyben a kvantitatív és a kvalitatív elemek egymást kiegészítő módszerként kerültek alkalmazásra. A módszertan ilyen jellegű vegyítése a kutatási módszertan utóbbi években egyre erősödő gyakorlati tendenciája, aminek során a két különböző metodikát egymást kiegészítő lehetőségként közelítik meg.⁶

Az alábbiakban ismertetett kutatás során kvantitatív elemek a kvalitatív felméréshez voltak hivatottak alapot szolgáltatni. A kérdőív első, „Bevezető kérdések” című része a vizsgált sokaság különböző paraméterek szerinti leírására adott módot. Célja a megkérdezett diákok csoportjának leírása volt annak érdekében, hogy a későbbi kvalitatív vizsgálat számára megfelelő viszonyítási alapot biztosíthasson. A kérdések célja a diákok kor, nem és lakhely szerinti leírásán a korábban és jelenleg látogatott oktatási intézményeik integráló és szegregáló típusa szerinti elkülönítése volt. Az itt megszerzett adatok képezték a kutatás alapját, amely szerint az interjú feltett kérdéseire kapott válaszok rendszerezésre kerültek, összehasonlítva a korábban integráló, illetve gyógypedagógiai intézményeket látogató diákok válaszait. A kérdőív első fele egyben „bemelegítésként” is szolgált az interjú kezdetén, az általános gyakorlatnak megfelelően dinamikus kérdésfeltevés és válaszadás jellemezte. Bár sok diák saját bevallása szerint már több alkalommal volt kutatások alanya, néhányuk mégis érezhetően feszült volt a beszélgetések kezdetekor. Az ilyen esetekben az interjú bevezetéseként szolgáló egyszerű kérdések érezhetően oldották a diákokban rejlő feszültséget.

A vizsgálat kvalitatív elemzése során a kérdésekre történő hosszabb, az adott témában mélyebbre menő válaszadás volt jellemző. Az interjú második felének kérdései három témakörbe sorolhatóak, amelyeket kategóriák szerint az *1. táblázat* szemlélteti. Az első csoportban szereplő kérdések alapvető célja a diákok hétköznapijaiba való betekintés volt, a kollégium és az iskolák diákok szemszögéből történő leírásának segítségével. A kérdések második csoportja a társas kapcsolatokra vonatkozó kérdéseket tartalmazta, amely a tanulók iskolai és kollégiumi közösségben megélt szerepét volt hivatott felmérni. Végül a kérdések harmadik csoportja a diákok életminőségére vonatkozó kérdéseket foglalta magába, amelyek célja a diákok önmaguk alkotta jövőképe és életminőségükről alkotott véleményének megismerése volt.

6 A kvantitatív kutatások jellemzője a kutató és a vizsgálati személy közötti kapcsolat formális és aszimmetrikus jellege, a kutató szerepének túlsúlya miatt. Ezzel szemben a kvalitatív kutatási stratégia nyitott kérdésekkel vizsgálja az adott jelenséget természetes környezetében. A vizsgálódás alapvetően induktív jellegű, így a hipotézis csupán iránymutatóként szolgál. Törekszik a részletek alapos feltárására és elemzésére, aminek köszönhetően kevésbé formális a kapcsolat a kutató és a vizsgálati személy között. A részletességéből fakadóan általában kisebb elemszámú minta esetén alkalmazzák, eredményét kevésbé standardizált módon, hanem személyes megjegyzésekkel együtt közlik (SZOKOLSKY 2004).

Hétköznapok a kollégiumban és az iskolában	Társas kapcsolatokra vonatkozó kérdések	Életminőségre vonatkozó kérdések
Mit érzel előnynek a kollégiumi életben, ill. az iskolában?	Ki a legjobb barátod az iskolában, ill. a kollégiumban és miért? (Ő is vak, hallássérült, ill. mozgáskorlátozott?)	Jobb életminőség eléréséhez mire volna leginkább szükséged?
Mit érzel hátránynak a kollégiumi életben, ill. az iskolában?	Kit kedvelsz a legkevésbé az iskolában, ill. a kollégiumban és miért? (Ő is vak, hallássérült, ill. mozgáskorlátozott?)	Ha lehetne három kívánságod, mik lennének azok?
Hogyan jutsz el a kollégiumból az iskolába és vissza? (Ha van segítség, ki az, mi az?)	Szeretsz részt venni a kollégium közösségi életében?	Mivel szeretted tölteni a szabadidődet? Mik a terveid a jövőre nézve?
Használtsz e rehabilitációs segédeszközt? Ha igen, mit?		Elégedett vagy az előtted álló lehetőségekkel?

1. táblázat. A vizsgálat kvalitatív jellegű kérdései

(Forrás: saját táblázat)

Az interjúkészítés körülményeinek ismertetése

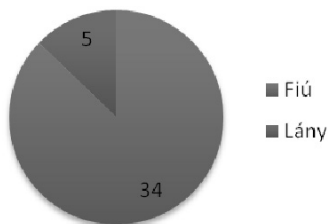
Cseh-Szombathy és Ferge szerint az interjú során olyan szituációt célszerű megteremteni, amelyben a válaszadó megbízható és érvényes feleleteket ad a kérdésekre, bátran hangot adva nézeteinek. Az ilyen jellegű szituáció kialakításához okvetlenül szükséges a barátságos légkör megteremtése, hogy az interjú alanya semmiképpen se érezze feszélyezve magát (CSEH-SZOMBATH-FERGE 1975). Mivel az interjúkra a kollégium falai között került sor, a diákok által jól ismert szobákban vagy tanulószobákban, a barátságos és fesztelen légkör kialakítása nem okozott nehézségeket. A szerző fiatal korának köszönhetően a diákok kortársukként kezelték, és döntő hányaduk az interjút kötetlen, baráti beszélgetésként fogta fel. Láthatóan jól esett nekik, hogy véleményük komoly érdeklődésre tart számot, ráadásul a kollégiumról és az esetleges problémáikról is szívesen meséltek. Serdülőkorú fiatalokról lévén szó, pszichológiai sajátosságaik megértéséhez fejlődés-lélektani ismeretek szükségesek. Ennek az életkori szakasznak jellegzetes velejárója a kortársi csoportok előtérbe helyezése, ami sokszor felnőttekkel, az iskolában pedig tanáraikkal szembeni szándékos ellentmondásban nyilvánul meg (COLE-COLE 1998). Az interjúk végeztével gyakran alakult ki informális beszélgetés is, amelyekből újabb érdekes információkra derült fény a diákok mindennapjairól. Abban a néhány esetben, amikor finoman, de éreztették, hogy a beszélgetés a terhükre lenne, többnyire a késői időpontok és zsúfolt napirendjük indokolhatta elutasítóbb viselkedésüket. (Azonban tanáraik, és a vizsgálatvezető kérésére még ilyen helyzetben is szakítottak némi időt a beszélgetésre.)

A kollégiumi élet sajátosságaiból fakadóan néhány esetben nem volt mód az interjúk négy szemközti vagy teljesen háborítatlan körülmények között való elvégzésére. Nyilvánvaló volt, hogy az esetlegesen létrejövő zavaró körülményekhez a diákok már hozzászoktak, a kollégiumi élet részeként tudomásul veszik, e körülményektől teljesen el tudnak vonatkoztatni, lehet velük jól kommunikálni.

A kollégiumban élő sajátos nevelési igényű diákok sokaságának bemutatása

A Váci Mihály Kollégium megalapítására 1975-ben került sor, jelenlegi nevét 1983 óta viseli. A kollégium Budapest XIV. kerületében, Zugló kertvárosában található, a Mogyoródi út 128. szám alatt. Jelenlegi igazgatója Dr. Patai Kálmánné, akinek munkáját két igazgatóhelyettes segíti. A kollégium „leány oldalán” Káldi Etelka, míg a „fiú oldalon” Varga Mária igazgatóhelyettes asszonyok végzik munkájukat. A kollégiumhoz kapcsolódó intézmények száma egy tanévben akár a száz-százharmincat is elérheti, amelyek közé a műszaki szakiskolától a zeneiskoláig a legkülönbözőbb intézmények sorolhatóak.⁷

A kollégium 1991-ben nyitotta meg kapuit a sajátos nevelési igényű tanulók előtt, még mielőtt a Köznevelési törvény szabályozta volna az együttnevelést vállaló intézményeknek nyújtott előnyöket. Elsőként csupán négy hallássérült lány lakott a kollégiumban, mint egyedüli speciális nevelési igényű tanulók. 1997-től kezdtek el látássérült diákokat fogadni, míg mozgássérült tanulók 2002-től keresik fel rendszeresen a kollégiumot. A speciális nevelési igényű tanulók száma az utóbbi 10 évben folyamatos növekedést mutatott, miközben a tanulók összlétszámának csökkenése volt megfigyelhető (VARGA 2007). A felmérés készítésekor 2009-ben a kollégium 433 diákja közül 39-en tartoztak az SNI-diákok csoportjába. Az interjúk elkészítése során két kivételtől eltekintve az összes sajátos nevelési igényű diákkal sikerült beszélgetést folytatnom. Nemek szerinti megoszlásuk szerint a fiúk vannak többségben, 34 fős létszámmal, míg a kollégium lány oldalának csupán 5 SNI lakója van. Ez a fiú, illetve férfi többség megegyezik a gyógypedagógiai szakma ismert ténymegállapításával, mely minden fogyatékosági típusban ilyen többséget ismer.

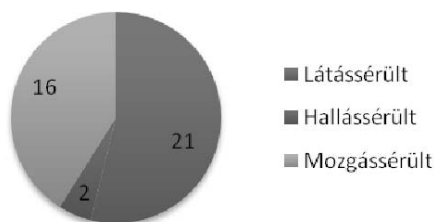


3. ábra. A kollégiumban lakó SNI-diákok nemek szerinti megoszlása

(Forrás: saját ábra)

Fogyatékoságuk típusa szerint 21 fő látássérült, 16 fő mozgássérült és két hallássérült tanuló található a kollégium SNI-lakói között. A kollégium lakói között megtalálható 3 fő, a megismerő funkcióik zavarával küzdő sajátos nevelési igényű diák is, akikkel azonban nem készítettem interjút. A három „diszes” diák sokaságból való kiszűrésének okát a vizsgálat tárgya szolgáltatta, ami a kirekesztés, illetve a befogadás megvalósulásának tanulmányozása volt, így kizárólag a klasszikus fogyatékosági típusokra koncentráltam. A látható fogyatékoság a külső jegyek (stigmatizáció) miatt a kirekesztettségre nagyobb hatással lehet, és a „diszes” diákokénál nagyobb eltérést okozhat. Mivel a kizárólag megismerő funkciók zavara miatt sajátos nevelési igényűnek nyilvánított tanulók nem hordoznak magukon olyan külső jegyeket, amik iskolai vagy kollégiumi közösségeikből való kirekesztésüket indokolná, vizsgálatuktól eltekintettem.

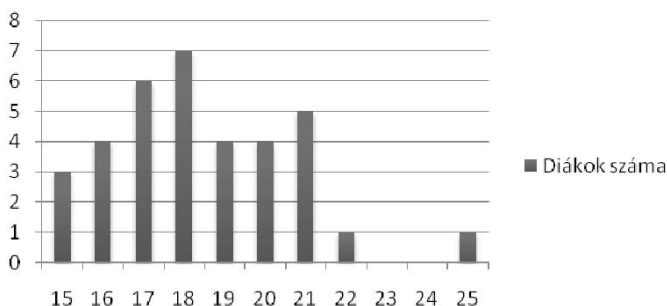
⁷ Forrás: a Váci Mihály Kollégium honlapja.



4. ábra. A kollégiumban lakó SNI-diákok fogyatékoság szerinti megoszlása

(Forrás: saját ábra)

A diákok kor szerinti eloszlását tekintve döntő hányadban a gimnazista korosztály volt képviselve, bár 19 éven felüli diákok is megtalálhatóak, akik hosszabb időtartamra strukturált speciális tanterveik révén látogatják még ebben a korban is a középfokú közoktatási intézményeket. A fogyatékos tanulók törvény adta lehetőségüknél fogva sok esetben később kezdik az általános iskolát, mivel a gyógypedagógiai általános iskolákba járó diákok általában egy-két éven át tartó előkészítő osztályokban tanulnak. További okot adhat a magasabb életkorra az a tény is, hogy többen szakiskolákat látogatnak, amelyek képzési ideje a gimnáziumokhoz képest hosszabbra nyúlik, vagy esetleg már második szakmájukat tanulják.

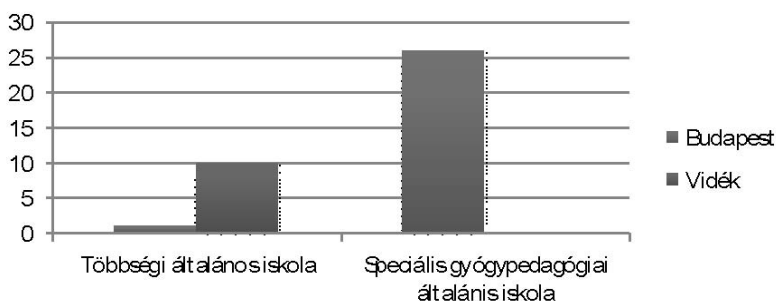


5. ábra. A kollégiumban lakó SNI-diákok kor szerinti megoszlása

(Forrás: saját ábra)

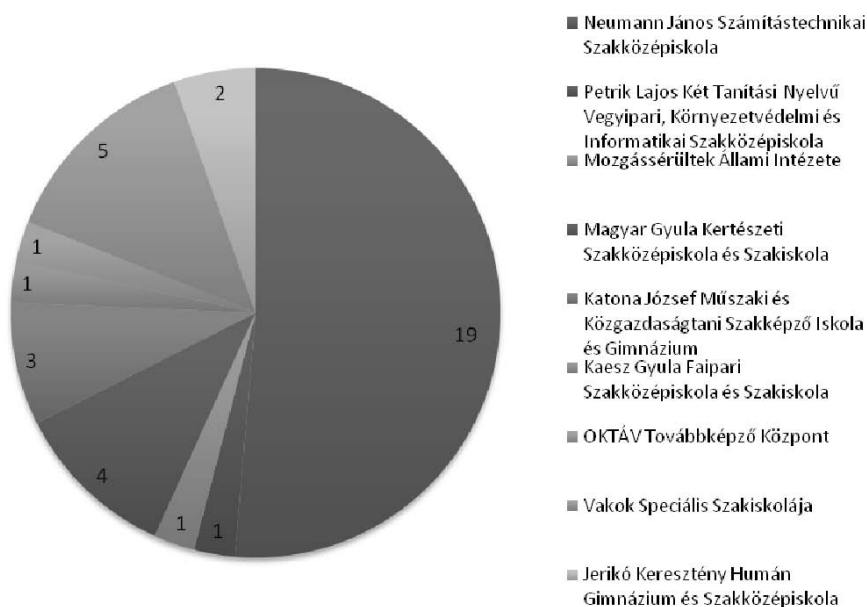
A sajátos nevelési igényű diákok két diáktársuk kivételével mindnyájan vidékről költöztek fel a kollégiumba. Ettől függetlenül jelentős hányaduk már általános iskolai tanulmányait is a fővárosban folytatta. Amint a 6. ábrán látható, 10 vidékről felköltözött diák korábban kizárólag többségi intézményt látogatott, míg a korábban Budapesten tanulók között a speciális iskolák szerepelnek nagyobb súllyal. Csupán egy diák járt a fővárosban többségi intézménybe, 26-an speciális intézményekben folytatták tanulmányaikat. A korábban többségi iskolákat látogató diákok mind arról számoltak be, hogy iskolájukban egyedüli sajátos nevelési igényű diákként voltak jelen, ahol a tanárok részéről nem tapasztaltak megfelelő hozzáértést oktatásuk és rehabilitációs ellátásuk terén.

A 7. ábra szemlélteti a kollégiumban lakó sajátos nevelési igényű diákok által jelenleg látogatott középfokú közoktatási intézményeket. Az intézmények egytől egyig Budapesten található, többségi gimnáziumok, szakiskolák és szakközépiskolák.



6. ábra. A kollégiumban lakó diákok megoszlása a korábban látogatott iskolák jellege és elhelyezkedése szerint

(Forrás: saját ábra)



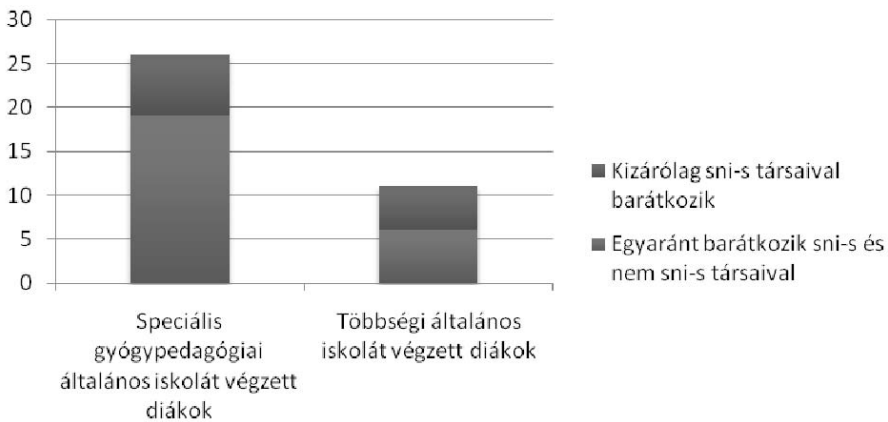
7. ábra. Az SNI-diákok által jelenleg látogatott középfokú közoktatási intézmények

(Forrás: saját ábra)

A vizsgálat eredményeinek értékelése

A vizsgálatot megelőző várakozásoktól eltérő módon mindkét feltevés alapvetően megcáfolásra került. Az első, miszerint a Váci Mihály Kollégiumban lakó, többségi általános iskolát végzett diákok az integráció magasabb fokán állnak, mint a kollégiumban lakó, gyógypedagógiai általános iskolát végzett sajátos nevelési igényű tanulók, nem helytálló. A vizsgálat az integráció tényezői közül az SNI-diákok társas kapcsolatait mérte fel, amely tekintetében a gyógypedagógiai általános iskolát végzett SNI diákok sikeresebbnek minősíthetők. Azonban mindenképpen lényeges hozzáfűzni, hogy a diákok integrálódásának fokait vizsgálva eltérés mutatkozott a kollégium és a diákok által

látogatott iskolák között, kollégiumi integrálódás magasabb fokát mutatva. Mindkét diákcsoport beszámolt a kollégiumba járó ép és sajátos nevelési igényű tanulókkal egyaránt szövődött, számukra meghatározó barátságokról. Szembetűnő eltérés az iskolai közösségekben volt felfedezhető, ahol a barátok aránya merőben eltérő képet mutatott. A többségi általános iskolákból érkezett diákoknak közel a fele csak SNI-barátokról számolt be, vagy nem is említett komoly, csak felületes barátságokat. Ezzel szemben a gyógypedagógiai általános iskolát végzett diákok közül húszan SNI és ép barátokról egyaránt említést tettek, ami az iskolai és kollégiumi közösségbe való jobb beilleszkedésre utalt. A két diákcsoport közötti eltérést a 8. ábra szemlélteti.



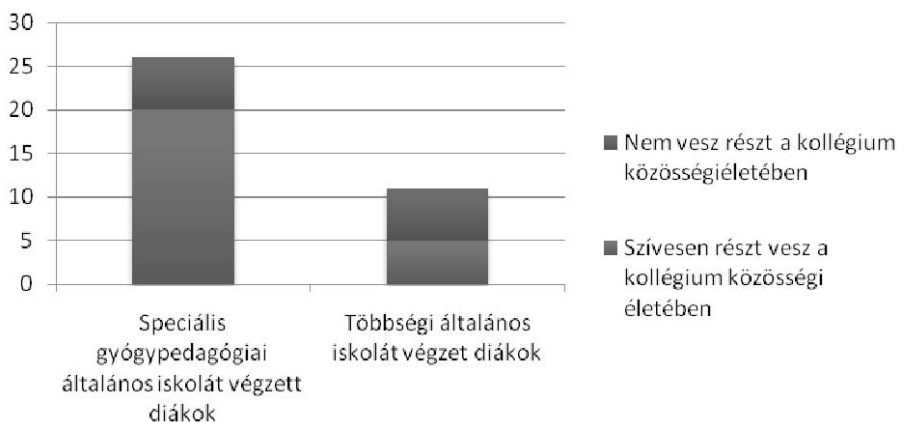
8. ábra. A megkérdezett diákok barátválasztásra vonatkozó kérdésekre adott válaszainak összegzése

(Forrás: saját ábra)

A kapott válaszok természetesen összefügghetnek az egyes diákok korával, hiszen minél több időt tölt el egy diák iskolai vagy kollégiumi közegében, annál több barátot szerezhet. A két összehasonlított diákcsoport koreloszlása között azonban nem volt számottevő különbség. Szintén befolyásolhatta az eredmény kialakulását, hogy a gyógypedagógiai általános iskolát végzett diákok közül néhány diák korábban is egy osztályba járt, illetve egy kollégiumban lakott. A régi barátok bátorítólag hathattak a diákokra, és együtt több új ismeretségre és barátra is szert tehettek. Ezzel szemben a többségi általános iskolából érkező, döntő százalékban vidékről Budapestre költözött SNI-diákoknak egy teljesen új közegben kellett helytállniuk és barátokat találniuk.

A kollégium közösségi életében való részvétellel kapcsolatban szintén a korábban speciális iskolát látogató diákok bizonyultak aktívabbnak. Döntő többségük pozitívan nyilatkozott az eseményekről, 26-ból 20 diák azok lelkes résztvevőjének vallotta magát, amint a 9. ábrán is látható. Ezzel szemben a többségi általános iskolát végzett diákok sokkal kevésbé bizonyultak lelkesnek, saját elbeszélésük szerint több mint felük csak a tanárok kérésére vagy felszólítására vesz részt. Ezek a megfigyelések kérdésszerűen a kezdetektől integráltan nevelt diákcsoport integrálódási szintjének egyezését a másik csoportéval. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a barátokkal együtt szervezett, nem hivatalos programokon az összes SNI-diák egyaránt szívesen vett részt. Emellett az a tény sem elhanyagolható, hogy több gyógypedagógiai általános iskolát végzett diák korábbi iskoláját is kollégistaként végezte el, így a kollégiumi élethez jobban

hozzászokhattak, mint a korábban vidéki lakhelyükhöz közeli, többségi általános iskolákat látogató diákok.



9. ábra. A megkérdezett diákok közösségi életben való részvételre vonatkozó kérdésekre adott válaszainak összegzése

(Forrás: saját ábra)

Második feltételezésem, miszerint a Váci Mihály Kollégiumban lakó, többségi általános iskolát végzett diákok saját életminőségüket pozitívabban ítélik meg, mint a kollégiumban lakó, gyógypedagógiai általános iskolát végzett sajátos nevelési igényű társaik szintén nem bizonyult helytállóknak. A kutatásom során folytatott beszélgetésekből kiderült, hogy a korábban gyógypedagógiai iskolákba járó diákok sokkal magasabb elvárásokat támasztanak mind kollégiumuk, mind iskolájuk felé az akadálymentesítés terén. Szinte kivétel nélkül utaltak ezeknek az intézményeknek a hiányosságaira, több lehetséges fejlesztési irányt is megjelölve.⁸ Ebből egyértelműen érződött, hogy jobban tisztában vannak a fogyatékos személyek számára fennálló lehetőségekkel és kedvezményekkel. Bizakodva tekintettek a jövőbe, több mint a felük (16 diák) az egyetemi vagy főiskolai tanulmányokat jelölve meg hosszú távú célként, hangsúlyozva, hogy ez kizárólag rajtuk múlik. Ezek mellett rutinosan használtak több gyógypedagógiai szakkifejezést is, és tisztában voltak az integráció fogalmával és pontos jelentésével, aminek ténye véleményem szerint a speciális közeget dicséri. A korábban többségi iskolákban tanuló diákok életminőségüket illetően sokkal kevesebb kritikát fogalmaztak meg, mint a másik csoportba sorolt társaik, aminek az oka a megfelelő összehasonlítási alap hiánya lehet. Ezek a diákok valószínűleg már megtanultak együtt élni az iskolai és kollégiumi akadálymentesítés néhány hiányosságával, ez azonban aligha nevezhető a kívánatos gyakorlatnak, mivel célszerűbb lenne megismerkedniük az őket megillető lehetőségekkel. Emellett jövőképük jóval kevésbé pozitív és a legkevésbé sem volt bizakodónak mondható. Legtöbbjük belenyugvással szemlélte jövőbeli lehetőségeik állapotuk miatt leszűkült körét, és csak néhányan vétek benne pozitívumokat felfedezni. Továbbtanulást a diákok kevesebb mint egyharmada tervez, 11 tanulóból összesen 3. Ezen felül rendkívül rossznak ítélték az előttük álló lehetőségeket, jobb híján azonban erre is belenyugvással tekintettek.

8 Néhány, az akadálymentesítést elősegítő fejlesztés kivitelezésére a kollégiumnak az anyagi források zűkössége miatt meg nem volt módja.

Összességében tehát elmondható, hogy a Váci Mihály Kollégiumban lakó, többségi általános iskolát végzett diákok saját életminőségüket bizonyos szempontból pozitívabban ítélik meg, mint a kollégiumban lakó, gyógypedagógiai általános iskolát végzett sajátos nevelési igényű társaik, azonban korántsem minden téren. A fő különbség egyrészt a speciális iskolákban tanult diákok az élet minden területére értendő akadálymentesítettség iránti vágyában nyilvánul meg, mivel főként ebben látják életminőségük javulásának módját. Továbbá abban a tényben is felfedezhető, hogy ezen diákok jövőjükkel kapcsolatosan sokkal bizakodóbbak és több lehetőséget látnak maguk előtt, mint a korábban többségi intézményeket látogató társaik. Jobban tisztában vannak a környezetük által biztosított segítségnyújtási lehetőségekkel, és inkább úgy vélik, hogy a továbbiak rajtuk múlnak. Ezzel szemben a többségi általános iskolát végzett diákok jövőbeli lehetőségeikkel elégedetlenebbek, állításuk szerint jobb híján megbékélnek vele. Ugyanakkor jelenlegi életminőségükkel sokkal nagyobb mértékben vannak kiegyezve, mint speciális iskolát végzett társaik, bár ez a kiegyezettség leginkább a megmásíthatatlanba való beletörődéssel hasonlatos.

Véleményem szerint az eltérés abból a tényből fakadhat, hogy a többségi általános iskolát végzett diákok kevésbé ismerhetik a fogyatékos személyek számára biztosított lehetőségeket. A speciális iskolát végzett tanulók azonban nem csak a fennálló lehetőségeket ismerhetik jobban, de a megszokott segítő és befogadó légkörhöz szokva nagyobb különbséget érezhetnek az adott gyógypedagógiai iskolából kikerülve, mint többségi iskolát végzett társaik.

Mindenképpen kiemelendő, hogy néhány ismérv szerint nem lehetett különbséget tenni a két diákcsoport között. Szabadidős elfoglaltságok terén legtöbbször a sportolást és a barátokkal való közös időtöltést jelölték meg a legkedveltebbnek, noha néhány kivétel mindkét oldalon akadt. Szintén nem mutattak különbséget a három kívánságra vonatkozó kérdés kapcsán. Mind a gyógypedagógiai, mind a többségi általános iskolát végzett diákok között akadtak, akik fogyatékoságukkal nem törődtek, vagy annak elfogadását hangsúlyozták, míg mások annak terhességéről számoltak be kívánságaikkal kapcsolatban. A megfelelő elfogadó légkör és a szakszerű nevelői segítség, adott esetben pszichológiai tanácsadás és terápia jelentős segítséget nyújthat egy sajátos nevelési igényű tanulónak fogyatékosága elfogadása terén. A jelek szerint azonban az adott deficit elfogadása alapvetően személyfüggő, és a környezeti tényezőkhöz kívül a tanulón magán is múlik. Természetesen más kérdések is szerepet játszhatnak ebben a kérdésben, például a fogyatékoság súlyossága, illetve kialakulásának pontos ideje. Ilyen jellegű elemzésekre azonban kutatásom nem terjed ki.

A kutatás eredményeit összegezve kijelenthető, hogy a gyógypedagógiai általános iskolát végzett diákok az integráció magasabb fokán állnak mind iskoláikban, mind kollégiumukban, bár ez utóbbiban kicsi a különbség a többségi általános iskolát végzett diákokhoz képest. Jövőképük szintén bizakodóbb és nagyobb magabiztosságra utal, míg környezetük akadálymentesítettségéhez való kritikus hozzáállásuk a számukra biztosított jogok pontos ismeretét jelzi. A diákcsoportok között mutatkozó különbség legfontosabb alapja az általános iskolás korban megélt siker-, illetve kudarcélmények lehetnek. Mivel a gyógypedagógiai általános iskolákat végzett diákok esetében a kezdetektől fogva adaptált, speciális tantervet alkalmaztak, garantálhatták, hogy a megfelelően fejlődő diák sikerélményeket szerezhesen. Ezzel szemben a kezdetektől integráltan, azonban nem inkluzívan nevelt diákok az adottságaikra adaptált fejlesztés hiánya miatt sokkal több esetben élhettek meg kudarcélményeket általános iskoláikban. A különbségek legyőzése érdekében célszerű lenne személyiségfejlesztő, illetve érdek-

érvényesítő tréningeket szervezni a diákok részére, ami pozitív hatást gyakorolna az önbizalomhiánnyal küzdő sajátos nevelési igényű tanulókra.

Mindenképpen leszögezendő, hogy a kutatás eredményei semmi esetre sem kívánják megkérdőjelezni az integrált oktatás fontosságát, vagy az általános iskolai integráció létjogosultságát, csupán az inkluzív neveléssel szembeni hiányosságaira hivatottak rávilágítani. A kapott eredmények azonban érvekkel szolgálhatnak az gyógypedagógiai oktatás létjogosultságáról szóló vitákban, segítve a gyógypedagógiai intézmények tanácsadó és segítő funkciójának kiépülését. Felhalmozott szakmai tapasztalataik megosztásával, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézetekké (EGYMI) alakulva a gyógypedagógiai intézmények testületileg segíthetik az egyes integrációt megvalósító intézményeket a megfelelő gyakorlat kialakításában. A gyógypedagógusok szakértelme és tanácsadása eredményeképpen kidolgozott egyéni tanterveknek köszönhetően a kudarcélmények helyett sikerélmények érhetik a diákokat, ami kutatásom szerint tanulmányi eredményeikben és a közösségbe való hatékonyabb beilleszkedésükben is megnyilvánulhatnak. A gyógypedagógiai intézmények ilyen jellegű átalakulása az Európai Unió által szolgáltatott adatok szerint egész Európára jellemző tendencia, amely során kialakulhat a fogyatékos diákok integrált oktatáson túlmutató inkluzív nevelése (VARGÁNE 2004).

A szakdolgozat eredményeire alapozva több jövőbeli kutatási lehetőség is felvázolható, amelyekkel a kapott eredmények kiegészíthetőek, illetve más szempontokból is megvizsgálhatóak. Mivel a fentiekben ismertetett kutatás az integráció megvalósulását az SNI-diákok szemszögéből vizsgálta, az eredmény megerősítést nyerhetne egy, a tanárok vagy az „ép” diáktársak szemszögéből végzett vizsgálat során. Ennek a két csoportnak a tagjai az integrációs folyamat résztvevőiként olyan megfigyeléseket tehetnek, amelyek alátámaszthatják a szakdolgozatban ismertetett vizsgálat eredményeit. Ezen felül egy későbbi vizsgálat témáját képezheti azoknak, a gyógypedagógiai oktatásban jelenlévő paramétereknek a számbavétele, amelyek a később közép fokú oktatásban integrált diákok esetében a cikkben bemutatott eredményeket produkálták. A vizsgálat eredményeként kiszűrhetőek lennének azok a paraméterek, amelyek a gyógypedagógiai oktatás részét képezik, azonban az integrált oktatásban még nem kerültek alkalmazásra. A speciális gyógypedagógiai iskolákban bevált, újabb, az integrációt megvalósító intézményekben még nem alkalmazott eljárások átültetése hosszú távon az integrációs folyamat sikerességét segíthetné.

Irodalom

- Az 1993. évi LXXIX. számú törvény a Közoktatásról.
A 2005. évi CLXXIX. számú törvény a Felsőoktatásról.
BÁNFALVY Cs. (szerk.) (2008): *Az integrációs cunami*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
CSEH-SZOMBATHY L. – FERGE Zs. (1975): *A szociológiai felvétel módszerei*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
COLE, M. – COLE, S. R. (1998): *Fejldéslelektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
CSÁNYI Y. – ZSOLDOS M. (1994) Világkonferencia a speciális szükségletűek neveléséről. *Új Pedagógiai Szemle*, 12, 41–50.
F. KOVÁCS Zs. (2010): *Integráció vagy inklúzió – inklúzió, esély az esélyegyenlőségre*. Előadás: Terézvárosi Pedagógiai Napok, 2010.03.01. Kézirat.

- F. KOVÁCS Zs. (2011): A középiskolás korosztály iskolai teljesítményeinek összefüggései a kommunikációs/nyelvi zavarokkal. Az iskolai sikeresség támogatási lehetőségei az integrációban. In PAPP G. (szerk.): *Középiskolás fokon?! – Sajátos nevelési igényű fiatalok együttnevelése a középiskolákban*. ELTE BGGyK – ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- FISCHER G. (2009): Az integrációval kapcsolatos attitűdök kutatása. *Gyógypedagógiai Szemle*, 4, 254–268.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. (2000): *A magyar gyógypedagógus-képzés története*. ELTE BGGyFK, Budapest.
- HALÁSZ G. – LANNERT J. (2006): *Jelentés a magyar közoktatásról 2006*. Országos Közoktatási Intézet, Budapest.
- KATONA L.: *Integrált nevelés*. www.massag.hu/konyv/korsz.torekv.integralt_neveles.doc (A letöltés dátuma: 2011. február 14.)
- KÁLMÁN Zs. – KÖNCZEI Gy. (2002): *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris Kiadó, Budapest.
- KŐPATAKINÉ MÉSZÁROS M. – MAYER J. – SINGER P. (szerk.) (2007): *Akadálypályán*. sulNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht., Budapest.
- KSH honlap. <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel30703.pdf> (A letöltés dátuma: 2010. április 29.)
- MESTERHÁZI Zs. (2003) A pedagógiai és társadalmi integrációt elősegítő szakemberek képzése nemzetközi együttműködéssel. *Gyógypedagógiai Szemle*, 3, 183–186.
- NEFMI honlap. http://www.nefmi.gov.hu/letolt/statisztika/okt_evkonyv_2009_2010_100907.pdf (A letöltés dátuma: 2010. szeptember 12.)
- OKI honlap. http://www.oki.hu/oldal.php?tipus=cikk&kod=Jelentes2006-29_egyenlotlenseg (A letöltés dátuma: 2010. április 28.)
- PERLUSZ A. (szerk.) (1995): *A fogyatékos gyermekek integrált nevelése hazai kísérletek tükrében*. ELTE BGGyTF, Budapest.
- SZILÁGYI K. (2004) *Pszichológia személyügyi hallgatók számára*. Forrás: www.gtk.szie.hu/upload_files/PublikaciosKlara.doc (A letöltés dátuma: 2010. március 21.)
- SZOKOLSZKY Á. (2004): *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris Kiadó, Budapest.
- VARGA M. (2007): *Integrált nevelés a Váci Mihály Kollégiumban*. Budapest, BME Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar. Szakdolgozat.
- VARGÁNÉ MEZŐ L. (2004): *Sajátos nevelési igényű tanulók együttneveléséről pedagógusoknak, intézményvezetőknek*. Forrás: <http://www.oki.hu/printerFriendly.php?tipus=cikk&kod=egyuttneveles-Vargane-Pedagogus> (A letöltés dátuma: 2011. február 10.)
- VARGÁNÉ MEZŐ L. (2008): *Tovább az akadálypályán*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság, Budapest.
- Váci Mihály Kollégium honlapja. http://www.vacim-bp.sulinet.hu/index.php?dir=base/_Nyitolar (A letöltés dátuma: 2010. február 28.)

Melléklet

Kérdőív

Bevezető kérdések:

- Az interjúalany neme:
- Családból kerültél a kollégiumba vagy/állami gondozásban élsz?
- Hány éves vagy?
- Budapestről vagy vidékről költöztél a kollégiumba?
- Mennyi ideje laksz a kollégiumban?
- Hova jártál korábban iskolába?
- Amennyiben az iskola nevéből nem tudnám egyértelműen eldönteni, hogy gyógy-
pedagógiai vagy többségi intézmény:
- Jártak ebbe az iskolába rajtad kívül más vak/mozgássérült/hallássérült tanulók is?
- Hány évig jártál gyógypedagógiai iskolába? (Vakok Általános Iskolája, Mozgásjavító
Általános Iskola stb.)
- Hol tanulsz jelenleg?
- Hol tartasz jelenleg a tanulmányaidban?
- Az iskola befejeztével milyen oklevelet fogsz kapni? (Érettségi, szakképesítés)

Kérdések:

1. Mit érzel előnynek a kollégiumi életben, ill. az iskolában?
2. Mit érzel hátránynak a kollégiumi életben, ill. az iskolában?
3. Szeretsz részt venni a kollégium közösségi életében?
4. Hogyan jutsz el a kollégiumból az iskolába és vissza? (Ha van segítség, ki az? Mi az?)
5. Ki a legjobb barátod az iskolában, ill. a kollégiumban és miért? (Ő is vak, hallás-
sérült, illetve mozgáskorlátozott?)
6. Kit kedvelsz a legkevésbé az iskolában, ill. a kollégiumban és miért? (Ő is vak, hal-
lássérült, illetve mozgáskorlátozott?)
7. Használsz e rehabilitációs segédeszközt? Ha igen, mit?
8. Jobb életminőség eléréséhez mire volna leginkább szükséged?
9. Mit szeretsz csinálni a szabadidődben?
10. Mik a terveid a jövőre nézve?
11. Elégedett vagy az előtted álló lehetőségekkel?
12. Ha lehetne három kívánságod, mik lennének azok?

3 Online gondolatterképek a diszlexiás tanulók szolgálatában

KISS LÁSZLÓ ROLAND

laszlo.roland.kiss@gmail.com

Absztrakt

Ebben a tanulmányban az online, internetes gondolatterkép-készítő honlapok alkalmazási területét igyekszem röviden és gyakorlatcentrikusan összefoglalni a diszlexiás tüneteket mutató tanulók körében. A téma azért is tekinthető kurrensnek, mert a modern infokommunikációs eszközök térhódításával egyre inkább átalakul azon csatornák jellege, amelyeken keresztül a gyógypedagógus hatékonyan és eredményesen kapcsolatot teremthet egy-egy tanulóval. A „digitális bennszülöttek” generációja számára a hagyományosnak tekintendő eszközök olykor lassúak, nem adnak teret a digitális interakcióra. Éppen ezért fontos feladata a gyógypedagógiának, hogy folyamatosan kutassa és felhasználja azokat az IKT és web2.0 alkalmazásokat és eszközöket, amelyek a fejlesztő, oktató tevékenység szolgálatába állíthatóak.

Kulcsszavak: gondolatterkép, IKT, web2.0, digitális bennszülöttek

A tanulási zavarok – köztük a diszlexia – Sarkady Kamilla és Zsoldos Márta definíciója szerint az intelligencia alapján elvárható tanulási teljesítménycsökkenés, amelynek alapja neurológiai deficit vagy funkciózavar (SARKADY–ZSOLDOS 1992/93). E szerint a diszlexia nem más, mint neurológiai vagy funkcionális okok eredőjeként kialakuló alacsony teljesítmény az olvasásban.

Nehezen beszélhetünk homogén diszlexiás tanulói csoportról, mivel igen magas a szimptomák variációja. A leggyakoribb tünetek (a teljesség igénye nélkül) a különféle tévesztések, cserék és betoldások, szótagcserék, verbális memória gyengeségei, beszédértési problémák, laterális zavarok, téri orientációs zavarok, gyenge ritmusérzék.

A diszlexiás tanulók gyakran számolnak be erős ellenérzésről az olvasással szemben, mint amilyen a félelem, nem ritkán pánik és düh. A negatív attitűd és önértékelés tovább rontja az olvasási teljesítményt, ezáltal a tanulók könnyen bekerülhetnek egy negatív spirálba. A diszlexiás tanulók iskolai kudarcait tovább növeli, hogy a leggyakrabban alkalmazott tanulási, tanítási módszerek (szövegfeldolgozás, órai magyarázatok, feladatlapok) azonban éppen a gyengeségeikre építenek.

Az online gondolatterképek alkalmazása valójában olyan univerzális és (digitálisan) kultúrazonos olvasási technika, amely közvetlenül az olvasási teljesítményt növeli. Csíkos Csaba metakognícióról írt monográfiájában idézi Van Kraayenoord és Schneider (1999, idézi Csíkos 2007) kutatását, amelyben kimutatták, hogy az olvasási teljesítmény

nagyobb együttjárást mutat az alkalmazott olvasási stratégiákkal, semmint az osztályfokkal vagy az olvasási motivációval. S bár világos, hogy egy diszlexiás tanuló esetében az olvasási teljesítmény sokkal több tényezőtől függ, mégis megállapítható – és a gyakorlati tapasztalatok is ezt mutatják – hogy az olvasási stratégiák és technikák oktatása ebben a tanulói csoportban is olvasási teljesítménynövekedést okoz. Csíkos Csaba ugyanebben a művében megemlíti Brand-Gruwel és munkatársai vizsgálatait, amelyekben egy kontrollcsoport mellett kimutatták, hogy az olvasási stratégiák oktatásának hosszútávon is pozitív eredményei vannak (1998, idézi Csíkos 2007).

A gondolattérképekről

Bár a gondolattérképek (angolul *mindmap*) nem számítanak újdonságnak a gyógypedagógiában, mégis sokan nem élnek vele. A gondolattérkép valójában bizonyos kulcsszavak (és az általuk képviselt gondolatok) megjelenítési formája. A gondolattérkép egyes elemeit összeköti valami, ami lehet szabad asszociáció vagy bármilyen logikai kapcsolat (MOLNÁR–KÁRPÁTI 2009).

A gondolattérképek hatékonyságának neuropszichológiai okai vannak. Az emberi gondolkodás alapvetően asszociációkra épül (GYARMATHY 2003). Ez azt jelenti, hogy A fogalomról eszünkbe jut B, majd C. A fogalmak közötti asszociáció az előhívás gyakoriságával erősödik.¹ Ha a megtanulandó új ismereteket már meglévő, erős asszociációkra építjük rá, könnyebben megjegyezzük őket és képesek vagyunk hatékonyabban felidézni.

Azt is megállapíthatjuk, hogy az agyunk nem egyféleképpen gondolkozik, mint azt Roger Sperry (idézi GYARMATHY 2003) kimutatta, a két agyfélteke között munkamegosztás mutatható ki. Ezt támasztja alá Gardner többszörös intelligencia elmélete is (GARDNER 1999), amely 8 különféle intelligenciaterületet nevez meg. A gondolattérkép nemcsak azért hatékony tanulási eszköz, mert asszociációkra épül, hanem mert többféle gondolkodási módra ad lehetőséget: verbális-nyelvi, téri-vizuális, online felületen pedig akár a zenei, az interneten való megosztással pedig a interperszonális intelligencia is szerepet kap.

A gondolattérképek egyik legklasszikusabb formája a papírra elkészített térkép. Ennek előnye, hogy bármikor alkalmazható, ráadásul kézzelfogható eredményt kapunk. A papíralapú gondolattérképeknek azonban komoly hátrányai is vannak: nem bővíthetők, az elkészült ábrák pedig gyakran átláthatatlanok és kaotikusak lesznek.

A gondolattérkép-készítés másik lehetséges alternatívája az online munkaforma. Ekkor egy honlapon készítjük el digitálisan a gondolattérképünket. Az online munkafelület komoly előnyökkel bír. Ami a legfontosabb, hogy a munkafelület gyakorlatilag korlátlanul bővíthető. Nincsenek határok, nem tudunk lecsúszni a papírról. Az automatikus szerkesztésnek köszönhetően bármekkora térképet is készítünk, az mindig szelős, kellemesen áttekinthető marad. Az elkészült gondolattérkép aztán le- és elmenthető, kinyomtatható. Ellentétben a papíralapú munkával, az online verzióban már képeket, linkeket és jegyzeteket is társíthatunk egy-egy szó mögé és mellé – ezekről a funkciókról a későbbiekben részletesen lesz szó.

¹ Ez megmagyarázza, miért emlékszünk valamire jobban, ha előtte sokszor elismételtük.

Nem mellékes, hogy ezek az alkalmazások már a web2.0² világához tartoznak. Ez azt jelenti, hogy megoszthatóak másokkal, sőt, akár közösen is szerkeszthetőek. És mindehhez nem kell sem térben, sem időben, pusztán digitálisan egy helyen lennünk!

Az online munka „kultúrazonos” a digitális világ bennszülöttei számára. Ezt nem lehet eléggé hangsúlyozni, ugyanis sokszor a munkaeszköz az, ami passziválja és érdektelemné teszi a tanulókat.

Az online munka funkcióinak pedagógiai relevanciája

Mint azt már írtam, az online gondolattérkép-készítő honlapok számtalan funkciót kínálnak, amelyek jól integrálhatóak a tanulási-tanítási folyamatba.

Megosztás: a digitális generáció egyik legjellemzőbb tulajdonsága, hogy szereti megosztani gondolatait, véleményét a digitális térben (PRENSKY 2001). A másokkal való megosztásnak alapvetően két formája létezik: csak olvasási vagy szerkesztői jogosultsággal. Mint azt a neve is mutatja, az első esetben látja az illető a térképet, de nem tud benne változtatásokat eszközölni, míg az utóbbiban igen.

A megosztás jó eszköze lehet a gyógypedagógus–diák kommunikációnak (SZEK-SZÁRDI 2011). A megosztott térkép otthonról elérhető, ezáltal a pedagógus ellenőrizni tudja az otthon elvégzett feladatot. Szerkesztői joggal ebbe akár bele is javíthat; jegyzetet, kommentet fűzhet bizonyos elemek mellé; visszajelezhet a elkészült munkáról.

A más tanulókkal megosztott térkép közös tudássá válhat, lehetőséget ad a kooperatív feladatvégzésre, míg a pedagógus folyamatosan nyomon követheti a csoport munkáját, ellenőrizni tudja a felületen töltött időt, az egyes tagok által létrehozott vagy módosított tartalmakat.

Csatolmányok: a gondolattérkép egyes szavai mellé különféle csatolmányokat is tehetünk. Ez lehet egy fájl (pl.: dokumentum, ppt-prezentáció stb.), kép (pl.: az adott költő, író képe), videó (saját vagy az internetről), esetleg egy másik honlap linkje.

Az elérhető gondolattérkép-készítő alkalmazások kiválóan alkalmasak a diákok internetes kutatásainak a gondolattérkép mellé rendezésére. Például gondolattérképet készítünk Petőfi Sándor munkásságáról, és az egyik tanuló a születési adatokhoz rendel a szülői házról készült fényképet vagy egy YouTube videót, ami Petőfi életét mutatja be. Ezekkel az alkalmazásokkal a diákok képesek egy közös tudásbázis létrehozására, miközben megtanulják az internetet kutatási eszközként használni, fejlesztik önálló kutatási készségeiket.

A csatolmányok lehetnek akár a pedagógiai megsegítés formái is. Az előző példánknál maradván, a Petőfi munkásságáról szóló csoportos gondolattérkép készítésében a diákok elakadnak, és ekkor egy megfelelő helyre beszúrt dokumentum, kép, videó vagy honlap linkje segítheti a csoportot a további kutakodásban, gondolkodásban.

Jegyzetkészítés: a legtöbb honlap esetében megtalálható funkció. Gyakori problémája a gondolattérképeknek, hogy egy-egy szó nem minden esetben elegendő a mögöttes tartalom megjelenítésére, illetve hosszabb idő elteltével nem mindig képesek a tanulók felidézni, hogy egy-egy fogalmon akkor és ott mit értettek. Ennek kiküszöbölésére

2 A web 2.0 (vagy webkettő) olyan internetes szolgáltatások gyűjtőneve, amelyek elsősorban a közösségre épülnek, azaz a felhasználók közösen készítik a tartalmat vagy megosztják egymás információit.

érdemes jegyzeteket készíteni. Maradva a példánknál, képzeletbeli tanítványaink térképén szerepel a *nászút* szó, mögötte jegyzet formájában: nászút Szendrey Júliával, s itt születik Petőfi *Szeptember végén* című műve.

Célcsoportok

A gondolattérképek a tanulók döntő többségénél jól alkalmazhatók, beleértve a diszlexiás tanulókat is. Életkor szerint megállapítható, hogy használhatók gyerekek, kamaszok és felnőttek esetében is. Természetesen érdemes a korosztály számára releváns online felületet választani.³ Minden korosztály esetében fontos tudatosítanunk, hogy az online gondolattérkép-készítés nem velünk született képesség (egyébként a papíralapúé sem), tehát szükséges az oktatása-elsajátítása. Különösen igaz ez akkor, amikor egy új munkafelületet kívánunk bevezetni. Végül meg kell említenünk, hogy az online gondolattérképek alkalmasak mind az egyéni, mind a csoportos feladatok elvégzésére.

Alkalmazási területek

A gondolattérkép nem csak azért számít univerzális és sokoldalú tanulási technikának, mert többféle korosztály vagy probléma esetén használható jól, hanem azért is, mert a felhasználás célja is igen változatos lehet.

1. Szövegfeldolgozás

A gondolattérképek egyik lehetséges alkalmazási területe a szövegfeldolgozás. Ennek alapvető lépése, hogy meghatározzuk a szöveg kulcsfogalmait, amelyeket valamilyen formában kiemelünk (aláhúzás, szövegkiemelő, bekarikázás).

Ha megvannak a kulcsfogalmak, akkor ezekből már összeállíthatunk egy gondolattérképet. Ez esetben a térképkészítés valójában jegyzetelési technika. Előnye, hogy azonnal megjeleníti a szöveg bizonyos elemei között fennálló viszonyt. A szöveget alkotó logikai elemek ilyenén történő vizuális megjelenítése segítség lehet a megértésben, különösen a diszlexiás tanulók esetében (ZSIGMOND–PORSCHÉ 2009).

Gondolattérkép formájában azonban nemcsak egy, hanem több szöveg is feldolgozható. Ez is többféleképpen elkészíthető. Lehet alkotók, írók, források szerint csoportosítani (például a különböző gondolkodók tanulás-definícióját), de tartalmi szempontok szerint is rendezhetjük a kulcsszavainkat. Az utóbbi egy magasabb absztrakciós szintet követel meg, ennél fogva nehezebb.

2. Szövegalkotás

Talán kevésbé közismert, hogy a gondolattérképeket a szövegalkotás megsegítésére is használhatjuk. Alkalmazásának több előnye is lehetséges:

- segít előhívni a tanulók meglévő ismereteit,
- segít strukturálni a szöveget,
- segít a térben gondolkodó „digitális generáció” tagjainak a gondolatait egy lineáris szöveggé alakítani.

³ Itt a legfontosabb szempont a kezelőfelület kinézete és összetettsége.

A szövegalkotáshoz használt *mindmap* elkészítésének is több lehetséges módja van. Az egyik eljárás a szabad asszociációk rendszere, amikor egy témáról szabadon (szinte az ötletbörze szintjén) gondolkodunk, és gondolatainkat elhelyezzük egy térképben (ZSIGMOND–PORSCHÉ 2009). Ennél a módszernél fontos lépés, hogy az asszociációkat követően szükséges a térkép elemeinek felülvizsgálata: mi az, ami reális, érdekes, amiről írni szeretnénk, és mi az, ami „csak” eszünkbe jutott. A szelekció szempontja minden esetben az, hogy mi a célunk a szöveggel. Miért írjuk, és mire kell a szövegnek válaszolnia. Ezt olykor érdemes egy mondatban megfogalmazni és leírni. A módszer előnye a strukturálatlanság, tehát olyan tanuló esetében érdemes alkalmaznunk, akit visszafogva egy túlzottan beszabályozott rendszer.

A másik lehetőség már lényegesen strukturáltabb, itt már eleve kérdésekben gondolkodunk. Ekkor a gondolattérképünk főfogalmai helyére kérdések kerülnek, amelyre a szövegnek válaszolnia kell. A kérdésekhez kapcsolódó ágak már ezekre a kérdésekre adnak választ a megszokott felépítésben. Ez a módszer azoknál a diákoknál működhet jól, akik igénylik a jól szervezett, kötött struktúrát.

3. Meglévő tudás aktivizálása

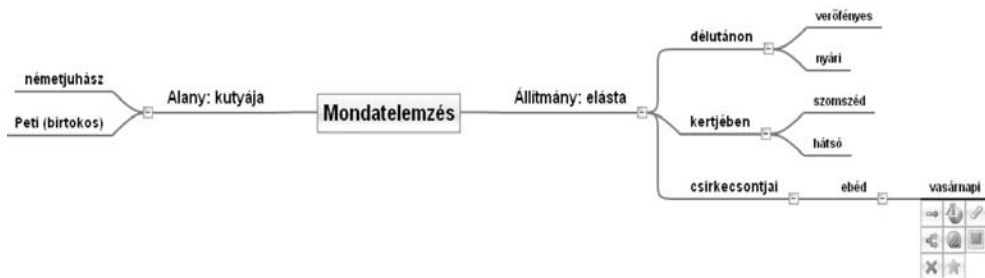
Ez talán a gondolattérképek legelterjedtebb alkalmazási területe. Ennek ellenére itt is akad bőven tere a gyógypedagógus kreativitásának. Végezhetjük olyan formában, hogy csak a központi témát határozzuk meg, de ha szükséges – vagy éppen a pedagógiai cél megkívánja – adhatunk segítő, irányító kérdéseket is.

4. Vegyes alkalmazás

Alkalmazhatjuk a módszert természetesen vegyesen is. Tehát először aktivizálhatjuk a tanulók már meglévő ismereteit, majd ezeket újabbakkal egészíthetjük ki. Ami az online munkaforma egyik nagy előnye, hogy maradandó, tehát napokkal, de akár hónapokkal később ismét kiegészíthető.

5. A mondatelemek közötti nyelvi viszonyok feltérképezése

„Peti német juhász kutyája egy verőfényes nyári délutánon elásta a szomszéd hátsó kertjében a vasárnapi ebéd csirkecsontjait.” – Ez a mondat valószínűleg a legtöbb diszlexiás tanulónak nehézséget okoz, különösen az egyes tagmondatok közötti nyelvi viszonyok megértése és tudatos feltérképezése. Voltaképpen ez a mondat sem áll másból, mint fogalmakból és a fogalmak közötti asszociációs, logikai kapcsolatokból, tehát ábrázolható gondolattérkép⁴ formájában. Hogyan nézne ki egy ilyen térkép?



⁴ A mondatelemzéskor tanult faágrajz is valami hasonló, azonban tapasztalataim szerint a diszlexiás tanulóknak ezzel kapcsolatban olyan mély ellenérzései vannak, hogy nem szívesen próbálkoznak vele.

Egy ilyen ábrán már vizuálisan is megjelennek azok a nyelvi relációk (birtokviszony, jelzős szerkezet), amelyek megértése és észlelése nélkül nem lehet egy mondat jelentését megérteni. Minél többször jelenítjük meg ezeket a nyelvi viszonyokat a tanulók számára, annál gyorsabban és automatikusabban érzékelik majd azokat, sőt, egy idő után a térkép akár el is hagyható.

6. Idegen szavak megértése

Gyakori megértést akadályozó tényező – nem kizárólag diszlexiás tanulók esetében –, ha a szöveg idegen szavakat tartalmaz. Az ilyen olvasási helyzetek elkerülhetetlenek, mivel számos iskolai tankönyv tartalmaz idegen szavakat. Az előzőekben vázolt módon elkészített gondolattérkép segítségével a diszlexiás tanulók könnyebben képesek elemezni az ismeretlen szó mondattani funkcióját (alany, állítmány, jelző, határozó stb.), fontosságát a mondatban (pl. milyen messze esik az predikátumtól: közvetlenül vagy közvetetten kapcsolódik az alanyra vagy az állítmányra). További információkat szerezhetünk a tartalmi kontextusból is. A szó pozitív vagy negatív dolgot jelöl? Esetleg semleges? Ha a tanulónak vannak már tippjei a jelentést illetően, akkor ellenőriztessük le vele úgy, hogy megkérjük, helyettesítse be azt az ismeretlen szóval.

7. Idegennyelv-tanulás

A gondolattérképek alkalmasak az idegennyelv-tanulás megsegítésére is. Egy-egy központi téma feldolgozása gondolattérkép formájában alkalmas a passzív szókincs fejlesztésére.

8. A mindennapi élet szervezése

Gyakori probléma, hogy a diszlexiás tanulók nem vagy csak nehezen tudják mindennapi tevékenységeiket, iskolai feladataikat tervezni. Ennek megsegítésére is alkalmasak a gondolattérképek. A térképen ábrázolhatók a legfontosabb napi rutinfeladatok, majd ezeket kisebb egységekre bonthatjuk. A térképen jelölhetjük a feladat elvégzéséhez szükséges eszközöket és időt. Hasonló módon szervezhető a tanulási folyamat is. Az online munkaforma lehetővé teszi, hogy nemcsak a tanteremben, hanem az otthon elvégzett feladatok tervezését is nyomon kövesse a pedagógus.

Gondolattérképek Bloom rendszerében

A gondolattérképek alkalmazásának lehetőségeit aszerint is vizsgálhatjuk, hogy Bloom taxonómiájának (BLOOM 1956) rendszerében milyen problémamegoldási szintet támogathatunk vele.

Megjegyzés: az olvasott, kapott információkat könnyebben megjegyzi a vizuális beállítottságú tanuló, ha azt gondolattérkép formájában dolgozhatja fel.

Megértés: sok tanulónál gondot jelent az olvasottak megértése. A gondolattérkép alapvetően a megértést segíti azáltal, hogy elkészítése során átgondoljuk a szöveg elemei közötti viszonyokat, ok-okozati összefüggéseket.

Alkalmazás: gondolattérképekkel megsegíthetjük az alkalmazást megkövetelő feladatok megoldását. Ennek egyik legegyszerűbb módja, ha a megoldáshoz nem az eredeti szöveget használjuk, hanem a gondolattérképet. Ennek előnye, hogy átláthatóbb,

és az információk nem a szöveg alkotója, hanem a diák saját logikája (vagy az előzetesen megadott szempontok) szerint helyezkednek el. A térképen való tájékozódás ezért könnyebb és gyorsabb, a feladatmegoldás nagyobb valószínűséggel lesz eredményes.

Analízis: az analízist megkövetelő feladatok esetében is alkalmazható a gondolat-térkép. Mivel a térképen nemcsak tartalmilag jelenik meg a szöveg, hanem igyekeznek az ok-okozati, asszociatív kapcsolatokat is felvázolni, ezért a szöveggel ellentétben könnyebben elemezhető. Ha több szöveg összehasonlító elemzését végeztetjük, akkor különösen nagy segítség lehet egyetlen térképbe tömöríteni az elemzendőket. Ha már előre megadott szempontokat adunk, akkor a szempontrendszer egyes elemei könnyen a térkép főfogalmaivá válhatnak, és egy helyen láthatóvá válik a két szöveg egyazon témában való hasonlósága, illetve különbsége.

Szintézis: a szövegalkotás esete kissé eltér az eddigiektől. Egészen idáig a kiindulópont egy már kész szöveg volt, amelyből a gondolat-térkép készült, most viszont előbb alkotjuk meg a térképet, és csak ezt követően készítjük el a szöveget. Éppen ezért javasolt az alkalmazás kezdeti fázisaiban: (1) szempontrendszert vagy kérdéseket adni a gondolat-térkép elkészítéséhez, (2) online folyamatosan nyomon követni a folyamatot, (3) több időt szánni a gondolat-térkép elkészítésének mikéntjére, (4) közösen elkezdni „dekódolni” a térképet, tehát néhány mondatot a térkép alapján közösen megfogalmazni, csak ezt követően engedni az önálló munkát.

Amiért még hasznosnak tartjuk a szintézis folyamatában a gondolat-térképek alkalmazását – különösen a fiatalok esetében – az a netgeneráció gondolkodásmódja és a szövegalkotás közötti szakadék áthidalása. Egy szöveg alapvetően lineáris felépítésű, tehát térben és tartalmilag is egymást követik az információk. Azonban a netgenerációt a párhuzamos információfeldolgozás és a hálószerű gondolkodásmód jellemzi (BESSENYEI 2009). A gondolat-térkép jó eszköz arra, hogy a tanuló a szövegalkotást megelőzően hálós rendszerben gondolja végig a megalkotandó szöveg tartalmát, majd ezt „dekódolja” egy lineáris rendszerré – ezt éppúgy tanítani kell, mint magát az online felület alkalmazását (PRENSKY 2001).

Értékelés: Bloom rendszerében az értékelés a legmagasabb szintű művelet, és általában ez okozza a legnagyobb nehézséget is a tanulóknak. Ebben is alapvetően két módon segíthetünk. Az online gondolat-térképek szinte mindegyike lehetőséget ad arra, hogy kommenteket, jegyzeteket készítsünk. Egyik lehetséges módja a megsegítésnek, ha minden potenciálisan értékelhető részhez a diákok kommentek és jegyzetek formájában leírják a véleményüket, meglátásaikat („Ezzel egyet értek, mert...”; „Szerintem ez nem helyes, mert...”). Ezt követően aztán ezeket kell egy koherens szöveggé gyúrni (ismét először közösen, akár előre megadott szempontok szerint).

A másik lehetőség, ha a gondolat-térképünkbe integráltatjuk a diákok véleményét, magyarul nemcsak a szöveg tartalmát, hanem azt is beleírják, szerintük milyen volna az ideális, tökéletes, nekik leginkább megfelelő.

A „mikor” és a „miért” szerepe

Az eddigiekben többször szó esett arról, hogy az online alkalmazások használatát tanítani és tanulni kell. Kiemelten fontos azonban a „Mikor használom?” és a „Miért használom?” típusú tudás kialakítása is. Végző soron a cél az, hogy a tanulók képesek legyenek olvasási stratégiáikat tudatosan aktivizálni egy-egy feladathelyzetnek megfelelően. Ehhez folyamatosan meg kell osztani velük, éppen most miért ezt a tech-

nikát választottuk, javasoljuk számukra, továbbá folyamatosan tudatosítani szükséges bennük az alkalmazás további lehetséges eseteit.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a végső cél nem a dolgozatoknak vagy vizsgáknak, hanem a mindennapi életnek, a munka világának való megfelelés. Éppen ezért nem szabad abba a hibába esnünk, hogy kizárólag iskolai szituációkkal, feladatokkal szemléltetünk!

Javasolt az idő előrehaladtával egyre nagyobb mozgásteret és önállóságot adni a tanulóknak. A végső cél tehát az, hogy a megismert és alkalmazott olvasási technikákból képes legyen önállóan megtervezni olvasási folyamatát, amiben jó és célravezető segítség a gondolattérkép-készítés.

Néhány online gondolattérkép-készítő oldal

www.mind42.com
www.mindmeister.com
www.mindomo.com
bubble.us
wisemapping.com
comapping.com
mapul.com

Irodalom

- BESSENYEI P. (2009): A net-generáció új tudása. *Élet és Irodalom*, 53, 6.
- BLOOM, B. S. (ed.) (1956): *Taxonomy of Educational Objectives*. Longmans–Green, New York.
- CSIKOS Cs. (2007): *Metakogníció – a tudásra vonatkozó tudás pedagógiája*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
- GARDNER, H. (1999): *Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21st Century*. Basic Books, New York.
- GYARMATHY É. (2003): Gondolattérkép. In *Tanulásmódszertani évkönyv 2003–2004*. Metódus-tan Kiadó, Budapest.
- GYARMATHY É. (2007): *Dizlexia – A specifikus tanítási zavar*. Lélekben Otthon Könyvkiadó, Budapest.
- MOLNÁR P. – KÁRPÁTI A. (2009): *Az együttműködő tanulás támogatása az oktatási informatika eszközeivel: MapIt vitatérkép*. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest. <http://www.ofi.hu/tudastar/molnar-pal-karpati> (A letöltés ideje: 2011. október 9.)
- PRENSKY, M. (2001): Digital Natives, Digital Immigrants. *On the Horizon*, 5. Magyarul: Digitális bennszülöttek, digitális bevándorlók (KOVÁCS E. ford.). http://goliat.eik.bme.hu/~emese/gtk-mo/didaktika/digital_kids.pdf
- SARKADY K. – ZSOLDOS M. (1992/93): Konceptcionális kérdések a tanulási zavar körül. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 3-4, 259–270.
- SZEKSZÁRDI J. (2011): A netgeneráció tagjai az osztályközösségben. *Modern Iskola*, 3, 48–51.
- ZSIGMOND I – PORSCHÉ É. (2009): *Olvasási stratégiák*. Pro-Print Könyvkiadó, Csíkszereda.

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

ZÁSZKALICZKY PÉTER (SZERK.)

3A társadalmi és az iskolai integráció feltételrendszere és korlátai

ELTE EÖTVÖS KIADÓ, BUDAPEST, 2013. ISBN 978-963-7155-62-8

Az ELTE Eötvös Kiadó gondozásában, 2013-ban megjelent kötet az Európai Léptékkal a Tudásért – ELTE TÁMOP-4.2.1./B-09/KMR-2013-0003 számú pályázat keretében született az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar munkatársainak tollából.

Ahogy a címből és a szerkesztő, Zászkaliczky Péter bevezetőjéből is kiderül, a tanulmányok alapját szolgáló kutatási projekt két témából tevődött össze: az integráltan tanuló, sajátos nevelési igényű gyermekek iskolai ellátásának, illetve a felnőtt fogyatékos személyek társadalmi integrációjának feltételrendszerét vizsgálták meg.

Horváth Péter a *Társadalmi integráció és fogyatékosügyi politika* című írásában azt a folyamatot mutatja be az olvasó számára, amely során a nemzetközi fogyatékosügyi politika kibontakozott, és amelynek hatásai megjelentek a hazai jogalkotásban is. Kiderül, hogy hazánk elsőként ratifikálta a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezményt, amely a mai napig meghatározó erővel bír a magyar fogyatékosügyi politikában. A tanulmány nem csupán egyszerű leírása annak, hogy mi történt hazánkban az utóbbi évtizedekben a fogyatékosügy vonatkozásában, hanem elemző módon tárja elének parlamenti pártok és kormányok fogyatékos személyeket érintő programjait, és kitér a szociálpolitikai összefüggésekre is.

Kereki Judit az *Intézményi jellemzők az értelmi fogyatékos emberek ellátórendszerében* című tanulmányában azokat a lehetőségeket és befolyásoló tényezőket írja le, amelyek az értelmi és halmozottan fogyatékos személyek társadalmi integrációját befolyásolják. Korábbi e témában végzett kutatások eredményeire, tapasztalataira építve alakították ki kérdőíves adatfelmérésüket, amelyet az ellátóintézmények szereplőinek címeztek. Az ország egész területéről összesen 137 intézményt sikerült bevonniuk a vizsgálatba. A szerző rendkívüli alapossgal és részletezettséggel tárja elének a működést



irányító mechanizmusokra jellemző adatokat (ellátások, szolgáltatások, finanszírozás, kapcsolati háttér, elégedettség, specifikus jellemzők témakörökben). Azonban nem áll meg a tények közlésénél, az összefüggésekre is felhívja az olvasó figyelmét. Kiderül, hogy az értelmi fogyatékos fiatalok, felnőttek társadalmi integrációjának még mindig sok gátja van (pl. az intézmények elhelyezkedése), az ellátóintézményekben dolgozó munkaerő sokszor nem megfelelően képzett, a lakóknak igen kevés lehetősége van a személyes életter kialakítására, a foglalkoztatás pedig legtöbbször védett környezetben valósul meg.

Az előző mű párja Katona Vanda *Felnőtt értelmi fogyatékos személyek életútjának feltérképezése* című tanulmánya, mely a már megismert kvantitatív szempontokat hivatott kvalitatív módon kiegészíteni, így adva teljes képet az érintettek élethelyzetéről. Ennek a vizsgálatnak az volt a célja, hogy felnőtt értelmi fogyatékos személyek életútját mutassák be. A szakértői mintavétel és a félig strukturált interjúk módszerével 25 év feletti értelmi fogyatékos felnőttekkel és az ő életükben fontos szerepet játszó (általában 3-5 fő) személyekkel beszélgettek. Végül a kutatásba bevont 21 értelmi fogyatékos személy életútjának körüljárása során 104 interjút készítettek. A szerző felhívja az olvasó figyelmét az értelmi fogyatékos személyekkel készült interjúzás módszertani sajátosságaira (pl. fényképek felhasználása vagy közvetítő személy bevonása). Az interjúk tartalomelemzése is alátámasztja azt, amit a kvantitatív kutatási rész már elénk tárt: az intézményekben lakó értelmi fogyatékos személyeknek nagyon kevés kapcsolata van a többségi társadalommal, a szolgáltatások nagy része is az intézmény falain belül zajlik, nincs lehetőségük a párkapcsolatok kibontakoztatására. A szerző intézmény- és intézményvezetői típusokat is bemutat az interjúk alapján.

A következő négy tanulmány az iskolai együttnevelést járja körbe az intézmények, a többségi és gyógypedagógusok, illetve a szülők szempontjából.

Papp Gabriella és Perlusz Andrea a szakértői interjúk módszerével a többségi és a speciális intézmények közötti viszonyokat térképezték fel a *Kooperáció- és konkurencia-folyamatok a sajátos nevelési igényű tanulókat ellátó intézményekben* című írásukban. A megkérdezettek között voltak intézményvezetők, pedagógusok, gyógypedagógusok és szülők mindkét ellátási formából (speciális és befogadó intézmény). A tanulmány elején megismerkedhetünk az egységes gyógypedagógiai módszertani intézmény fogalmával, létrejöttének mozgatórugóival és szabályozási kereteivel. Bepillantást nyerünk néhány jó gyakorlatba, melyek sikeressé tehetik az intézményeket, és kirajzolódik előttünk az EGYMI-k továbbfejlődésének útja is.

Szekeres Ágota, Perlusz Andrea és Takács István a gyógypedagógusok oldaláról közelítik meg az együttnevelés témáját a *Gyógypedagógusok véleménye az integrációval kapcsolatban* című írásukban, szintén interjúkon keresztül. Harminckét gyógypedagógust szólítottak meg, akik között voltak speciális és integráló intézményben dolgozók, illetve kettős státuszúak is. Tájékoztak az integrációval kapcsolatos véleményekről, a megbecsültségről és pályaképről, az együttműködés útjairól és a gyógypedagógusok együttnevelésben megjelenő feladatairól. Kiemelendő, hogy az integrációt minden megkérdezett személy pozitívan ítélte meg. A gyógypedagógusoknak van jövőképe a befogadó iskolák világát illetően is, azonban az interjúkból kiderült, hogy a kéttanáros modell alkalmazása igen ritka.

Schiffer Csilla a pedagógusi interjúk tapasztalatait osztja meg az olvasóval a *Kooperáció- és konkurencia-folyamatok a befogadó pedagógusok nézőpontjából* című tanulmányában. Ebből kiolvasható, hogy a többségi pedagógusok is pozitívan viszonyulnak az integrációhoz, és bár hangsúlyozzák a külső, nehezítő tényezők jelenlétét, alapvetően

hosszú távon gondolkodnak az együttnevelésről. Szükségesnek tartják az egész tantesületet érintő, felkészítő képzéseket. Az integrációban tapasztalt pedagógusok elismerésre számíthatnak a kollégáktól.

A *Szülők véleménye gyermekük gyógypedagógiai ellátásáról* című, *Takács István, Szekeres Ágota és Perlusz Andrea* jegyezte fejezet harminc szülővel készített beszélgetést elemez. Az interjúk kérdései olyan kulcsfontosságú életesemények feltárására irányultak, mint az iskolaválasztás módja, körülményei; a döntést segítő személyek, intézmények kiléte; a gyermek intézménybe kerülésének ideje; a szülők elvárásai az intézményekkel szemben és a jövőkép. Tapasztalataik alapján a szerzők javasolják annak a lehetőségnek a megteremtését, hogy a gyógypedagógusok is jelen lehessenek az egészségügyi ellátórendszerben. Szükségesnek tartják a családok segítségét a fogyatékos gyermekek korai fejlesztését illetően és a szolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés biztosítását, hogy ne kelljen a családoknak elköltözniük vagy hosszú órákat utazniuk azért, hogy az érintett gyermek megkaphassa a neki megfelelő ellátást.

A kötet mellékletében mindkét részkutatáshoz kapcsolódóan olvashatunk interjúkat, amelyek még előbbé teszik az olvasóval megosztott ismereteket.

Ajánlom a könyvet mindazoknak, akik akár csak érdeklődnek az integráció témája iránt, mert olyan friss és átfogó tudásanyaghoz juthatnak, amely nagyon hasznos lehet számukra; és minden szakembernek, aki naprakész szeretne lenni ebből a szempontból is, hiszen az együttnevelés és a társadalmi részvétel minden fogyatékos személyt és minden velük foglalkozó gyógypedagógust érint.

Pénzes-Höföler Éva

DR. GYARMATHY ÉVA

3 Diszlexia a digitális korszakban

MŰSZAKI KÖNYVKIADÓ, 2013 (2. KIADÁS). ISBN 978-963-16-4612-2

Dr. Gyarmathy Éva szerint napjaink „digitális bennszülöttei” eltérő idegrendszeri működéssel és világszemlélettel nőnek fel. A megváltozott képességek alapján a digitális-információs kor gyermekei valamilyen mértékben valamennyien sajátos nevelési igényűek, akiknek ehhez megfelelő tanításra van szükségük.

A 197 oldalas, 2013-ban (első kiadás: 2012) megjelent hiánypótló könyvben a szerző kifejti, hogy a digitális-információs társadalomban azok a gyerekek, akik ténylegesen sajátos nevelési igénnyel rendelkeznek, többszörösen hátrányba kerülnek a veleszületett vagy szerzett neurológiai eltéréseken alapuló (rész)képeszégzavarai miatt.

A könyv a diszlexia és az egyéb neurológiai alapú teljesítményzavarok jelenségét új szemszögből tárgyalva fő vezérfonalként jelöli ki, hogy a „címkézés” elsődlegessége

helyett a mai kor IKT-technológiáihoz igazított megfelelő fejlesztőkörnyezetet kell biztosítani a gyermekeknek.

A szerző klinikai és neveléslektani szakpszichológus, fő érdeklődési területe a tanulási zavarok, hiperaktivitás, figyelemzavarok és a tehetség kutatása. Könyvében azt az attitűdöt közvetíti, hogy ha változtatni szeretnénk valamin, nem a gyermeket, hanem a környezetet kell megváltoztatni, és ez magával hozza az egyén „kognitív keretének” megváltozását is.

A könyv iránymutató jellegű, négy rövid fejezetre tagolt bevezetéssel kezdődik. A szerző magyar és nemzetközi kitekintésben mutatja be a diszlexiát mint specifikus tanulási zavart, majd röviden ismerteti a kultúra hatását az idegrendszer fejlődésére és a literalitásra. A bevezető utolsó fejezetében

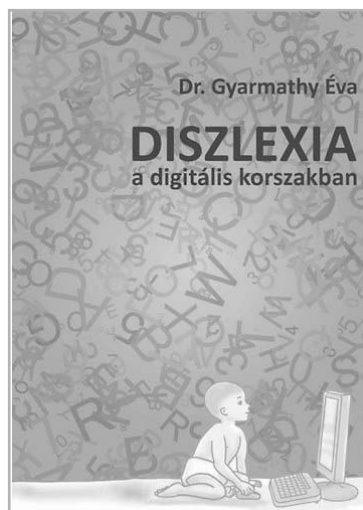
a mai kor gyermekeiről, a „digitális bennszülöttek” specifikus tulajdonságairól ad pontos képet: a gyorsabb információfeldolgozás, a vizuális élmény előnyben részesítése, a jellemzően passzív élményszerzési mód előtérbe kerülése, a kiegyenlítettebb agyi dominancia, a gépek és információs technológiák használata, képzetalkotás helyett kész képek alkalmazása jellemzi őket.

Az első nagy részben, amit „első könyvként” nevez el, bemutatja a diszlexia-kultúra-fejlődés tükrében a különböző elméleteket és irányzatokat, majd a tengelyszindróma és a diszlexia, valamint a kontrollfunkciók összefüggéseit tárja fel; és kifejti a literalitás szerepét is a digitális korban.

A „második könyvben” leírja a szokásostól eltérő gondolkodásmód jellemzőit, kapcsolatba hozva a kreativitást a diszlexiával, részletesen elemezve a háttérben rejlő kognitív képességeket. Fő problémaként nevezi meg a diszlexiások oktatásának legtöbb nehézségét okozó jobb agyféltekei dominanciát. Oktatási rendszerünk az úgynevezett „lépésről lépésre” haladó, részletekre irányuló tanítást, tanulási módot részesíti előnyben. Mint írja, ez az oktatási módszer azonban a bal agyfélteke-dominánsak számára sem lehet kedvező; kiemelkedő teljesítmény csak a két agyfélteke együttes használatával jöhet létre. Szemlélete alapján sok gyermek nem válna diszlexiássá, ha az iskolában figyelembe vennék másságát. A szerző a „második könyvön” belül részfejezetet szentel az abnormalitás és a normalitás, tipikus és kívánatos fogalom kibontásának, ahogy írja:

Senkit sem tekintenek fogyatékosnak azért, mert nincsenek szárnyai. A szárnyak nem tipikusak, bár éppenséggel kívánatosak lehetnének. Ha valakinek azonban szárnyai nőnek erős lábak helyett, az abnormálisnak számít, mert a lábak kívánatosak és tipikusak, a szárnyak – bár kívánatosak – nem tipikusak. Nincs, aki megtanítsa a repülést a szárnyal születt egyedeknek. A helyzet megváltozik, ha a kívánatos szárnyak tipikussá válnak. Ekkor már azok lesznek abnormálisok, akik nem tudnak repülni. (GYARMATHY 2013: 93–94)

A kiemelkedően kreatív gondolkodásmód, az erőteljes motiváció, és az átlag feletti intelligencia a tehetség klasszikus elemei Gyarmathy szerint; de kívánatosságuk kultúra- és társadalomfüggő, azaz csak addig számít normálisnak, míg megjelenési formája



megfelel a kívánatosság kritériumainak. Számba veszi a szokásostól eltérő működésmód következményeit is az önértékelésre vonatkoztatva, ismerteti az alulteljesítés ördögi körét, kiemeli az optimális feszültségi szint tanuláselsajátításban való fontosságát, és gyakorlati megvalósítási elveket és módszereket ad az alulteljesítés megszüntetésére. Felsorol segítő technikai eszközöket, amelyek a diszlexiás életét megkönnyíthetik. Külön kiemelendő, hogy a fejezet végén számos honlapot sorol fel, amiken keresztül a digitális világ a diszlexiások számára új képességek kiépülését teheti lehetővé.

A „harmadik könyv” a kötet leghosszabb fejezete. Itt a szerző a megoldás útjairól is szól: bemutatva elsőként az agy fiziológiai állapota és a literalitás közötti összefüggéseket, az agyi működés fiziológiai harmóniájának állapotát elősegítő differenciált hangok, illetve az étrend fontos szerepét a tengelyszindrómába tartozó zavarok esetében. Gyarmathy véleménye szerint a technika és az audiovizuális eszközök minden segítő és fejlesztő programja használható a diszlexiások oktatásában-nevelésében, de a fontos és megkérdőjelezhetetlen alapok mégis az ősi kultúra eszközei: a mozgás, a művészet és a stratégiai játék (gondolkodás), hiszen a mozgáson alapuló észlelési és feldolgozási zavarok vezetnek elsősorban részképességzavarokhoz. Hangsúlyozza, hogy a számítógépek világában nem szabad elbutulnia az ujjaknak sem: fontos, hogy a gyermekek tíz ujjal tanuljanak meg gépelni.

A szerző a következő alfejezetekben ismerteti a zene, képzőművészetek, színjátszás fontosságát, a téri viszonyok és a stratégiai gondolkodás összefüggéseit, és kiemeli a csoportos és az önálló tanulás mint a digitális kor fő tudásszerzési módjainak és az e-tanulásnak a fontosságát. Hosszabb fejezetet szentel az iskolai készségek fejlődésének a digitális korban: az olvasáshoz vezető út lépéseinek, az egyes szintek fejlesztésének a leírására, valamint az írás elsajátításának és az idegennyelv-tanulásnak is. Kitér az írás-olvasás és a számolás összefüggéseire, jellemzi a diszkalkuliát is, hiszen – mint írja –, a számolási képesség is csökkenyenedik a digitális korban.

Végül a kötet egy zárófejezettel zárul, amely a „*Befejezetlen*” címet viseli. Itt rövid fejezetekben megírt kitekintést ad a szerző a digitális kor és a diszlexia jelenkori problematikusságára vonatkozóan, a vizsgálódás további lehetséges irányait is megmutatva. Megemlíti Zsolnai József alkotói pedagógiai programját is, amely a gépies tömegoktatás ellen küzd, és metodikája sok tekintetben hasonló a szerző által elemzett módszerekhez.

A kötetet több mint 12 oldalas hivatkozott irodalomjegyzék zárja.

A könyvet elsősorban gyógypedagógusoknak, tanulásban akadályozottak pedagógiájára, pszichopedagógia és logopédia iránt érdeklődőknek ajánlanám, de kiemelten a többségi pedagógusoknak is, hiszen ez egy olyan problémakör, amellyel talán a legtöbbször találkozhatunk a pedagógiai gyakorlatban. A könnyen érthető, logikusan felépített, átlátható szerkezetű könyv segít jobban megérteni, elfogadni a mai korban diszlexiával küzdő gyermekeinket, és nem utolsósorban: toleranciára is tanít.

Pfening Dóra

KREUZER, MAX – YTTERHUS, BORGUNN (HRSG.)

3 „A jelenlét nem minden” – Inklúzió és közös élet az óvodában

(„Dabeisein ist nicht alles” – Inklusion und Zusammenleben im Kindergarten)

ERNST REINHARDT VERLAG, MÜNCHEN–BASEL, 2013 (3. KIADÁS). ISBN 978-3-497-02429-2

A német és norvég egyetemi professzor által szerkesztett vastkos, 307 oldalas könyvben hangsúlyos szerepet kap a paradigmaváltás, az integrációból az inklúzióba történő átlépés, többszöri hivatkozással az ENSZ egyezményekre. A kötetben amerikai, norvég, svéd, angol, ausztrál és német szerzők tanulmányai találhatók, így előfordul, hogy az „integráció”, „inklúzió”, „fogyatékoság” fogalmak eltérő színezetet kapnak.

A kötet középpontjában az óvodáskorú fogyatékos gyermekek beilleszkedése áll. Az életkori, etnikai, nemi hovatartozáson, valamint a nyelvi, kulturális háttéren nincs különösebb hangsúly.

A könyv négy nagy egységre tagolódik 17 tanulmánnyal. Az I. bevezető egység két tanulmánya az óvodások társas kapcsolataival általában és integratív helyzetben foglalkozik. A következő II. főfejezet címe: „Elmélet – fogalmak – analízis”. A szerzők különböző szempontok szerint járják körbe az integráció és az inklúzió fogalmát általános, az óvodás életkortól független értelemben, majd az északi országok óvodáinak kialakulását és a fogyatékos gyermekek integrálását hozzák összefüggésbe a jóléti állapotok politikai fejlődésével.

A III. egység a fogyatékosok óvodai szocializációjával kapcsolatos nemzetközi kutatásokat tartalmaz. A kutatók elemzik a fogyatékos gyermekek helyzetét kortársaik között, részvételüket, aktivitásukat a tevékenységekben, és kitérnek a beilleszkedést akadályozó tényezőkre is. Ez utóbbiak például a csoporthierarchia alakulása, a merevség, az elutasítás, az egymás elleni erőszak.

A IV. egység gyakorlatias, az óvodapedagógusok előtt álló kihívásokkal, feladatokkal foglalkozik. Érdekességként említem meg, hogy egy német szerző a magyar Pikler Emminek két, a 80-as években Németországban megjelent tanulmányára is hivatkozik a nemzetközi jó gyakorlatok idézése között. Több fejezet is foglalkozik a felnőttek szerepével az integratív játékok alakítása közben. Önálló fejezet tartalmazza a halmozottan sérült és a kommunikációs nehézségekkel küzdő gyermekek beilleszkedését. Egy norvég és egy ausztrál tanulmány szerzői kitérnek az inkluzív szemlélet és gyakorlat fontosságára az óvodapedagógusok képzése során.

A kötet minden szerzője írása végén részletes irodalomjegyzéket ad meg. A könyvet a szerzők bemutatása, továbbá részletes tárgymutató zárja. Az érdeklődő olvasók megtalálják a tanulmánykötetet az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar könyvtárában.

Csányi Yvonne

3 Legaszténia – olvasási-helyesírási nehézségek

ERNST REINHARDT VERLAG, MÜNCHEN–BASEL, 2013 (4. KIADÁS). ISBN 978-3-8252-4063-9

A terjedelmes kötet negyedik, átdolgozott kiadás: szakkönyv és egyben egyetemi tankönyv a pedagógusképzésben részt vevő hallgatók számára. A szerzők a bécsi, illetve grazi egyetem pszichológusai, akik hosszú ideje foglalkoznak a témával, melynek valamennyi részletkérdését igényesen tárgyalják.

Melyek a legfőbb kérdések? A legaszténia jellemzői, diagnosztikája, kialakulása, okai, a fejlesztés, kezelés lehetőségei. Bemutatásra kerülnek az információk feldolgozására, a neuropszichológiára, a biológiai tényezőkre és a szociális környezetre visszavezethető faktorok. A szerzők kitérnek az egyéb zavarokkal, magatartási jegyekkel való összefüggésekre is. A részleteket a következőkben ismertetjük.

Az olvasás és a helyesírás kialakulása: az írott nyelv elsajátításának előfutárai, az olvasási készség fejlődése (fázis-, valamint kompetencia-modellek), a helyesírás fejlődése (fázismodellek, előfeltételek), olvasás és helyesírás összefüggései. A szövegértés és az írásbeli kifejezés: az összetevők, a lejátszódó kognitív folyamatok, a részképességek mint előfeltételek. Az olvasástechnika tanításának alapvető módszeres eljárásai az első, majd a második és negyedik osztály között, a szövegértés iskolai fejlesztése, rávezetés megértési stratégiákra, a szókincsbővítés lehetőségei, a helyesírási, illetve a fogalmazási készség fejlesztése, az óraszervezés, a otthoni fejlesztés lehetőségei a kezdetektől a magasabb osztályokig. Az olvasási-helyesírási nehézségek meghatározása, gyakorisága, prognózisa, folyamata. A szövegértés, a szövegértés fejlődése. Az olvasási-helyesírási nehézségek különböző megnyilvánulási formái. Az okok: biológiai, genetikai faktorok, kognitív eredet, szociális körülmények. Olvasás szabadidőben, a TV szerepe.

Részletes bemutatásra kerül a diagnosztikai eszköztár, ideértve az emlékezet, intelligencia és az auditív megértés értékelését, valamint a magatartás megfigyelését is. Ugyancsak igen részletes a zárófejezet is, amely a fejlesztés, terápia lehetőségeit járja körül, melyek között kitérnek a szerzők a német nyelvterületen alkalmazott különböző pedagógiai eljárásokra és figyelmet szentelnek a szervezés, differenciálás kérdéseire, a szülők bevonására, az egyéni terápiára, ideértve ennek tervezését is.

A kötet tankönyvjellege megnyilvánul az egyes fejezetekhez csatolt összefoglaló kérdések megjelenésében is. Tárgymutató és részletes bibliográfia zárja a könyvet.

A legaszténia elterjedt zavar, előfordul a többségi iskolák és a gyógypedagógia területén egyaránt, ezért a könyvet haszonnal forgathatják egyetemünk különböző pedagógiai karainak német nyelven is olvasó oktatói és a gyakorló pedagógusok is.

Megtalálható az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar könyvtárában.

Csányi Yvonne

3 Az ELTE díszdoktorává avatták Viktor Lechta professzort

Egy egyetem életében különleges ünnep, amikor valamely szaktudomány nemzetközi hírű szaktekintélyét díszdoktorává avathatja. A gyógypedagógia tudománya Ferdinand Klein után második esetben részesült most ebben az elismerésben, amikor 2014. május 9-én Doctor et professor honoris causa címet adományozott Viktor Lechta professzornak.

Viktor Lechta 1948-ban született Pozsonyban. A Comenius Egyetemen szerzett gyógypedagógusi diplomát 1972-ben, majd ugyanitt kezdte meg oktatói és kutatói munkásságát. Az általa megalapított logopédiai tanszéket – 1992-ben bekövetkezett kinevezését követően egyetemi tanárként – 2006-ig vezette. A szlovákiai logopédusképzés megteremtője, a pozsonyi orvostudományi egyetem klinikai logopédusképzésének létrehozója. A szlovák gyógypedagógiai társaság alelnöke, a legjelentősebb szlovákiai szaktudományos periodika főszerkesztője, hat nemzetközi tudományos folyóirat szerkesztőbizottsági tagja. Pályafutása során vendégprofesszora volt a budapesti, a müncheni, a bécsi, a krakkói és a prágai egyetemnek. 2006-tól a Nagyszombati Egyetem neveléstudományi tanszékének professzora.

Tudományterületének befolyásos, európai léptékű és hatású szaktekintélye. Kiemelt kutatási területei között évtizedeken keresztül az atipikus nonverbális viselkedés, a kommunikációs képességek zavarainak diagnosztikája, a primer beszédzavarok – közöttük is elsősorban a dadogás – és a szekunder beszédzavarok integratív terápiája szerepelt, míg az utóbbi esztendőkből érdeklődése a gyógypedagógia általánosabb kérdésfeltevéséi, mindenekelőtt az inkluzív nevelés elmélete és gyakorlati megvalósításának feltételrendszere felé fordult. E témákban 22 tudományos monográfiát, 29 szerkesztett kötetet, 91 könyvfejezetet és 47 folyóirat-tanulmányt jegyez szlovák, cseh, lengyel, magyar, német és angol nyelven. Számos nemzetközi kutatási konzorcium és projekt vezetése kötődik a nevéhez.



Egyetemista korától kezdve szoros kapcsolatot ápolt a magyar gyógypedagógiával, a budapesti gyógypedagógus-képzéssel. Az előterjesztő kar jogelőd intézménye e szakterületnek és tudományágnak a világon elsőként alapított felsőiskolája, melyben a környező országok számos alapító képviselője, így a szlovák gyógypedagógia megteremtői is tanultak. A XX. század utolsó évtizedeire ez a kapcsolat egyenrangúvá és kölcsönössé válhatott, amiben nagy szerepe volt annak az elfogadásra és egymás kölcsönös tiszteletére alapuló „hungarus” szemléletnek, többnyelvűsége és kultúráköziségre épülő „pressburger” mentalitásnak, amely Lechta professzor pozsonyi intézetét is jellemezte. A közös kutatási és oktatási célokat, a tudományos és képzési kooperációt – változó politikai rendszerek és kurzusok ide vagy oda – számos vendégelőadói meghívás, hallgatói mobilitás, közös kutatási projekt segítette évtizedeken keresztül.

Lechta professzor úr személyében olyasvalakit tüntetett ki tiszteletbeli doktorává és professzorává az Egyetem, akinek egész életpályája, magas tudományos eredményein is túlmutatva, azokat az értékeket testesíti meg, melyeket az ELTE és a Nagyszombati Egyetem 2013 decemberében megkötött bilaterális megállapodása alapjaként fogalmaztak meg a két intézmény vezetői.

*Dr. Zászkaliczky Péter
az ELTE BGGyK dékánja*



Viktor Lechta 2014. május 8-án tartotta székfoglaló előadását az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karon *A beszédfolyamatosság zavarai (diszfluencia) felnőttkorban – a differenciáldiagnosztika lehetőségei a logopédiában* címmel. A kitérítés átvételekor elhangzott ünnepi beszédét az alábbiakban olvashatják.

A szlovák és a magyar gyógypedagógia közös gyökerei, közös aktuális problémái és közös jövőbeli lehetőségei

Tisztelt Rektor Úr, tisztelt Rektorhelyettes Urak, tisztelt Dékán Asszony és Urak, tisztelt Szenátus, kedves Vendégek!

A számos jubileum közül, amelyre 2014-ben emlékezünk, számomra a leginkább meghatározó az első világháború kitörésének századik évfordulója. Ez a száz év számomra azonban nem csupán világtörténelmi szempontból jelentős, hanem beszédem fő témája okán is: különböző összefüggésekben többször is vissza kívánok rá térni. Pozsonyban születtem. A már említett száz évvel ezelőtt a városban már csak emlékként élt gyors felemelkedésének időszaka, amikor a tizenhatodik században (1536-ban) Magyarország fővárosa és tizenegy magyar király koronázásának majdani színhelye lett. Száz éve, az

első világháború előtt Pozsonynak mintegy hetvenezer lakosa volt. A „nagy” európai történelem szempontjából Pozsony a közeli Bécs és a kissé távolabbi Budapest árnyékában meghúzódó provinciális település volt. Bratislava – Pozsony – Pressburg: ez a három, máig használt név jól tükrözi a város akkori transznacionális jellegét. A provinciális kisváros békés légkörében németek, szlovákok, magyarok, zsidók (továbbá horvátok, szerbek, bolgárok) éltek egymás mellett. Azok a kiemelkedő képességű pozsonyiak, akik az érvényesülést keresték, hagyományosan vagy Bécsbe mentek, mint például Kempelen Farkas, vagy Budapestre, mint Batthyány Lajos, vagy még tovább: a Monarchiából a „nagyvilágba”. Akkoriban Pozsony német–magyar–szlovák háromnyelvű város volt. A transznacionális Pozsonyban a német, magyar, szlovák, zsidó stb. hatás kölcsönös spontán összeolvadása alakította ki a tipikus pozsonyi, „pressburger” kultúrát. Ebben az értelemben a pozsonyiak már akkor is európaiak voltak, amikor egy majdani lehetséges Európai Unió eszméje még csak alig megvalósítható utópiának tűnt. (Ennek az eszmének egyik konkrét, saját szakterületemet érintő példája a mentálisan sérült gyermekek számára létesített, és szlovák, magyar, német osztályokkal működő pozsonyi iskola volt. Ez a megoldás minden érintett félnek megfelelt, és általánosan elfogadott volt. Ehhez a hagyományhoz nyúltak vissza később a múlt század ötvenes éveinek az elején, amikor Szlovákiában magyar oktatási nyelvű speciális osztályokat és iskolákat létesítettek.) Még a második világháború után is, amikor gyermekként nagyanyámmal a piacra mentünk, az árusokkal magyarul, szlovákul és németül beszélünk: szükség szerint vagy éppen a kofa nemzetisége szerint váltogattuk a nyelveket. Nekem tehát könnyű európainak lenni: olyan városban születtem, ahol természetes volt a trilingvis magyar, német, szlovák kommunikáció, és természetes volt több nemzet együttélése.

Elsősorban is tehát az jellemez, hogy Pozsonyból származom. Másik jellemző „jegyem”, hogy gyógypedagógus, s ezen belül logopédus vagyok. Bár az utolsó száz évben Pozsony transznacionális jellege fokozatosan eltűnt, a magyar és a szlovák gyógypedagógusok közötti kapcsolatok továbbra is megmaradtak – és reményeim szerint meg is maradnak – olyan formában, hogy híven tükrözik azokat a viszonyokat, amelyekkel a pressburgi-bratislavai-pozsonyi polgári miliót jellemeztem. Akármilyen volt a mai Szlovákia államformája: monarchia, totalitárius, demokratikus vagy éppen szövetségi – a magyar és a szlovák gyógypedagógusok közötti kapcsolatok mindig is transznacionálisak és kollegiálisak voltak. Jól emlékszem arra, amikor egy pozsonyi UNESCO-szimpozium alatt fiatal egyetemi tanársegédként kísérőnek „rendeltek ki” Göllesz professzor, az akkor budapesti Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola főigazgatója mellé. A főigazgató úr megismerkedésünket követően azonnal atyai pártfogásába vett; én a szimpózium alatt csak néhány napig kísértem őt, a professzor úr azonban évtizedekig a patrónusom maradt: nyugati szakirodalommal látott el, amely az egyéb kelet-európai országokkal szemben megengedőbb magyarországi körülmények között magyar fordításban megjelenhetett. A professzor úr kollégákkal ismertetett meg, szakmai és személyes ajánlásokkal látott el.

Mivel egyetemen vagyunk, a magyar és a szlovák gyógypedagógusok közötti kapcsolatokról szólva éppen a felsőoktatás területén megvalósuló együttműködésről kell konkrétan szólnom, bár tény, hogy a felsőoktatási intézményi együttműködés a sérült embereket ellátó intézményekben dolgozó gyakorlati szakemberek, karitatív és egyéb egyesületek közötti évtizedes együttműködésből nőtt ki. Az intézményi együttműködés három szempont alapján mutatható be: a közös történelmi gyökerek, a közös időszerű gondok, valamint a közös jövőbeli lehetőségek szempontjából. Érdekes, hogy ebben az

esetben is százéves jubileumról van szó: egy százéves felsőoktatási együttműködés, összetartozás eredményeinek összefoglalásáról.

I. Közös gyökerek

A beszédem elején említett százéves évforduló a szlovák és a magyar gyógypedagógusok közötti felsőoktatási szintű kapcsolatokra is érvényes: a közös történelmi gyökerektől a mai időszerű közös feladatokig ível. Éppen a huszadik század elején virágkorát élő transznacionális Pozsony időszakára esik a magyar és a szlovák gyógypedagógia felsőoktatási szintű kapcsolatának kezdeti időszaka. Vácott ugyanis a huszadik század legelején, 1900-ban nyitotta meg kapuit a ma az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kara néven ismert intézmény jogelődje, a Gyógypedagógiai Tanítóképző. Figyelemre méltó, ez volt a világon az első ilyen jellegű felsőiskola. Az egyik legnagyobb szlovák pedagógus, Juraj ěeetka szerint a magyarországi gyógypedagógiai képzési rendszer az akkori Európában a legfejlettebb volt. Törvényszerű volt tehát, hogy ha régiókban valaki a gyógypedagógia területén megfelelő végzettséget kívánt szerezni, azt csak ebben az intézményben szerezhette meg. Az említett százéves évforduló kapcsán nagyon érdekes, mai itteni fellépésem okán pedig számomra személyesen is több mint szimbolikus jelentőségű, hogy a szlovák gyógypedagógia megteremtője, Viliam Gaňo száz éve éppen itt tanult, az akkor kétéves képzésre 1913-ban iratkozott be. Itt került a világszerte elismert neurológus, pszichiáter, a gyógypedagógiai pszichológia egyik alapítója, Ranschburg Pál és a pszichológus, gyógypedagógus Vértes József hatása alá. Az itt megszerzett képzettség és a multidiszciplináris tudományos érdeklődés segítette őt abban, hogy létrehozza és sikeresen fejlessze a szlovák gyógypedagógiát. Gaňo azonban sohasem feledkezett meg alma materéről: ez nem csupán személyes és szakmai kapcsolataira és a tudományos együttműködésre érvényes, hanem publikációs tevékenységére is. *A fogyatékos gyermek nevelése* című monográfiája – amely a gyógypedagógus-képzésben évekig alaptankönyvnek számított – 1966-ban egyszerre jelent meg szlovákul és magyarul, Pozsonyban és Budapesten. Csak mellékesen jegyzem meg, hogy jellemző és mai előadásom témája szempontjából szimbolikus jelentőségű, hogy Bárczi Gusztáv, akit 1975-ben e kar névadójának választottak, a mai Szlovákia területén, Nyitra közelében született, s kiválóan beszélt szlovákul. Bárczi Gusztáv 1957-ben egy körmöcbányai nemzetközi gyógypedagógiai konferencián hibátlan szlováksággal tartotta meg előadását. A gyógypedagógia fejlesztése szempontjából a magyar és szlovák gyógypedagógusok számára nemcsak ebben a kezdeti időszakban, hanem azt követően, a két világháború között is fontos volt, hogy elsősorban német forrásokból tájékozódtak. Ez egyrészt az Osztrák–Magyar Monarchiában jelen levő német hatásból, másrészt pedig a számos fontos területen domináns német kutatásokból logikusan következett. A második világháborút követően a mi szakterületünkön is a szovjet gyógypedagógia befolyása vált meghatározóvá, az utóbbi évtizedekben pedig az angolszász hatásnak vagyunk tanúi. Mindezen nyomások mellett a magyar és a szlovák gyógypedagógusok kapcsolatai töretlenül megmaradtak. Együttműködési szerződések és informális személyes kapcsolatok alapján számos meghatározó jelentőségű terv és rendezvény valósult meg. Amikor 1967-ben végre Szlovákiában is elindult az egyetemi szintű önálló gyógypedagógus-képzés, számos szakterületen éppen magyar forrásokból tájékozódtunk, szereztünk tapasztalatot. A hetvenes évek elején hallgatóként kezdtem szlovákra fordítani a *Gyógypedagógiai pszichológia* című könyvet, s míg ennek a 460

oldalal alapműnek a fordításán dolgoztam, Budapestre jártam a szerzőkkel konzultálni. Ezek a nemzetközileg elismert szaktekintélyek még gesztusaikban sem jelezték a velem, a másodéves hallgatóval szembeni szakmai felsőbbrendűségüket. Amikor – már a nyolcvanas években – a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola akkori főigazgatója, Gordosné Szabó Anna alapvető jelentőségű tankönyvét, a *Gyógypedagógiát* fordítottuk szlovákra, a professzor asszony a rá jellemző szerénységgel fejezte ki köszönetét azért, hogy munkáját a szlovák olvasók számára hozzáférhetővé tettük. Ezeket a szakmai, tudományos és egyúttal informális kapcsolatokat az egyes karok és szakmai szervezetek, azaz a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete és a Szlovákiai Gyógypedagógiai Társaság között aláírt együttműködési szerződések egészítették ki. A kapcsolatok sava-borsát azonban mégiscsak a véleményformáló személyiségek informális, partneri találkozóí adták. Kötelességemnek érzem, hogy e helyütt megemlékezzem néhány személyiségről. Magyar oldalról meg kell említenem Göllész Viktort, Illyés Sándort, Méhes Józsefet, Gordosné Szabó Annát, Buday Józsefet, Lányiné Engelmayer Ágneszt, szlovák részről pedig Viliam Gađót, Vladimír Predmerskýt, Anna Borešovát, Ondrej Matuškát, Štefan Csonkát, Ján Hučíkot, Jozef Baláž, Štefan Vašekot, de még további szakembereket is említhetnék. A szakterület történetét feldolgozó jövődöbeli történeiszek számára ennek az együvé tartozásnak meggyözö bizonyítékául szolgálnak majd a *Gyógypedagógiai Szemlében*, illetve a *Špeciálna pedagogika* szakfolyóiratban kölcsönösen megjelentetett publikációk.

II. Közös időszerü problémák

Ami a jelent illeti: a múlt század kilencvenes éveiben Közép-Európában lezajlott radikális politikai változások semmiben sem befolyásolták a két ország gyógypedagógusai közötti kölcsönös jó viszonyt. Természetes volt, hogy a fogyatékos, sérült személyek komplex rehabilitációjával foglalkozó, 1991-ben alapított első szlovákiai tudományos igényü szakfolyóirat szerkesztöbizottságában lesz magyarországi tag. Az ebben a régióban megvalósuló első európai szintü nemzetközi program a Losoncon 1995–1997-ben megszervezett Gyógypedagógusok Európai Fóruma volt. A Phare-Lien európai uniós projekt keretében megrendezett programba tizennégy ország szakemberei kapcsolódtak be, törvénszerű volt azonban, hogy a program alapját a magyar és a szlovák kollégák közötti kooperáció képezte. Ennek az európai szintü programnak az eredményeit egy monográfiában foglaltuk össze: *A gyógypedagógiai új útjai* (Pozsony, 1997) magyar és szlovák mutációban is megjelent. A példákat még sorolhatnám. Végül egy személyes tapasztalatomat osztom meg önökkel: amikor 1993-ban a budapesti Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Logopédiai Tanszékén vendégprofesszor voltam, egyetlen pillanatig sem volt olyan érzésem, hogy külföldön vagyok.

Amint a szakmabeliek tudják, e területen az egyik rendkívül aktuális közös probléma az inkluzív oktatás-nevelés kérdésköre. Mind a magyar, mind a szlovák parlament ratifikálta A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló 2006-os ENSZ-egyezményt. Ennek értelmében minden fogyatékosággal élő személynek minden oktatási-képzési szinten joga van ahhoz, hogy inkluzív oktatásban-nevelésben részesüljön. A többségi iskoláknak fel kell készülniük arra, hogy minden gyermek – így a fogyatékos gyermekek – számára is inkluzív oktatást biztosítsanak (a jelszó: School for all!). Ez az el-képzelés azonban kétarcú: egyrészt a fogyatékos személyeknek elméletileg joguk van az oktatásban részt venni, másrészt viszont gyakorlatilag fennáll a veszélye annak, hogy

az inkluzív oktatás politikailag kikényszerített, elszáradt bevezetése éppen azoknak az embereknek árt, akik számára „ki lett találva”. A gyógypedagógia egyúttal az inkluzív oktatás minőségét meghatározó tényező: az inkluzív oktatás nem valósítható meg a gyógypedagógia közreműködése nélkül. Többek között ezt a következtetést is megfogalmazták azok a szlovák és magyar szakemberek, akik az elmúlt hét évben (2006 és 2013 között) négy közös nemzetközi konferencián és két közös kutatási programban vettek részt. A kutatás folyamatáról a szakemberek négy tanulmánykötetben számoltak be (ezekben a magyar kollégák munkái is helyet kaptak); a legújabb kutatási eredményeket a Frankfurt am Mainban *Reflection of Inclusive Education of the 21st Century* címmel tavaly megjelent közös kötet mutatja be.

III. Közös jövőbeni lehetőségek

A forradalmi változásokat élő mai Európában – akárcsak száz éve – nehéz felvázolni a lehetséges jövőbeli folyamatokat. Ami a szlovák és a magyar gyógypedagógiát illeti, itt is megfigyelhető azonban egy érdekes párhuzam. A szlovák gyógypedagógia a nemrégiben alakult önálló szlovák államban, a magyar gyógypedagógia pedig az utóbbi évektől egyetemi és doktori szintű képzési programként fejlődhet tovább. A szlovák és a magyar gyógypedagógiának újfent közös célja van: a gyógypedagógia mint tudományos diszciplína emancipálása, illetve hogy a gyógypedagógus az egymással kölcsönösen kooperáló tudományterületek szakembereiből álló csapat egyenrangú tagja legyen. Arról, hogy ezt a közös célt sikerül-e közösen elérnünk, majd más fog beszámolni. Nekem az a megtiszteltetés jutott, hogy az elmúlt száz évről beszéljek.

Hosszú összegzés helyett engedjék meg, hogy egy rövid idézettel zárjam beszédemet. „A személyek felcserélhetők, a történet azonban soha” – ezt egy Magyarországgal szoros kapcsolatban álló Nobel-díjas, Elie Wiesel írta. Idővel a felejtés fátyla borul azoknak a szakembereknek a nevére, akik a szlovák és a magyar gyógypedagógia közös alapjainak kialakításában, a közös aktuális problémák kezelésében és a közös jövő felvázolásában részt vettek. Történetük azonban – az összetartozó személyek közös műve – fennmarad.

Köszönöm megtisztelő figyelmüket.

3. „III. Nyitott kapuk a logopédián”

*Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XXII. Kerületi Tagintézménye
1221 Budapest, Szent István tér 1.*

A CPLOL (az Európai Unió Logopédusainak Állandó Bizottsága) 2004 óta minden év március 6-án ünnepli az európai logopédusok napját. Az alkalom célkitűzései közül a legfontosabb, hogy a szakemberek a kommunikációs és nyelvi zavarok témájában minél szélesebb körben tájékoztatást nyújtsanak az érdeklődőknek, az érintetteknek, valamint a hozzátartozóknak. Ezen a napon a logopédiai intézmények, szervezetek, munkacsoportok Európa-szerte különféle programokat, megmozdulásokat szerveznek, hogy felhívják a figyelmet a nyelvi és kommunikációs zavarok tüneteire és következményeire, a diagnosztizálás és a fejlesztés, így a szakma szerepére, fontosságára.

2014-ben a logopédia európai napjának témája:

A TÖBBNYELVŰSÉG – „Abány nyelv, annyi kultúra, de a kommunikáció egy!”

A Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XXII. Kerületi Tagintézménye immár harmadik alkalommal csatlakozott a Magyar Logopédusok Szakmai Szervezete felhívásához és tartotta meg a Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége Egyesület szakmai támogatásával a „III. Nyitott kapuk a logopédián” című rendezvényt.

2012-ben és 2013-ban még a Kozmutza Flóra EGYMI keretein belül szerveztük meg a „Logopédia napját”, első alkalommal 60 fő, a második alkalommal már 150 fő részvételével. Az idei, Klauzál Gábor Budafok-Tétényi Művelődési Központban megrendezett konferenciára 300 fő regisztrált előzetesen; szülők, védőnők, óvodapedagógusok, tanítók, tanárok, orvosok, logopédusok egyaránt.

Az a tény, hogy ilyen nagy létszámban jelentkeztek a rendezvényre, mutatja, szükség van arra, hogy a logopédus szakma és a társtudományok képviselői megosszák tudásukat, ismereteit, tapasztalataikat az érdeklődőkkel. A konferencián a figyelem középpontjába került a többnyelvűség, a komplex logopédiai tevékenység, valamint a kommunikációs zavarok megelőzésének lehetőségei.

Ebben az évben alapítottuk meg az „Ajtony Péter-díjat”, melyet vándordíjként minden év március 6-án az a Szakszolgálatunknál dolgozó logopédus kollégánk kap meg, aki az adott tanévben kiemelkedő teljesítményt nyújtott.



A konferencia helyszínén, idén először, a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat többi Tagintézményéhez hasonlóan, kollégáink beszédszűrést is végeztek az érdeklődők körében.

Szintén újdonság, hogy a „Logopédia napja” alkalmából rendezett „Beszédcsiszoló” program keretein belül az ELTE BGGyK logopédus hallgatóinak közreműködésével a kerületi középiskolás diákok betekintést nyerhettek a beszédtechnika világába. A Beszédcsiszoló foglalkozáson két középiskolában összesen 114 diák vett részt.

A rendezvény megnyitását követően Lórik József (ELTE BGGyK adjunktus) méltatta dr. Ajtony Péter oligofrénpedagógus-logopédus, magyar szakos középiskolai tanár, a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola docensének kiemelkedő munkásságát, majd sor került az „Ajtony Péter-díj” átadására. Ebben a tanévben a díjat Molnárné Bogáth Réka logopédus kollégánk kapta.

A konferencián nagy örömünkre részt vett Ajtony Péter családja is.

Ezt követően Fehérné Kovács Zsuzsanna (MLSZSZ elnök, logopédus-nyelvész, ELTE BGGyK docens) tartotta meg kitűnő előadását „Többnyelvűség – kommunikáció – logopédiai szempontok” címmel. A prezentációban bemutatta a többnyelvűség hatását a nyelvi fejlődésre és a kommunikációra, irányt mutatott a nyelvek közötti különbségekből, illetve a specifikus nyelvi zavarból fakadó tünetek elkülönítésére, valamint ismertette többnyelvűség esetén a logopédusok kompetenciáit.

A szünetet követően Sípós Csenge Ágnes (logopédus, ELTE Bárczi Gusztáv Gyakorló Általános Iskola és Gyógypedagógiai Módszertani Központ) lendületes előadását hallgathattuk meg „Többnyelvűség – gyermekkori nyelvfejlődés” témában. Először a többnyelvűség aktualitásáról, a fogalom meghatározásáról beszélt, majd a logopédia és a többnyelvűség kapcsolatára, a többnyelvű nyelvelsajátítás sajátosságaira, illetve a nyelvi zavar és a többnyelvűség témakörére tért ki. Ismertette a többnyelvű gyermekek differenciál diagnózisa felállításának nehézségeit, továbbá a terápiás lehetőségeket és a prevenció jelentőségét.

A következő, korszerű szemléletű előadást Hevesi Gabriella (logopédus, beszéd-tanár, kineziológus, Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat III. Kerületi Tagintézménye) tartotta. Prezentációjának címe: „Hogyan vezet az ujjszopás és a cumizás nyelési és fogsorzáródási rendellenességekhez? – A nyelvlökéses nyelés felismerése, komplex terápiája”. Előadásában elmondta, a terápiája során fontosnak tartja a gyermekeket „egység”-ként kezelni, ugyanis a nyelési problémáknak és a hozzájuk társuló hangképzési zavaroknak a hátterében sok esetben nemcsak a beszédszervek, hanem egyéb más szervek, testtájak, funkciók hibás működése, diszfunkciója is előfordulhat a probléma okozójaként. Kiemelte, hogy a beszéd és a nyelés folyamata nagyon finom mozgások sorozata, ezért a nyelési és hangképzési terápián kívül kulcsfontosságú helyet kap terápiájában a gerinc állapotának feltérképezése, és az ehhez kapcsolódó elváltozások komplex kezelése, illetve a pszichés funkciók okainak feltárása és kezelése, amennyiben ez indokolt.

Ezt követően „meglepetés-vendégünk”, Pachmann Péter Kazinczy-díjas (1992) szerkesztő, műsorvezető beszélt a közönségnek a kommunikáció és a szép beszéd fontosságáról.

A következő, nagyon informatív előadást Szobonya Zsuzsanna (logopédus, Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XXII. Kerületi Tagintézménye) kollégánk tartotta „A korai nyelvfejlődés elmaradása – felismerés és terápia” címmel. Kiemelte, hogy a gyógypedagógiában, a logopédiában egyre nagyobb hangsúlyt kap a korai felismerés, beavatkozás. Ismertette, hogy a szülőknek, a gyermek környezetében élő felnőtteknek mire kell

figyelni, felfigyelni, mikor kell szakember segítségét igénybe venni. Végül bemutatta a megkésett beszédfejlődésű gyermekek terápiájának néhány elemét.

A szünetet követően „Lila Lufi nagyon tud csodálkozni, avagy Mesezene program az olvasás előkészítésében” címmel Ványi Ágnes (logopédus, tankönyvszerző, módszeralkotó, Pest Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Budakeszi Tagintézménye) és Szűcs Antal Mór (logopédus, módszeralkotó) fergeteges előadását hallhatta a közönség. Az óvodásoknak szóló Mesezene programjuk célja, hogy a gyermekek számára az ebben az életkorban még túl absztraktnak ható beszédhangok percepciójára játék során érzékenyítsék őket. A meséket igyekeztek humorral átszőni. A magánhangzókat érzelmekhez kapcsolják, ezeket az érzelmeket jelenítik meg a lufik. Minden lufinak az érzelmeket egyszerűen, de egyértelműen kifejező arca van (az arcok piktogramszerűek, a későbbi játékok során a gyerekek is könnyen le tudják rajzolni őket). Az arc rendkívül fontos eleme a száj, aminek a formája követi a lufi hangjának ajakartikulációját. Tehát egy lufi legalább háromszoros megerősítése egy hangnak: a meghatározott színe, az arckifejezése és az ajakartikulációja, és természetesen a hozzá kapcsolódó érzelem által.

Ezután dr. Balázs Boglárka (főorvos, címzetes egyetemi docens, Szent János Kórház) tartotta meg „A diszfónia – a hangképzés betegsége, elmélet és gyakorlat” című kiváló előadását. A rekedtség a hang tisztaságának zavara, a hangminőség hallható elváltozása, mely napjainkban egyre gyakrabban jellemzi az emberi beszédhangokat. Létrejöttének számos oka lehet, de a lényeg az, hogy megfelelő kezelés és hangkímélés mellett el kell, hogy múljon. Felismerése és diagnózisa rendkívül fontos, mivel számtalan esetben súlyos, az életet veszélyeztető kórképek első megjelenési formája. A beszédre minden embernek szüksége van, bármilyen környezetben él és dolgozik. A beszéd gondolatunk kifejezésének eszköze. Érthető tehát, hogy a civilizált társadalomban, a szocializáltság magas fokán az interperszonális kapcsolatok beszéd nélkül nem alakulhatnak megfelelően.

A nap utolsó előadása „A hangoktól a betűkig – felkészülés az iskolakezdésre – logopédus szemmel” címet viselte. Ambrus Noémi (logopédus, Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XI. Kerületi Tagintézménye) és Németh Brigitta (logopédus, XXI. ÁMK Óvoda) minden részletre kiterjedő prezentációjukban bemutatták *Csodátólcsér* című könyvük koncepcióját. Ismertették az iskolaérettség feltételeit, illetve a logopédus szerepét az iskolaérettség megállapításában. Számos példát és ötletet adtak a terápiás foglalkozások tervezéséhez, valamint az otthoni játékos „tanuláshoz”. Előadásukat az alábbi idézettel zárták:

„Az olvasástanítás egyik igen fontos mozzanatának tartom az olvasás előkészítését, (...) tebát a beszéd elemeinek felfedeztetését, a hangoztatást, a hanganalízist, majd -szintézist, az időtartam érzékelését, a beszédhangok differenciálását, (...) különösen azoknál a tanulóknál, akiknél valamilyen ok miatt az említett számtalan készség és képesség közül néhány hiányzik vagy nem megfelelő.” (dr. Ajtony Péter)

Az eddigi visszajelzések és az elégedettségi kérdőívek feldolgozását követően elmondhatjuk, hogy ismét sikeres konferenciát zártunk. Nagyon örülünk, hogy Szakszolgálatunk ilyen rangos eseménynek lehetett a házigazdája, most már mondhatjuk, hagyományt teremtve.

2015. március 6-án minden érdeklődőt szeretettel várunk a soron következő, „IV. Nyitott kapuk a logopédián” rendezvényünkre!

Szabóné Vékony Andrea

3A korai hallásszűrés fontossága napjainkban

Kivétel nélkül minden anyuka úgy tekint a várandósság kilenc hónapja elé, hogy tele van reménnyel, örömmel, hogy egészséges kisbabája fog születni. Arra senki sincs felkészülve, hogy a magzattal bármi történhet, vagy szülés közben, születés után nem várt komplikációk léphetnek fel.

A babák már a méhen belül is hallanak, hiszen a szülés előtti utolsó hetekben egyre jobban érzékelik a külvilág hangjait. A hallásfejlődés már magzati korban elkezdődik.

A hallás vizsgálata már egészen pici korban nagyon fontos, hiszen a későn felismert hallásvesztés hatással van a gyermek beszédfejlődésére, kommunikációjára, később a tanulási képességeire és iskolai teljesítményére is.

Hallásszűrés a születés után

Az első hallásvizsgálat már a születés után megtörténik a kórházban. A 67/2005 ü. Min. rendelet értelmében az újszülött 0-4 napos korában hallásvizsgálat javasolt a szülészeti intézményben. A kórházakban csecsemőknek kétféle fájdalommentes szűrés létezik: az egyik az OAE (otoakusztikus emisszió), a másik az alvás közben történő BERA Phone vizsgálat. Az újszülött osztályokon végzett hallásvizsgálat nem mindig hoz értékelhető eredményt. Sajnos hallani olyan kirívó esetről is, amikor a vizsgáló orvos végigmegy a csecsemők között, a telefonján különböző hangokat ad, és amelyik csecsemő nem reagál a zajra, annak a kartonjára ráírják, hogy nem hall vagy siket. A másik ok, hogy ma a magyarországi kórházakban nincs megfelelő műszerpark a korai hallásvizsgálatok elvégzéséhez.



Amennyiben a kórházban nem sikerült az első hallásvizsgálat, mert a baba sírt, nyugtalan volt, vagy éppen nem lehetett nála hallásreakciót kiváltani, akkor a védőnő által végzett további hallásvizsgálatok javasoltak.

Gyermek fül-orr-gégész audiológus szakorvos által javasolt a hallásszűrés:

- 0-4 napos korban
- 1 hónapos korban
- 6 hónapos korban
- 3 éves korban
- iskola, középiskola kezdésekor.

Az alábbi rizikótényezők okozhatnak halláskárosodást születéstől a 28. napig:

- pozitív családi anamnézis gyermekkori tartós halláscsökkenéssel kapcsolatosan
- méhen belüli infekciók (pl.: cytomegalovírus, herpes, rubeola, szifilisz és toxoplazmózis)
- fül- és egyéb craniofaciális fejlődési rendellenességek
- transzfundálást igénylő hiperbilirubinémia
- 1500 grammnál kisebb születési súly (koraszülöttség)
- alacsony Apgar-érték: 0-3 5 perces, 0-6 10 perces
- oxigénhiányos állapot
- újraélesztés
- tartós (több mint 10 napig tartó) gépi lélegeztetés
- inkubátorban vagy születés utáni fertőzések
- sárgaság
- ototoxicus gyógyszerelés (pl.: gentamicin, citosztatikum)
- örökletes tényezők
- szenzoneurális vagy konduktív halláscsökkenéssel vagy Eustach-kürt funkciózavarával társuló szindrómára utaló elváltozás vagy vizsgálati eredmény (pl.: Treacher-Collins-szindróma, Down-kór, Waardenburg-szindróma stb.)





Fontos a korai hallásvizsgálat és a rendszeres ellenőrzés akkor is, amikor a baba jól hall. Javasolt hat hónapos korban ellenőrizni a hallását, hiszen ez fordulóponthoz lehet a baba hallásfejlődésében, akár rosszabbodhat is a hallása.

Ma már van olyan hely Magyarországon, Budapesten, ahol családias környezetben, fehér köpeny és kórházzzag nélkül, fájdalommentesen végzik el ezeket a vizsgálatokat. A BERA Phone vizsgálat esetében nincs altatás, nincs egynapos kórházi tartózkodás. A vizsgálat természetes alvásban történik, fájdalommentes, és mindössze 15-20 percet vesz igénybe. Fontos, hogy megfelelő szakemberek és szülők együttes közreműködésével és speciális műszerekkel valósuljon meg. Az itt mért vizsgálati eredményekből már pontosan kimutatható, hogy egészséges-e a kisbaba, ép-e a hallása, megállapítható az is, hogy van-e vezetési vagy idegi eredetű halláscsökkenése. A szakemberek nemcsak a diagnózist állítják fel, hanem a szülőket is ellátják a megfelelő információkkal, tájékoztatást kapnak a rehabilitáció és fejlesztés lehetőségéről is.

Halláskárosodás rizikótényezői 29. naptól iskolakezdésig – mire figyeljünk?

A kisgyermek hallás- és beszédfejlődését legjobban az édesanya, a szülők követhetik nyomon, később pedig a bölcsődében, óvodában, iskolában a pedagógusok. Figyelmeztető jel, ha a kisbaba nem fordul a hang irányába, nem figyel a zajokra, nem reagál a nevére, ha szólnak hozzá. Másik intő jel, ha későn vagy egyáltalán nem indul meg a beszédfejlődés, vagy a gyermeknek figyelem-, viselkedési, magatartási zavarai vannak, nem vesz részt a közösségi játékokban. Ilyen esetekben tanácsos hallásvizsgálatot kérni.

A későbbiekben érdemes szakemberhez fordulni, különösen az alábbi esetekben:

- a szülő, gondviselő, nevelő rendellenességet észlel a hallás, beszéd, a nyelv vagy a fejlődés késésével kapcsolatban;
- az os temporale törésével járó fejsérülés esetében;

- szenzoneurális vagy konduktív halláscsökkenéssel járó gyermekkori fertőző betegségek (pl.: meningitis, mumpsz, kanyaró) után;
- neurodegeneratív betegségek – pl.: Hunter-szindróma, szenzomotoros neuropátiák (pl.: Friedreich-ataxia és Charcot–Marie–Tooth-szindróma) fennállásakor;
- progresszív halláscsökkenéssel járó szindrómák (pl.: neurofibromatózis, osteopet-rózis és az Usher-szindróma) esetében.

Rehabilitáció hallókészülékkel, fejlesztéssel

A kisbabák hat hónapos korukban kaphatnak először fül mögötti hallókészüléket. Már ilyen kicsi korban meg kell tanítani őket és a szülőket is a készülék használatára. Ezzel egy időben már érdemes megkezdeni a korai hallásfejlesztést, melyet szurdopedagógus szakember végez. A szülők kétféle módon vehetik igénybe a fejlesztést. Magánúton vagy a Hallásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság szakértői vizsgálata által. A szakértői véleményben kijelölik – a törvényben megfogalmazott óraszámok alapján – a lakóhelyhez legközelebb eső utazótanárt, aki a lakóhelyre vagy az adott nevelési intézménybe (bölcsőde, óvoda) jár ki fejlesztésre. A későbbi vizsgálatok során – amennyiben szükséges – speciális oktatási-nevelési intézményben való elhelyezést javasolnak. A cél, hogy a hallássérült kisgyermek mielőbb megtanuljon beszélni, így könnyebben integrálható a későbbiekben.

A szülők számára sokkoló élmény, amikor megtudják, hogy gyermeküknek hallókészüléket kell viselnie. A szakember azt mondja: „a hallókészüléket nem problémának tekintjük. Észlelünk hallásvesztéseget, de az a feladat, hogy ezt lépésről lépésre rehabilitáljuk. Előbb meg kell tanítani a gyermeket hallókészülékkel hallani, majd a hangok felismerése után megkezdődhet a beszéd indítása, fejlesztése. Ezért nem is használom azt, hogy hallási fogyatékos, azt szoktam mondani, hogy a gyerekek kommunikációs gondja van. A színes, mintás hallókészülékeket pártolom, legyen rózsaszín a lányoké, vagy terepmentés a fiúké. Ha nem ültetjük bele a gyerekeket, hogy fogyatékos, akkor ugyanúgy fog felnőni, mint ép hallású társai. Ezt a szemléletet szeretném megtanítani a szülőknek.”

Egy anyuka története

Soha nem felejttem el azt a napot, amikor 29. hétre született ikreimmel, két hónapos kórházi tartózkodás után végre hazaindulhattunk. Örömmel, izgalommal vegyes várakozással néztünk a ránk váró napok elébe. A felhőtlen örömünket azonban egy perc alatt beárnyékolta az indulás előtti hallásvizsgálat. Egyik fiamnál a harmadik műszeres és reflexes hallásvizsgálaton sem sikerült semmiféle reakciót kiváltani. Nem reagált az éles zajra, tapsra, az OAE-vizsgálat sem hozott mérhető eredményt. A vizsgáló orvos azt mondta: „Anyuka, a kislfia siket, soha nem fog se hallani, se beszélni!”

Ott álltunk mi, tanácstalan szülők úgy, hogy hónapokig semmiféle tájékoztatást nem kaptunk se az orvosoktól, se a védőnőnkől. Interneten kutattam, hasonló cipőben járó édesanyáktól, hallássérült gyermekekkel foglalkozó szervezetektől szereztem be az információkat, mert nem tudtam, merre induljunk, mit kell ilyenkor tenni.

Mivel kisfiam még nagyon kicsi volt, így jó pár hónappal később került sor az egyik gyermekkórházban a helyi altatásban végzett BERA-vizsgálatra. Mindkét fülön 50-50 decibeles halláscsökkenést mértek. 6 hónaposan kapta meg az első hallókészülékét,

amit folyton kivett a füléből. Fél évig megkötős sapkában adtuk rá, hogy ne vegye ki a készülékét. Hetente kétszer utazótanár járt hozzánk fejlesztésre. Az, hogy akkor utánajártunk mindennek és ilyen korán megkezdődött a fejlesztése, annak meg is lett az eredménye. Egy év múlva a fejlesztésnek és az idegrendszeri érésnek köszönhetően letettük a készüléket, és elkezdett beszélni. De eljött az a nap is, amikor másfél évesen bölcsődébe kerültek az ikertestvéreivel és az első évben mindenféle fertőzést elkaptak, ami azzal járt, hogy mindkettő hallása megromlott. Másik fiamnál a gondozónők szóltak, hogy nem vesz részt a közös játékokban, nem figyel, ha szólnak neki. Kórházi műtétek sora következett, tubus-beültetés, orrmandula-kivétel mindkettőnél a Tűzoltó utcai Gyermekklinikán, ahol jó kezekben voltunk.

A műtétek sajnos nem hoztak „látható-hallható” eredményt, hamar kiderült, hogy mindkettőnek idegi halláscsökkenése van, ami hallókészülékkel és intenzív fejlesztéssel rehabilitálható. A klinikán keresztül javasolták a gyermekközpontot, ahova azóta is járunk. Fiaim már 6 évesek, a korai fejlesztésnek, rehabilitációnak köszönhetően mindkettő integrált óvodába jár, és hallanak, beszélnek, énekelnek, fejlődnek.

Az utánam jövő anyukáknak, óvónőknek, pedagógusoknak az információhiány pótlására jó szívvel tudom ajánlani a *Halld a világ hangjait!* című dossziét, melyben minden fontos és nélkülözhetetlen információ megtalálható a hallásról.

Az EduKid – az első gyermekbarát központ Magyarországon

Egy hely, ahol minden egy helyen valósul meg:

- újszülöttkori hallásproblémák szűrése (OAE, BERA)
- a meglévő hallásvesztés diagnosztizálása (egyévre szabott vizsgálati tervvel)
- kommunikációt segítő eszközök forgalmazása (hallókészülékek, hallást segítő eszközök)
- hallás- és beszédfejlesztés
- figyelemzavar, diszlexia, diszgráfia kimutatása és fejlesztése
- auditív észlelési és feldolgozási zavarok felismerése és terápiája
- gyógypedagógiai szaktanácsadás
- szülői tanácsadás
- klinikai háttér (Tűzoltó utcai II. sz. Gyermekklinika)

Elérhetőség:

EduKid Speciális Hallásdiagnosztikai, Rehabilitációs és Oktató Központ

1082 Budapest, Kis Stáció u. 1-3.

Klinikai háttér – SE II. Tűzoltó u. Gyermekklinika

1097 Budapest, Tűzoltó u. 7-9.

Mobil: +36 20 337 26 35 • Telefon: +36 1 413 01 68 • Fax: +36 1 413 01 69

E-mail: info@edukid.hu

Web: www.edukid.hu

Vezetője: Takács Katalin nemzetközi végzettségű gyermekaudiológus

*Dr. Dalos Judit fül-orr-gégész audiológus szakember
Takács Katalin gyermekaudiológus, hallásakusztikus mester*

Szerkesztette: Dubniczki Csilla