



LOGOPÉDIA

A MAGYAR LOGOPÉDUSOK SZAKMAI
SZÖVETSÉGÉNEK FOLYÓIRATA

I. évfolyam 1. szám – 2016. november

LOGOPÉDIA

A Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége Egyesület
(MLSZSZ)
elektronikus folyóirata.
Megjelenik évente kétszer (tavasszal és ősszel).

I. évfolyam 1. szám – 2016. november

Szerkesztőbizottság

Főszerkesztő

Lőrík József

Főszerkesztő-helyettes

Kas Bence

Tagok

Imre Angéla

Mészáros Andrea

Mészáros Éva

Pintye Mária

Sebestyénne Tar Éva

Tóthné Aszalai Anett

Ványi Ágnes

Tipográfia, tördelés

Girasek Károly

Címlapgrafika

†Zoltán Gábor

Kiadja

a Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége Egyesület (MLSZSZ)

1046 Budapest, Berzsényi tér 11/E

© Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége Egyesület

Felelős kiadó

Fehérné Kovács Zsuzsanna, az MLSZSZ elnöke

ISSN 2498-8960

A folyóiratban közölt írások a szerzők véleményét tükrözik. Bármilyen terápiás felhasználásukra a szerkesztőség nem ad engedélyt. A lapban közölt tartalmak nem szakemberek általi gyakorlati célú alkalmazását a szerkesztőség kifejezetten tiltja. Az emiatt bekövetkező egészségromlásért és egyéb problémákért a szerkesztőség nem vállal felelősséget.

A folyóiratban megjelenő írásokat és azok bármely részletét (beleértve a táblázatokat és ábrákat) csak a szerkesztőségbe beérkezett kérelem kedvező elbírálásának birtokában lehet felhasználni.

Közlésre szánt kéziratokat és észrevételeket a szerkesztőség címére várunk (logopediaszerkesztoseg@mlszsz.hu). A szerkesztőségnek beküldött kéziratok eredetiségéért, plágiummentességéért a szerzők tartoznak jogi felelősséggel.

A folyóirathoz beérkezett kéziratokat nem őrizzük meg, nem küldjük vissza.

Az egyes számok a <http://www.mlszsz.hu/folyoirat> címen érhetők el.

Tartalomjegyzék

Beköszöntő.....	4
Üdvözljük Olvasóinkat!	5
<i>Tanulmányok</i>	
Lajos Péter: A végzett logopédusoktól elvárható kompetenciák egy európai kutatás tükrében.....	7
Zakariás Lilla, Kas Bence: Zavar a beszéd tervezésében: a szerzett beszédapraxia etiológiai, diagnosztikai és terápiás vonatkozásairól.....	23
Zakariás Lilla, Órley Zita: A Beszédtéma c. munkafüzet hatásai afáziában: egy többszörös esettanulmány eredményei	41
Molnárné Bogáth Réka, Plavec Dóra: „A macska megfogja az egeret?” Esettanulmány egy dadogó gyermek szemszögéből	51
<i>Szemle</i>	
Lőrík József: A magyar helyesírás szabályai	65
Szöllősi Izabella: Kas Bence (szerk.): „Szavad ne feledd!” Tanulmányok Bánréti Zoltán tiszteletére.....	67
Mészáros Éva: Broca és Wernicke halott, avagy a nyelv neurobiológiájának klasszikus modellje felett eljárt az idő	74
Tar Éva: Praxis Sprache és Forschung Sprache	76
Lőrík József: Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-3639/2016. számú ügyben	77
Abstracts	79
Content	80

Beköszöntő

Tisztelt Olvasó!

A Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége Egyesület 2008-as megalakuláskor alapszabályában a logopédia tudományának fejlesztését, a tagok tudományos, módszertani ismereteinek elmélyítését, a logopédiai ismeretek társadalmi terjesztését fogalmazta meg, és e cél megvalósulása érdekében szakmai folyóirat (II. 2§ (2.)) kiadását is körvonalazta. Megvalósításában elnökségünk optimizmusa határtalan volt, mert már 2011-ben – az azóta elhunyt *Zoltán Gábor* grafikus jóvoltából – egy pályázatnak köszönhetően megszületett a borítónk terve is, amelyet most megismerhet, és reméljük, meg is szeret majd az olvasó. Azonban a megjelenésre még öt évet kellett várni! Ezen idő alatt megerősödött szövetségünk: tizenhárom logopédiai szakmai konferenciát és két tematikus szakmai napot rendeztünk, rendes tagjává váltunk a logopédusok európai szervezetének, a CPLOL-nek, amelynek munkájában azóta két kollégánk képviselésével aktívan részt is veszünk. Minden évben megünnepeljük március 6-át, a Logopédia Európai Napját, amelynek köszönhetően társadalmi elismertségünk évről-évre egyre nagyobb lett. A logopédia tudományának és tevékenységének fejlődése, a szakemberek összefogása – no és ami a legnehezebb –, az anyagi források megteremtése kellett még ahhoz, hogy a folyóirat terve valóra válhasson, és létrejöhessen egy olyan szaklap, amely középpontjába a logopédiát mint tudományt és tevékenységet helyezi.

Reményeink szerint, ez az évente kétszer megjelenő online tudományos folyóirat támpontot ad majd a kollégáknak, logopédushallgatóknak, a rokon szakterület szakembereinek és érdeklődőknek a logopédia legújabb intra- és interdiszciplináris eredményeiről, kutatásokról, vizsgálatokról, terápiás lehetőségekről, a szakma legfontosabb hazai és nemzetközi történéseiről.

Az MLSZSZ elnöksége által jóváhagyott szerkesztőbizottság – főszerkesztő Lőrik József, főszerkesztő-helyettes Kas Bence, tagok: Aszalai Anett, Imre Angéla, Mészáros Andrea, Mészáros Éva, Sósne Pintye Mária, Tar Éva, Ványi Ágnes – a garancia erre.

Kívánunk nekik sikeres munkát, hogy ez a folyóirat méltó legyen ne csak a nagy elődök: Kempelen Farkashoz, Simon Antalhoz, Szilágyi Jánoshoz, Baranyai Gyulához, Vaday Józsefhez, Tolnai J. Bélához, Roboz Józsefhez, Sarbó Artúrhoz, Istenes Károlyhoz, Sulyomi-Schulmann Adolfhoz, hanem a mi személyes mestereinkhez is: Kanizsai Dezsőhöz, Vértes O. Andráshoz, Palotás Gáborhoz, Subosits Istvánhoz, Kovács Emőkéhez, Mérei Verához, Montágh Imréhez, Meixner Ildikóhoz és a fiatalon elhunyt Ajtony Péterhez is.

Köszönet illeti a gyógypedagógia és a határtudományok folyóiratait is (Néptanítók Lapja, Magyar Gyógypedagógia, Gyógypedagógiai Szemle, Beszédgyógyítás, Fejlesztőpedagógia), hiszen – interdiszciplináris szemléletüknek köszönhetően – az elmúlt 130 évben tőlük kapott publicitást a logopédia, hogy megmutassa a tudományos fejlődés irányait. A mi folyóiratunk is folytatja ezt a hagyományt: kapuit kitarja az interdiszciplináris tudományterületek előtt is.

Budapest, 2016. november 8.

Fehérné Kovács Zsuzsanna
felelős kiadó
a Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége Egyesület
elnöke

Üdvözljük Olvasóinkat!

Tisztelt Olvasóink!
Kedves Logopédusok!

Nagy örömmel jelentem Önöknek, hogy hosszú előkészületek után bemutathatjuk elektronikus folyóiratunk első számát.

A felelős kiadó sorait olvasva láthatják, milyen célok vezettek bennünket. A logopédiát művelőknek szeretnénk olyan fórumot teremteni, ahol minden kollégánk hallathatja szavát, elküldheti véleményét, megírhatja hétköznapi problémáit, és hozzájárulhat gondolataival logopédiai tevékenységünk jobbá tételéhez, mindenekelőtt tanítványaink életminőségének javítása érdekében.

A kommunikációs zavarok igen sokrétűek, a születéstől az elköltözésig szerteágazók. Folyóiratunk szerkesztősége arra törekszik, hogy mindazok a témák megjelenjenek, amelyek Önöket foglalkoztatják. Azaz szeretnénk, hogy a mindennapokban dolgozó kollégáink választ kapjanak a felmerülő kérdéseikre. De az is törekvésünk, hogy megismertessük Önöket a logopédia területén zajló újabb törekvésekkel, tájékoztassuk Önöket a világban és nálunk zajló szakmai fejleményekről.

Szakterületünk fejlődéséhez és fejlesztéséhez az is elengedhetetlen, hogy megismerjük a különböző hazai logopédiai műhelyekben folyó munkát, és ezekről beszámoljunk a logopédusok közösségének. Ennek érdekében várunk ilyen írásokat Önöktől.

Folyóiratunk – terveink szerint – évente kétszer jelenik meg. Szerkezetét tekintve tanulmányokat, gyakorlati tapasztalatokat bemutató írásokat, fiatal kollégák beszámolóit (különböző szintű diplomamunkák összefoglalóit), olvasmányismertetőket, híreket, eseményekről beszámolókat közlünk és várunk.

Az ebben a számban a logopédusok szakmai és személyes kompetenciáiról európai összefüggésben ír izgalmas tanulmányt Lajos Péter. Zakariás Lilla és Kas Bence a beszéd-apraxia egyáltalán nem egyszerű kérdését járja körül. Zakariás Lilla és Órley Zita afázias betegek beszédterápiájának körültekintően megtervezett hatásvizsgálatát mutatja be, és közlik adatokkal alátámasztott eredményeiket. Molnárné Bogáth Réka és Plavec Dóra egy dadogó gyermek esetét ismerteti, bemutatva a megismeréséhez felhasznált módszereket és a belőlük levonható következtetéseket – magas színvonalon. Szemle rovatunkban könyv- és folyóirat-ismertetéseket találunk, végül részleteket közlünk az alapvető jogok biztosának egyik jelenéséből.

Első jelentkezésünket azzal ajánlom az Önök jóindulatába, hogy nézzék el hiányosságait, értékeljék erőnőit, remélve azt, hogy hasznos munkát végeztünk.

*Lőrík József
főszerkesztő*

A végzett logopédusoktól elvárható kompetenciák egy európai kutatás tükrében

Lajos Péter

Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsészettudományi Kar
Pszichológiai Intézet Klinikai Pszichológiai Tanszék

Összefoglaló

A logopédia, az emberi kommunikáció, a hang-, beszéd-, nyelvi és nyelési zavarok leírásával, vizsgálatával és kezelésével foglalkozó tudomány. Az utóbbi időben megjelent annak szükségessége, hogy felmérjék és elemezzék a logopédusképzési programokat az EU-ban és azon kívül is. Az Európai Logopédiai Szövetség (CPLOL) létrehozott egy olyan együttműködési (network) kutatási programot, amelynek célja az Európai Logopédiai Képzések standardjainak és minőségeinek összehangolása. A kutatási programban összesen 65 partner vett részt mind a 27 EU-tagállamból. (A tanulmány megírásakor Horvátország még nem volt EU-tag. – a szerk.) A kutatás eredményeként a szakértők összeállították azokat a kompetenciákat, amelyek elengedhetetlenek a frissen végzett logopédusok számára. A kutatás zárdokumentumát úgy lehet tekinteni, mint egy EU-szerte elfogadott közös működési keretrendszert, amelynek minden logopédusnak meg kell felelnie ahhoz, hogy logopédiai tevékenységet végezzen.

1. Bevezetés

A logopédia, az emberi kommunikáció, hang-, beszéd-, nyelvi és nyelési zavarok leírásával, vizsgálatával és kezelésével foglalkozó tudomány. A logopédus teljes mértékben kompetens az emberi kommunikáció és a hozzá kapcsolódó zavarok megelőzésében, vizsgálatában és kezelésében. A beszéd-, nyelvi és kommunikációs zavarok felismerése sok ezer évre vezethető vissza. A tizenkilencedik század végén még kevés szakember foglalkozott ezeknek a zavaroknak a felismerésével és kezelésével egész Európában és a világ többi részén is. Az idők folyamán azonban önálló, független tudományterületté vált. A logopédiai tevékenység sokat fejlődött az idők során a társadalmi változások, az emberi gondolkodás és a kapcsolódó tudományos területek, az orvostudomány, a pszichológia, a nyelvészet, a szociológia és a neveléstudomány fejlődésével összefüggésben. A demográfiai változások, a diagnosztikai, műszaki és a kommunikációs technológia fejlődése, valamint a szociológiai változások is befolyásolták a logopédiai gyakorlat fejlődését. A prioritások megváltozásával a logopédia gyakorlati területei fokozatosan kiszélesedtek. A logopédia világszerte elismert, önálló szaktevékenység, amely számos országban törvényi szabályozás alatt működik. Az Európai Unió bővülésével együtt járt a törvényi szabályozás változása, amely ösztönözni kívánja a határokon átnyúló mobilitást és a képesítések elismerését a tagállamok között. Következésképpen megjelent annak a szükségessége, hogy felmérjék és elemezzék a logopédusképzési programokat az EU-ban és azon kívül is.

2. A NetQues együttműködési (network) program

Az Európai Unió Logopédiai Szövetsége, a Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE (CPLOL) létrehozott egy olyan együttműködési (network) kutatási programot, amelynek célja az Európai Logopédiai Képzések standardjainak és minőségeinek összehangolása. A NetQues-program (Network for Tuning Standards & Quality of Education Programmes for Speech Language Therapists in Europe) európai szintű projekt, amit az Európai Bizottság támogat az egész életen át tartó tanulási program az ERASMUS Academic Network keretében (Network for Tuning Standards and Quality of Education Programmes in Speech and Language Therapy/Logopaedics across Europe, NetQues: a multilateral academic

and professional network. Project No. 177075-LLP-1-201 0-1-FR-ERASMUSENWA Lifelong Learning Programme). Egyetemi és szakmai szervezeteket kapcsol össze az összes olyan EU-tagországból, ahol logopédiai (SLT) programok működnek. A CPLOL által irányított munkában 31 európai országból 65 szakmai és felsőoktatási partner vett részt. Célja az Európai Logopédiai Képzések standardjainak és minőségeinek összehangolása.

3. A kutatás céljai és feladatai

A projekt célja, hogy

- megállapodjanak a logopédiai képzések közös területeiben, figyelembe véve a különbségeket is,
- javaslatot tegyenek a logopédiai képzések közös területeire,
- meghatározzák a logopédusokkal szemben támasztott közös követelményeket, az úgynevezett magkompetenciákat, amellyel a végzett logopédus biztonságosan és hatékonyan tudja gyakorolni a szakmáját,
- útmutatást adjanak a felsőfokú logopédusképzéseknek,
- elősegítsék a szakma továbbfejlesztését,
- hozzájáruljanak ezzel a megfelelő színvonalú logopédiai szolgáltatáshoz,
- segítsék a képesítések elismerését a tagállamok között, hogy lehetővé váljon az országok közötti könnyebb mobilitás.

A megállapodás ismerteti az elfogadott közös magkompetenciákat, amelyek egyaránt fontosak és kívánatosak, hogy a frissen végzett logopédus biztonságosan és hatékonyan tudja gyakorolni szakmáját. A NetQues-projekt, magáéva téve az EU harmonizációs elveit, viszonyítási pontokat, összetartozást és megegyezést keres a közös képzési tartalmak kialakítása céljából.

4. A kutatásban résztvevők

A kutatási programban összesen 65 partner vett részt mind a 27 EU-tagállamból, valamint Liechtensteinből, Norvégiából és az EU-tagjelölt országok közül Izlandról és Törökországból. A résztvevők főleg a felsőoktatási intézményeket képviselték, de akadtak olyanok, akik szakmai szervezetek képviselőjében jelentek meg. A vezető partner, a CPLOL végezte a projekt koordinálását, a munkába minden európai országból bevont szakértő logopédusokat és egyetemi oktatókat. A résztvevők hat munkacsoportot hoztak létre, amelyeket úgy válogattak össze, hogy tagjai minden szakterületet, valamint földrajzi területet képviseljenek. A feladatokat összehangolták a harmonizációs folyamat irányvonalaival, majd ezeket elosztották a munkacsoportok között. Minden egyes munkacsoport a munka egy fontos eleméért vállalt felelősséget, amelyet megosztottak a tagok között. A kutatásban a szakértők széles köre vett részt. A kapott eredmények viszonyítási alapul szolgálnak a frissen végzett logopédusoktól elvárható kompetenciákról. A három évig tartó kutatási programban Magyarországot az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Fonetikai és Logopédiai Tanszéke képviselte. A kutatás hazai koordinátora dr. Lajos Péter tanszékvezető volt, munkáját dr. Tar Éva és dr. Kas Bence segítették. A kutatásban közreműködött Szili Katalin a Kaposvári Egyetem, Aszalai Anett a Szegedi Tudományegyetem, valamint dr. Dankovics Natália a Nyugat-Magyarországi Egyetem képviselőjében.

5. Logopédusképzések Európában

Az Európai Unió Logopédiai Szövetsége (CPLOL) a kutatás során felmérést végzett az európai logopédiai képzésekről is. A felmérésből származó adatok azt mutatják, hogy minden ország legalább egy olyan képzési programmal rendelkezik, amely logopédusképesítést ad. Két ország rendelkezik egy képzési programmal, és számos országban több mint egy program található. A logopédusképzési programok Európában általában az egyetemeken belül, elsősorban államilag finanszírozott és túlnyomórészt más egészségügyi képzési programokkal együtt folynak. Logopédusképesítést rendszerint egy bachelordiplomát adó, legalább hároméves alapképzés elvégzésével lehet megszerezni. Mesterfokozatot is el lehet érni, összesen öt év felsőoktatásban eltöltött esztendő után (három év alap- és két év mesterképzés). A doktori programok átlagosan további három évig tartanak. Szinte minden EU-tagállamban lehetséges logopédiai tanulmányok folytatása az alap-, mester- és a doktori képzésben. Egy tanulmányi év során általában 60 kreditet lehet megszerezni az Európai Kreditátviteli Rendszer (ECTS) alapján ott, ahol ezt használják. A legismertebb képzési programokat az adott ország kormánya szabályozza. A visszajelzések alapján a legtöbb logopédushallgató Franciaországban van. Nagyszámú logopédushallgatót jeleztek Belgiumból és Hollandiából, ami részben annak köszönhető, hogy Németországból több diák érkezik ezekbe az országokba logopédiai tanulmányok folytatására. Meg kell azonban jegyezni, hogy a felmérésben szereplő néhány számadat becsléseken alapul, mivel számos ország nem vezet központi statisztikát a hallgatók tanulmányaival kapcsolatos adatokról. A képzési programok a hallgatók teljesítményére széles körű értékelési formákat használnak: szóbeli, írásbeli és (klinikai) gyakorlati vizsga. Az értékelés során a tapasztalatok különféle módon történő visszajelzését, videoelemzést és a tanulói önértékelést is használnak. Az elméleti képzés mellett minden programhoz tartozik mentorált vagy gyakorlatvezető tanár által irányított klinikai vagy tanítási gyakorlat, mert a gyakorlati képzés kulcsfontosságú szerepet játszik a logopédus szakmai képzettségének megszerzésében. A klinikai kompetenciák meglétét, a gyakorlati képzettség elsajátítását klinikai szupervízor vagy gyakorlatvezető tanár értékeli. A hallgatók kutatási projekteken való részvételével a programok kétharmadában találkozhatunk.

6. A logopédusok kompetenciáinak felmérése

A logopédiai szakértők csoportja az áttekintett dokumentumok, képzési programok, szabályzatok – Európában és az Egyesült Államokban az ASHA, Ausztráliában az SPA, Kanadában, a CASLPA és IALP irányelvei alapján – összeállították a logopédiai munka kompetenciáit. A kompetenciák két csoportját hozták létre: az általános és a specifikus kompetenciákat. Ezeket a javasolt tételeket próbálták ki és finomították újra egy módosított, ún. Delphi-módszer segítségével. Az eljárás lényege: adott témában jártas szakemberek több fordulóban történő megkérdezése. A módszer előnyei között szerepel, hogy a szakértőknek nem kell egy helyen tartózkodniuk, nagyobb számú résztvevő bevonása is lehetséges, valamint a tagok között nincs függőségi viszony. A jelen felmérés szélesebb szakértői csoportok, gyakorló logopédusok és logopédiai képzésekben oktató kollégák bevonásával valósult meg. A kutatás eredményeként a szakértők összeállítottak egy anyagot, amely tartalmazza azokat a kompetenciákat, amelyek elengedhetetlenek a frissen végzett logopédusok számára. A legfontosabbnak tartott és a leggyakrabban említett kompetenciák a *Mellékletben* található. A kutatás záródokumentumát úgy lehet tekinteni, mint EU-szerte elfogadott közös működési keretrendszert, amelynek minden logopédusnak meg kell felelnie ahhoz, hogy a szakmát gyakorolhassa. A záródokumentum viszonyítási alapot jelent a logopédus-alapképzéseknek, és el kell juttatni minden európai logopédusképzési helyre.

6.1. Kompetenciák

A képzés követelménye, hogy a hallgatók olyan képzettséget szerezzenek, amelyek összetett elméleti és gyakorlat ismereteket, valamint interakciós képességeket tartalmaznak, és szükségesek ahhoz, hogy a képzett logopédus hatékony, bizonyítékokon alapuló gyakorlati munkát tudjon folytatni. A logopédiai képzési programok feladata, hogy kialakítsák a megfelelő kompetenciákat a hallgatókban. Fontos, hogy a frissen végzett logopédus iránt támasztott képzési kimeneti követelmények pontosan meg legyenek határozva úgy, hogy azok lefedjék a szükséges kompetenciákat. Az összehangolási folyamatban a kompetenciák referenciapontként szolgálnak a képzési tematikák számára, nem pedig szigorú követelményként, rugalmasságot és autonómiát hagyva a tematikák kialakításában, ugyanakkor közös alapot adnak a tematikák céljainak kidolgozásához. A projektbe bevont partnerek egyetértettek abban, hogy leghatékonyabb módja a képzési programok összehasonlításának, ha arra fókuszálnak, mit kell egy frissen végzett logopédusnak tennie a munkája során. Az összehangolási folyamat során két kompetenciacsoportot hoztak létre, az ún. specifikus, szakmai kompetenciákét, illetve az általános kompetenciákét, vagyis alkalmazandó készségeket. Az előbbiek nem csak a tárgyi tudásra és a tudományterület ismeretére, az utóbbiak pedig nem csak a szakmai tudás alkalmazására vonatkoznak.

6.2 Specifikus kompetenciák

A szakmai kompetenciákat gyakran úgy írják le, mint „megfelelő dolgot tenni”, vagy „megfelelő dolgot, megfelelő módon végezni”, vagy „megfelelő embernek végrehajtani”: (lásd Harden 2002 leírását az egészségügyi képzésről és Adam 2006 bevezetőjét a kimeneti követelményekről az EUA Bolognai Kézikönyvben) A projekt azokra a szakmai kompetenciákra fókuszál, amelyek szükségesek a frissen végzett logopédusok számára, hogy szakszerűen végezzék munkájukat, és amelyek megkülönböztetik más foglalkozások képviselőitől. A specifikus kompetenciák a logopédiai tevékenység különböző formáira vonatkoznak. A logopédus kompetens a kommunikációs és nyelési zavarok esetében logopédiai tevékenységet végezni. Logopédiai tevékenységek: vizsgálat, diagnózis, terápia, megelőzés és tanácsadás. A logopédiai tevékenység nemcsak az érintettek, hanem azok hozzátartozóira is irányul. A specifikus kompetenciák hat meghatározott, gyakorlati alkalmazási területre vonatkoznak: a kommunikációs zavarok és a nyelési nehézségek vizsgálata és meghatározása, a logopédiai kezelés megtervezése és végrehajtása, a logopédiai ellátás megtervezése, fenntartása és értékelése, a megelőzés, a szakmai fejlődés, képzésben való folyamatos részvétel és a specifikus etikai felelősség.

A szakmai kompetenciák a következő területekre vonatkoztak:

- logopédiai tevékenység folytatása,
- kommunikációs és evési, ivási, valamint nyelési zavarok vizsgálata és azonosítása,
- a beavatkozás megtervezése és kivitelezése,
- szolgáltatások tervezése, fenntartása és értékelése,
- megelőzés,
- minőségbiztosítás,
- kutatás,
- szakmai fejlődés, folyamatos képzésben való részvétel és specifikus etikai felelősségek.

6.3 Általános kompetenciák

Az általános kompetenciák feladata, hogy megteremtsék a szakmai, specifikus kompetenciák

fejlődésének az alapját. Az általános kompetenciák közül az interperszonális (személyek közötti) és intraperszonális (személyes) kompetenciákat tartják elengedhetetlennek.

Az általános kompetenciák pedig az alábbi három tételből álltak:

- instrumentális kompetenciák,
- interperszonális (személyek közötti) és személyen belüli (intrapersonális) kompetenciák,
- rendszerszerű kompetenciák.

A szakértők erőfeszítéseinek eredményeképpen létrejött egy 60 tételből álló szakmai és 38 tételből álló általános kompetenciát tartalmazó lista (lásd: *Melléklet*).

Mind a 98 kompetencia egy kérdőívbe került, és a hozzá tartozó szöszedettel együtt elküldték a projektben részt vevő partnerek számára, hogy fordítsák le saját anyanyelvükre. A kérdőívet és a szöszedet azután elkészítették a kívánt 24 európai nyelven, ellenőrzésként felhasználva a fordításokat. A válaszolók saját nyelvükön töltötték ki a kérdőívet az interneten keresztül a „SurveyMonkey” használatával.

A kérdőívet a véleményalkotók három csoportjának küldték ki:

- különböző országok logopédiai programjában részt vevő egyetemi tanároknak, előadóknak, kutatóknak,
- logopédiai programban a közelmúltban (az utóbbi öt évben) diplomát szerzett szakembereknek,
- logopédusok munkáltatóinak (beleértve az egészségügyi szolgáltatók menedzsereit).

A válaszolóknak a következő szempontok szerint kellett megítélni a kompetenciákat:

- nem szükséges ahhoz, hogy egy frissen végzett logopédus praktizálni tudjon,
- kívánatos, de nem szükséges ahhoz, hogy egy frissen végzett logopédus praktizálni tudjon,
- szükséges ahhoz, hogy egy frissen végzett logopédus praktizálni tudjon.

Frissen végzett logopédusként határozták meg azt, aki sikeresen végezte el saját országa logopédusképzését, és felkészült arra, hogy logopédusként önállóan dolgozzon. A kérdőívekre adott válaszokat az egyik munkacsoport elemezte. Az adatelemzésre SAS-szoftvert és Excelt használták fel, ezzel is biztosítva a sokoldalú statisztikai elemzést.

7. Eredmények és következtetések

Összesen 4383 választ kaptak az online kérdőív (SurveyMonkey) linkjének lezárásakor. A beérkezett válaszok közül végül 2863 (65%) teljesen kitöltött kérdőívet tudtak felhasználni az elemzésben. A hiányos 1520 kérdőívet nem használták fel.

7.1. A leggyakrabban megjelölt szakmai kompetenciák

A három csoport 25 szakmai kompetenciát jelölt meg a leggyakrabban, amelyeket szükséges kompetenciáknak tekinthetünk (*1. táblázat*).

Jól látható, hogy azok a szakmai kompetenciák, amelyeket szükségesnek tartottak a következő területekre vonatkoznak (lásd 7.2), nevezetesen:

- gyakorlati alkalmazási terület,
- kommunikációs, evési, ivási és nyelési zavarok vizsgálata és azonosítása,
- beavatkozás megtervezése és megvalósítása,
- szolgáltatások megtervezése, fenntartása és értékelése,
- megelőzés,
- szakmai fejlődés, folyamatos képzésben való részvétel és
- specifikus etikai felelősségek.

A válaszolók véleménye szerint a logopédusképzésnek a vizsgálatra, a diagnózisra, a kezelésre, a megelőzésre és a tanácsadásra kell összpontosítania, hogy a frissen végzett logopédus el tudja kezdeni a munkáját. Egy frissen végzett logopédusnak az alábbiakra kell képesnek lennie.

1. táblázat. A leggyakrabban megjelölt 25 szakmai kompetencia

A leggyakrabban megjelölt, lényeginek tekintett szakmai kompetenciák	
1.	Képes a beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatára, diagnosztizálására és terápiájára.
2.	Képes az evési, ivási és nyelési zavarok vizsgálatára, diagnosztizálására és terápiájára.
3.	Képes ráhangolódni a kliensre, és megkönnyíteni részvételét a vizsgálat és differenciáldiagnózis folyamatában
4.	Azonosítani tudja a különböző helyzetek és a környezet hatásainak az összefüggéseit és azok befolyását a kliens problémáira.
5.	Megfelelően elemzi és értelmezi a vizsgálatok eredményeit, és integrálni tudja a korábbi vizsgálatokból vagy más fontos forrásból származó információkat ezekbe az eredményekbe.
6.	Megfelelő és a számukra érthető módon ad visszajelzést a klienseknek és hozzátartozóinak a vizsgálat eredményeinek értelmezésével.
7.	Képes szóbeli és írásbeli összefoglalást adni a felmérések eredményeiről, beleértve a vizsgálati adatok elemzését és értelmezését.
8.	Tudatában van, hogy melyek azok a fontos információk, amely szükségesek ahhoz, hogy a zavarokat megértsük; információkat keres ahhoz, hogy az esetleges hiányokat kiküszöbölje.
9.	Felismeri a zavarok kihatását a kliens és a vele kapcsolatban álló személyek pszichés állapotára, szociális és egészségügyi helyzetére.
11.	Amikor szükségessé válik, kellő időben és megfelelő módon átirányítja a klienst más szakemberhez.
12.	Célkitűzései érdekében a vizsgálatok eredményeit integrálja a kliensről szerzett többi fontos információba.
13.	Megérti azokat az elveket, amelyek a specifikus terápiás módszerek alapját képezik.
14.	A klienssel való konzultáció során dönti el, hogy szükséges-e még a beszéd- és nyelvtérápia, folytassák-e a kezelést. Ezekbe a beszélgetésekbe más szakembereket és/vagy a hozzátartozókat is bevon.
15.	Megfelelő és hatékony terápiás beavatkozásokat választ ki és tervez, és ebbe bevonja a kliens környezetében élő fontos személyeket.
16.	Megérti más tudományterületek tagjainak szerepét, és velük konzultálva készít beavatkozási/terápiás terveket.
17.	Megfelelő terápiás technikákat és eszközöket használ.
18.	Megfontolt döntéseket hoz azért, hogy a kiválasztott kezelési módszert kezdeményezze, folytassa, módosítsa vagy megszüntesse, valamint megfelelő módon feljegyzi a döntéseit és az azokhoz kapcsolódó érveit.
19.	A terápiás tervben dokumentálja a beavatkozás hatását és minden változtatást.
20.	A terápiáról pontos és naprakész feljegyzéseket vezet a szakmai és törvényi követelményeknek megfelelően, amelyekben kizárólag az elfogadott terminológiát használja.
21.	Információt gyűjt, beleértve minőségi és mennyiségi adatokat, a terápia hatékonyságának felbecslése céljából.
22.	Megfelelő módon felkészíti a klienst a terápiáról való elbocsátásra, megegyezve vele és hozzátartozóival a befejezés időpontjáról.
23.	Tudja, mit jelent a hatékonyság és eredményesség az adott logopédiai beavatkozással kapcsolatban.
24.	Hozzájárul a kommunikációs, evési, ivási vagy nyelési zavarok megjelenésének vagy kifejlődésének a megelőzéséhez, beleértve a zavarokba történő korai beavatkozást.
25.	Megérti a logopédus szakma szerepét és korlátait.
	Betartja az országos szakmai testület etikai kódexét és/vagy a minisztérium, és/vagy a munkáltató által előírtakat.
	Fejleszti személyiségét, kapcsolatteremtő és kommunikációs készségét a fejlődési lehetőségek figyelembevételével.

7.2 Megegyezések a véleményalkotók válaszaiban

Az oktatók, a végzett hallgatók és a munkaadók nagyon hasonlóan vélekedtek arról, hogy melyik az öt legfontosabbnak ítélt szakmai kompetencia a 60 közül. Annak ellenére, hogy sok kompetencia közül lehetett választani, jelentős mértékű volt a megegyezés abban, hogy mely kompetenciákat ítélik meg lényegesnek vagy kívánatosnak. A 2. táblázat mutatja az öt leggyakrabban említett kompetenciát, amelyet nélkülözhetetlennek tartottak a válaszadók, 206 munkáltató, 476 oktató és 2181 diplomás, akik az elmúlt öt évben fejezték be az alapképzést.

2. táblázat. Az öt leggyakrabban megjelölt szakmai kompetencia a három véleményalkotó csoportban

A szakértők által leggyakrabban megjelölt szakmai kompetenciák		
Munkaadók	Oktatók	Végzett hallgatók
Képes a beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatára, diagnosztizálására és terápiájára.	Képes a beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatára, diagnosztizálására és terápiájára.	Képes a beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatára, diagnosztizálására és terápiájára.
Ismeri a logopédus szerepét és felelősségét a megtervezett beavatkozás során.	Megfelelő és a számukra érthető módon ad visszajelzést a klienseknek és hozzátartozóinak a vizsgálat eredményeinek értelmezésével.	Ismeri a logopédus szerepét és felelősségét a megtervezett beavatkozás során.
Megfelelő és a számukra érthető módon ad visszajelzést a klienseknek és hozzátartozóinak a vizsgálat eredményeinek értelmezésével.	Képes szóbeli és írásbeli összegzést adni a felmérések eredményeiről, beleértve a vizsgálati adatok elemzését és értelmezését.	Amikor szükségessé válik, kellő időben és megfelelő módon átirányítja a klienst más szakemberhez.
Megfelelő terápiás technikákat és eszközöket használ.	Ismeri a logopédus szerepét és felelősségét a megtervezett beavatkozás során.	Megfelelő és a számukra érthető módon ad visszajelzést a klienseknek és hozzátartozóinak a vizsgálat eredményeinek értelmezésével.
Amikor szükségessé válik, kellő időben és megfelelő módon átirányítja a klienst más szakemberhez.	Amikor szükségessé válik, kellő időben és megfelelő módon átirányítja a klienst más szakemberhez.	Megfelelő terápiás technikákat és eszközöket használ.

7.3 A legkevésbé fontosnak ítélt szakmai kompetenciák

A 3. táblázat azt a tíz legritkábban említett szakmai kompetenciát mutatja be, amelyet elengedhetetlennek tartottak ahhoz, hogy a végzett logopédus gyakorolni tudja a szakmáját.

3. táblázat. Az összes válaszadó legritkábban választott tíz szakmai kompetenciája, amely szükséges a végzett logopédus számára

A legritkábban megjelölt 10 szakmai kompetencia	
1.	Képes lejegyezni és értelmezni a következő műszeres mérések eredményeit: tympanometria, akusztikai elemzés, laringográfia, nazometria, sztroboszkópia, nazoendoszkópia, videofluoroszkópia.
2.	Hozzájárul a tudományág és a szakma fejlesztéséhez kutatással, esettanulmányok vállalásával és publikálásával.
3.	Ismeri a matematikai statisztikai módszereket.
4.	Együttműködik mások által kezdeményezett és támogatott kutatásban.

5.	Képes lejegyezni és értelmezni a következő műszeres mérések eredményeit: audiometria.
6.	Javaslatokat tesz új módszerek fejlesztésére vagy megszerzésére, illetve bevezetésére.
7.	Az aktuális kutatásokhoz kapcsolódóan alkalmaz vizsgálati eszközöket, beavatkozási lehetőségeket és módszereket.
8.	Miután tapasztalatra tett szert, és megfelelően képzetté vált, segíti a logopédushallgatók vagy fiatalabb kollégák munkáját.
9.	A frissen végzett logopédus hozzájárul a kommunikációs, evési, ivási vagy nyelési zavarok megjelenésének megelőzéséhez vagy kifejlődéséhez a nyilvánosság és más szakemberek tájékoztatása révén.
10.	Hozzájárul adatok összegyűjtéséhez a minőségbiztosítási programok számára.

Nyilvánvaló, hogy ezek a kompetenciák szakmai tapasztalatokat igényelnek, és ezért nem tartották lényegesnek a frissen végzett logopédusok esetén.

7.4 A leggyakoribb általános kompetenciák

A leggyakrabban választott 25 általános kompetencia, amelyet mindhárom válaszadó csoport szükségesnek jelölt meg, a 4. táblázatban található. Az összes 38 általános kompetenciát figyelembe véve, az interperszonális (személyek közötti) és intraperszonális (személyes) kompetenciák összes tétele, amely a felmérésben szerepelt, belekerült a leggyakrabban megjelölt 25 elem közé, amelyet a válaszadók nélkülözhetetlennek tartottak.

A tíz általános kompetencia között, amelyet a leggyakrabban jelöltek meg nélkülözhetetlennek, az intraperszonális képességekre vonatkozik a *„becsületes, őszinte és megbízható viselkedést mutat”*, valamint a *„képes saját teljesítményét elbírálni, és ha kell önkritikát gyakorolni”*. Az interperszonális kompetenciák közül a leggyakrabban jelölték meg a *„képes érthetően és tapintatosan pontos visszajelzést szolgáltatni a klienseknek”*, valamint a *„empátiát érez a kliensek és a kollégák iránt”*, majd ezeket követték a rendszerszerű és az instrumentális kompetenciák, amelyeket általában kevésbé fontosnak tekintettek.

Összefoglalva, az eredmények azt mutatják, hogy a személyközi és a személyes készségeket tartják a legfontosabbnak az általános kompetenciák között. Ezért ezekre az általános kompetenciákra nagyobb figyelmet kell fordítani a logopédiai képzés során, annak érdekében, hogy a végzett logopédus megfelelően tudja gyakorolni a szakmáját. A személyes kompetenciák után, amelyeket egyértelműen igen fontosnak ítélték, leginkább az instrumentális kompetenciákat tekintették nélkülözhetetlennek.

4. táblázat. Az összes válaszadó által választott 25 leggyakoribb általános kompetencia

A 25 leggyakrabban megjelölt általános kompetencia	
1.	Becsületes, őszinte és megbízható viselkedés.
2.	Empátiát érez a kliensek és a kollégák iránt.
3.	Hatékonyan és tapintatosan tud adatokat beszerezni a kliensektől.
4.	Képes érthetően és tapintatosan pontos visszajelzést szolgáltatni a klienseknek.
5.	Rendelkezik olyan szociális képességekkel, mint például magabiztosság, együttműködés és tárgyalóképesség.
6.	Tolerálja a másságot, elfogadja a multikulturalizmus értékeit.
7.	Pozitív hozzáállás, előrelátó és felelősségteljes.
8.	Képes saját teljesítményét elbírálni, és ha kell, önkritikát gyakorolni.

9.	Rugalmasan képes megfelelni a szakmai követelményeknek úgy, hogy közben meg tudja őrizni önbecsülését, és kezelni tudja a stresszt.
10.	Felelősségteljesen kész vállalni saját ismereteinek és képességeinek fejlesztését egész élete folyamán.
11.	Képes függetlenül, önállóan dolgozni.
12.	Képes saját viselkedését új helyzetekhez alakítani.
13.	Újszerű helyzetekre kreatív és eredeti megoldásokat tud kialakítani.
14.	Kész tudományos szakmai irodalmat áttekinteni annak érdekében, hogy megtalálja a legfontosabb információt egy-egy kérdés megválaszolására.
15.	Megfelelő, hatékony eszközöket és anyagokat használ írásbeli, szóbeli és vizuális instrukció vagy információ átadására.
16.	Adatokat tud gyűjteni különböző módszerek felhasználásával, beleértve a szakmai irodalom áttekintését, interjúvolást, kérdőívek készítését és a megfigyelés módszerét.
17.	Felismeri az adott probléma természetét, és lehetséges megoldásokat javasol.
18.	Meg tudja indokolni a kiválasztott megoldást/döntést, és képes meghatározni a konkrét tevékenységeket.
19.	Azonosítani képes a kockázatokat és csapdákat, amelyek a lehetséges megoldásokhoz társulnak.
20.	Fel tudja használni ismereteit az adott körülményekhez illeszkedő legmegfelelőbb megoldás kiválasztására.
21.	Képes információkat elemezni, megfelelő következtetések levonni, valamint felismerni e következtetések hatásait.
22.	Képes a különböző forrásokból származó információk összegzésére, megfelelő eljárás kiválasztására egy kérdés megválaszolása céljából.
23.	Törvényes és etikus módon alkalmazza a kutatás során kapott adatokat, megőrzi azok megbízhatóságát és hitelességét.
24.	A feladatokat konkrét lépésekre tudja bontani, valós célokkal rendelkező ütemtervet képes kialakítani az összes más követelmény figyelembevételével.
25.	Képes a célokat az ütemtervnek megfelelően elérni.

7.5 Megegyezések a véleményalkotók válaszaiban

A szakmaspecifikus kompetenciákhoz hasonlóan, az egyetemi oktatók, a végzett hallgatók és a munkaadók az általános kompetenciákat is megegyezően ítélték meg, ha a 38 tétel közül az első 5 leggyakrabban választott általános kompetenciát tekintjük. Jelentős mértékű egyetértés volt azzal kapcsolatosan, hogy mely általános kompetenciákat ítélték meg a legfontosabbnak. Az 5. táblázat 206 munkáltató, 476 egyetemi oktató és 2181, az elmúlt öt évben diplomát szerzett logopédus által megítélt öt legfontosabb általános kompetenciát mutatja.

5. táblázat. Az öt leggyakrabban megjelölt általános kompetencia a három véleményalkotó csoportban

A szakértők által leggyakrabban megjelölt általános kompetenciák		
Munkaadók	Oktatók	Végzett hallgatók
Becsületes, őszinte és megbízható viselkedést mutat.	Képes érthetően és érzékenyen, pontos visszajelzést szolgáltatni.	Becsületes, őszinte és megbízható viselkedést mutat.
Képes érthetően és érzékenyen, pontos visszajelzést szolgáltatni.	Becsületes, őszinte és megbízható viselkedést mutat.	Képes saját teljesítményét elbírálni, és ha kell, önkritikát gyakorolni.
Empátiát érez a kliensek és a kollégák iránt.	Képes saját teljesítményét elbírálni, és ha kell, önkritikát gyakorolni.	Empátiát érez a kliensek és a kollégák iránt.
Felelősségteljesen kész vállalni saját ismereteinek és képességeinek fejlesztését egész élete folyamán.	Empátiát érez a kliensek és a kollégák iránt.	Képes érthetően és érzékenyen, pontos visszajelzést szolgáltatni.

Képes saját teljesítményét elbírálni, és ha kell, önkritikát gyakorolni.	Megfelelő, hatékony eszközöket és anyagokat használ írásbeli, szóbeli és vizuális instrukció vagy információ átadására.	Felelősségteljesen kész vállalni saját ismereteinek és képességeinek fejlesztését egész élete folyamán.
--	---	---

7.6 A legkevésbé fontosnak ítélt általános kompetenciák

Azt a tíz általános kompetenciát, melyet legkevésbé gyakran jelöltek úgy, mint elengedhetetlen annak érdekében, hogy képes legyen elkezdni a logopédus szakmája gyakorlását, a 6. táblázat mutatja. A rendszerszerű kompetenciákat gyakrabban tekintik kívánatosnak, de nem szükségesnek. Ez azt jelenti, hogy tízből nyolc kompetenciában, nem tekintették szükségesnek a rendszerszerű kompetenciákat. Nyilvánvaló, hogy „idegen nyelven szakmai dokumentumokat, tudományos cikkeket írni és szakmai előadásokat tartani” (ami általában azt jelenti, hogy kutatásokat publikálni), nem tekintették szükséges kívánalomnak a frissen végzett logopédus számára, bár lehet, hogy később szükségessé fog válni a logopédus karrierjének előrehaladása során. Az „idegen nyelven szakmai dokumentumokat, tudományos cikkeket írni és szakmai előadásokat tartani”, illetve az idegen nyelv használatának szükségessége legritkább megítélésének az az oka, hogy a legtöbb a szakmai tudományos irodalom angol nyelven íródik. Az érintett angol nyelvű országokban (vagy ha abban az országban az angolt széles körben használják) kevésbé találták fontosnak azt, hogy a frissen végzett logopédus képes legyen megérteni vagy kifejezni magát idegen nyelven.

6. táblázat. Az összes válaszadó részéről legritkábban választott tíz általános kompetencia

A legritkábban megjelölt tíz általános kompetencia	
1.	Idegen nyelven szakmai dokumentumokat, tudományos cikkeket írni és szakmai előadásokat tartani.
2.	Megtervezni és kivitelezni egy kutatási projektet egy bizonyos kérdés hatékony megválaszolása céljából.
3.	Másokat megfelelően irányítani.
4.	Másokkal megegyezésre jutni.
5.	Oktatni saját kollégáit és a pályakezdőket.
6.	Használni e-learning-alkalmazásokat, alkalmazkodni új oktatási technológiákhoz.
7.	Eloolvasni és megérteni idegen nyelvű szakmai dokumentumokat, tudományos cikkeket és szakmai előadásokat.
8.	Elkezdni egy új vállalkozást, és nehéz helyzeteket vállalni, ha ez szükséges.
9.	Oktatni más szakembereket vagy a kliens számára fontos személyeket.
10.	Egy tudományos kutatási projekt beszámolójának metodológiáját, eredményeit és elemzéseit, annak értékét megítélni.

8. Megbeszélés és az eredmények értelmezése

A kutatás eredményei alapján nyilvánvaló, hogy a logopédusképzésben azokra a szakmai kompetenciákra kell hangsúlyt helyezni, amelyek a kommunikációs zavarok és a nyelési nehézségek vizsgálatával, diagnózisával, kezelésével és tanácsadásával kapcsolatosak. Az eredmények összehasonlításakor a legszembetűnőbb az volt, hogy egyetértés van az egyetemi oktatók, a már végzett logopédusok és azok munkaadói között abban, hogy melyek azok az általános és specifikus kompetenciák, amelyekkel a logopédusnak rendelkeznie kell ahhoz, hogy gyakorolni kezdje a szakmáját. Az egyetemi oktatók, végzett hallgatók és munkaadók nagy egyetértést mutattak abban a kérdésben is, hogy a nyelvi és beszédzavarok

vizsgálatában, diagnosztizálásában és kezelésében átfogó kompetenciákra van szükség ahhoz, hogy a kezdő logopédus megfelelően tudja gyakorolni a hivatását. Bár nagy volt egyetértés a szükséges szakmai kompetenciák tekintetében, mégis volt némi eltérés a különböző csoportok között, hogy melyeknek tulajdonítottak prioritást az összes 60 szakmai kompetencia közül. Például, az oktatók valamivel nagyobb hangsúlyt helyeztek arra a tételre, hogy *„képes szóbeli és írásbeli összegzést adni a felmérések eredményeiről, beleértve a vizsgálati adatok elemzését és értelmezését”*, míg a végzett logopédusok és a munkaadók sokkal gyakrabban jelölték meg azt a tételt, hogy *„ismeri a logopédus szerepét és felelősségét a megtervezett beavatkozás során”*.

Az általános kompetenciákat tekintve, az interperszonális (személyek közötti) és intraperszonális (személyiségbeli) kompetenciák azok, amelyeket a leginkább elengedhetetlennek tartanak a logopédusok képzésében, és ezek fejlesztését már az alapképzésben is támogatandónak vélik. Az instrumentális kompetenciákat is elengedhetetlennek és kívánatosnak tartották, míg a rendszerszerű kompetenciákhoz tartozó menedzsmentet és kutatást tartják a leginkább kívánatosnak, de nem feltétlenül ítélik szükségesnek a frissen végzett logopédus számára. Az oktatók, végzett logopédusok és munkaadók részéről a leggyakrabban megjelölt általános kompetencia, amelyet elengedhetetlen tartanak a frissen végzett logopédus számára az, hogy *„becsületes, őszinte és megbízható viselkedést mutat”*. Az egyetemi oktatók által a leggyakrabban idézett képesség a *„képes érthetően és érzékenyen, pontos visszajelzést szolgáltatni”*, míg ugyanez a tétel második a munkaadóknál és negyedik a végzett logopédusok körében. Hasonlóképpen, az általános kompetenciák közül az *„empátiát érez a kliensek és a kollégák iránt”* ugyanolyan gyakran jelölték elengedhetetlennek a végzett logopédusok és a munkaadók (harmadik helyen), és csak valamivel ritkábban az oktatók (negyedik helyen). A csoportok között van még néhány más különbség is. A munkáltatók és a végzett hallgatók sokkal gyakrabban jelölték nélkülözhetetlen kompetenciának, hogy *„felelősségteljesen kész vállalni saját ismereteinek és képességeinek fejlesztését egész élete folyamán”*, mint az egyetemi oktatók. Az oktatók gyakrabban jelölték, hogy *„megfelelő, hatékony eszközöket és anyagokat használ írásbeli, szóbeli és vizuális instrukció vagy információ átadására”*, mint a munkaadók és a végzett hallgatók. A különbségek jól tükrözik, hogy a különböző válaszadó csoportok relatíve milyen ismereteknek tulajdonítanak fontosságot, amikor ezeknek az általános kompetenciáknak a jelentőségét hangsúlyozzák a logopédusok képzésében. A csoportok közötti véleménykülönbségek az eltérő elvárásoknak tulajdoníthatók, ilyenek például azok, amelyek a kutatási tevékenységre vonatkoznak. Az elvárás az, hogy a frissen végzett logopédusnak rendelkeznie kell bizonyos kompetenciákkal, de ezeknek a mértéke változik. Az elvárásokban tükröződik az adott országban meglévő képzési program jellegzetessége is. A felmérésből egyértelműen kiderült, hogy a legnagyobb különbségek a kutatási módszerek elsajátításában vannak a logopédiai oktatási programokban. Ahogy az várható volt, az egyetemi oktatók nagyobb hangsúlyt helyeznek az ismeretanyagra, míg a munkaadók – úgy tűnik – inkább a gyakorlati készségeket hangsúlyozták.

9. Következtetések

9.1 Elmélet és gyakorlat

A logopédusképzés megköveteli azoknak a kompetenciáknak a meglétét, amelyek az elméletnek és a gyakorlatnak a komplex kölcsönhatásaként jönnek létre, valamint még egy sor interakciós képességet, amelyek szükségesek ahhoz, hogy a végzett logopédus hatékony,

bizonyítékokon alapuló gyakorlatot tudjon folytatni. A logopédia – mint tevékenység és mint tudomány – megköveteli olyan logopédiai képzési programok meglétét, amelyek lehetővé teszik, hogy azok, akik sikeresen befejezik azt, elsajátítsanak egy sor szakmaspecifikus és általános kompetenciát, amelyek lehetővé teszik számukra, hogy biztonságosan és hatékonyan tudják gyakorolni ezt a szakterületet. A legfeltűnőbb (és valóban megnyugtató) az általános eredmények összehasonlításakor az volt, hogy egyetértettek az egyetemi oktatók, végzett hallgatók és a munkaadók abban, mely szakmaspecifikus és általános kompetenciák fontosak ahhoz, hogy a logopédus elkezdje gyakorolni tevékenységét. A szakmaspecifikus kompetenciák a vizsgálatra, a diagnózisra, a kezelésre, a megelőzésre és a tanácsadásra vonatkoznak a kommunikációs zavarok és nyelési nehézségek területén. Az általános kompetenciák közül különösen fontosak a frissen végzett logopédus számára az interperszonális és személyes kompetenciák. A kliensorientált készségek (az empátia és a megértés) elengedhetetlenek, hogy hatékony terápiás kapcsolatot tudjon kialakítani a kliensekkel, hozzátartozóikkal és saját kollégáival, hogy össze tudja gyűjteni a megfelelő adatokat, valamint abban, hogy a megfelelő bizonyítékokon alapuló diagnózist tudjon megalkotni.

9.2 A pedagógiai vagy klinikai gyakorlat

A szakértők egyöntetű véleménye volt, hogy a gyakorlatvezetők által irányított és felügyelt pedagógiai vagy klinikai gyakorlat elengedhetetlenül fontos ahhoz, hogy a logopédushallgató megtanulja, gyakorolja és fejlessze a szükséges kompetenciákat, és képzett szakemberré váljon. A gyakorlati képzés minősége és időzítése nagyon fontos, ezért ezt gondosan meg kell tervezni. A logopédushallgatóban ki kell alakítani a szükséges szakértelmet ahhoz, hogy az összegyűjtött vizsgálati adatok gondos mérlegelése alapján helyes klinikai döntéseket tudjon hozni. Jól látható az a törekvés minden logopédusképzésben Európa- és világszerte is, hogy a gyakorlati, klinikai ismereteket, a valós életbeli szituációkat beillesszék a képzésekbe. A képzések között eltérés lehet az elméleti és a gyakorlati képzés arányaiban, de abban nagy az egyetértés, hogy mindkettőre szükség van a logopédussá válás folyamatában.

9.3 A logopédusképzés közös európai kritériumai

Az összes megkérdezett által a leggyakrabban megjelölt kompetenciák elengedhetetlenek a frissen végzett logopédus számára, hogy szakszerűen végezze a munkáját. A megkérdezettek válaszai alapján összeállított kompetenciákat a *Mellékletben* soroljuk fel. A dokumentumot úgy lehet tekinteni, mint az Európai Unió által elfogadott közös mértéket, amelynek minden logopédusnak meg kell felelnie ahhoz, hogy logopédusi tevékenységet tudjon folytatni. Az összegyűjtött kompetenciák referenciamértéket nyújtanak minden logopédiai képzés számára az összes európai országban.

9.4 Az élethosszig tartó tanulás

A végzett hallgató, miután elsajátította az alapvető kompetenciákat, készen áll az önálló munkavégzésre. Az egész életen át tartó tanulás és szakmai fejlődés azonban döntő fontosságú. A logopédusnak folyamatosan szinten kell tartania és tovább kell fejlesztenie a megszerzett szakmai tudását. A támogató munkahelyi környezetnek nagy szerepe van abban, hogy ez megtörténjen. A logopédia állandóan és dinamikus fejlődő tudomány, amelynek meg kell felelni a társadalom változó igényeinek. A tudomány és technológia fejlődése töretlen, ezért a folyamatos szakmai fejlődés elengedhetetlen a képzett szakember

sámára. Az összeállított kompetenciák szükséges kiindulási pontok ahhoz, hogy a kezdő logopédus el tudjon kezdeni dolgozni. Az összeállított kompetenciákat azonban nem szabad örök érvényűeknek tekinteni, ezért ezeket időnként felül kell vizsgálni, és rendszeresen frissíteni kell, hogy tükrözze a szakma fejlődését. A logopédusképzés Európa-szerte változatos és folyamatosan, intenzíven fejlődik. A szakterület jelenleg különböző fejlődési szinten van az egyes európai országokban. A logopédiai képzésben oktatóknak és a logopédusoknak is közös a célja abban, hogy színvonalas képzést hozzanak létre, és ezzel a lehető legjobb szolgáltatást nyújtsák a logopédiai ellátásra szorulóknak számára. A NetQues-projektet is ez a cél hatotta át. A közös munka során tapasztalt szakértelem és elhivatottság biztatónak tekinthető a szakma jövője és azoknak az embereknek a sorsa szempontjából, akik az elkövetkezőekben logopédiai ellátásban részesülnek.

9.5 A kutatás hazai tanulságai

A kutatás során a hazai felmérésben nagyon sokan és nagyon lelkesen vettek részt, majdnem a legtöbben a többi országhoz viszonyítva. A hazai válaszadók azonban nagyon nagy számban, nem fejezték be a kérdőív kitöltését, amely csak részben magyarázható a fordítás hiányosságaival. A felsorolt kompetenciák egy része a hazai logopédusoknak nehezen értelmezhető, ami abból fakadhat, hogy a honi logopédia a közoktatás felé tolódott el az elmúlt időszakban, és a klinikai kompetenciák fontosságukat veszítették. A klinikai képzés létrehozása tehát elengedhetetlen célja kell, hogy legyen a hazai logopédiai oktatásnak. Távlatos cél lehet a háromlépcsős képzés megvalósítása, amely magában foglalja az alap-, a mester- és a doktori képzést is. A dokumentum külön fejezetben foglalkozik a logopédiai gyakorlatok fontosságával. A logopédiai képzésnek szüksége van gyakorló logopédia intézetre, ahol a gyakorlatvezető logopédusok fő feladata a hallgatók képzése és a gyakorlati háttér biztosítása az elméleti oktatók számára. Hivatásunk, identitásunk szempontjából elengedhetetlen egy önálló szakmai folyóirat létrehozása, amely fórumot biztosít a logopédiai kutatások, módszerek bemutatásának, segítve az oktatás színvonalának fenntartását.

Irodalom

- ADAM, S. (2006) An introduction to learning outcomes. In Froment E., Kohler J., Purser L. and Wilson L. (Eds), EUA Bologna Handbook article B.2.3-1. Berlin: Raabe.
- ASHA (2009) Standards and Implementation Procedures for the Certificate of Clinical Competence in Speech-Language Pathology Revised March 2009 American Speech Language-Hearing Association Retrieved from: http://www.asha.org/certification/slp_standards/
- CASLPA (2008) Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (CASLPA) Scope of Practice for Speech-Language Pathology. Retrieved from: http://www.caslpa.ca/PDF/Scope_of_Practice_SLP_english_2008.pdf
- Chapter 7. Expected Competences Required by Newly Qualified Speech and Language Therapists In.: NetQues Project Report Speech and Language Therapy Education in Europe United in Diversity. 26 September 2013 Network for Tuning Standards and Quality of Education Programmes in Speech and Language Therapy/Logopaedics across Europe (NetQues): a multilateral academic and professional network. Project No. 177075-LLP-1-201 0-1-FR-ERASMUSENWA Lifelong Learning Programme.
- European Higher Education Area (1999) The Bologna declaration of 19 June 1999. Joint declaration of the European Ministers of Education http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/990719BOLOGNA_DECLARATION.PDF retrieved 9.10.13
- European Qualifications Framework http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/eqf08_en.pdf
- European Qualifications Framework for lifelong learning (2005) http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/com_2006_0479_en.pdf retrieved 7.10.13

EXCEL Microsoft for Windows/Mac

GONZALEZ, J. AND WAGENAAR, R. (2003). Tuning educational structures in Europe. Bilbao: University of Deusto. Retrieved 15-06-2013 <http://www.relint.deusto.es/TUNINGProjectIdocumentos/Tuning...phase1/introducton page 1>

HARDEN, R. M. (2002a). Developments in outcome-based education. *Medical Teacher*, 24(2), 117-120.

HARDEN, R. M. (2002b). Learning outcomes and instructional objectives: is there a difference? *Medical Teacher*, 24(2), 151-155.

IALP Guidelines for Initial Education in Speech Language Pathology. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 2010, 62(5), 210-16.

NetQues (2013) NetQues Project report: Speech and Language Therapy Education in Europe: United in Diversity. http://www.netques.eu/?page_id=1051 retrieved 12.1.14

SAS Version 9.3 (TS1M0) of the SAS System for Unix. Copyright © 2002-2010 by SAS Institute Inc. SAS and all other SAS Institute Inc. product or service names are registered trademarks or trademarks of SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.

SPA (2010) Code of ethics. Retrieved from

<http://www.speechpathologyaustralia.org.au/library/CodeofEthics.pdf>

SurveyMonkey. www.surveymonkey.com (Pro Gold version)

Mellékletek

Az Európai Logopédusképzések Közös Mértékei
(Benchmarks for Speech and Language Therapy Education in Europe)

A frissen végzett logopédusoktól elvárható szakmai kompetenciák (amikre kell képesnek lenniük)	
Gyakorlati alkalmazási terület	Képes a beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatára, diagnosztizálására és terápiájára.
	Képes az evési, ivási és nyelési zavarok vizsgálatára, diagnosztizálására és terápiájára.
Kommunikációs, evési, ivási és nyelési zavarok vizsgálata és azonosítása	Képes ráhangolódni a kliensre, és megkönnyíteni részvételét a vizsgálat és a differenciáldiagnózis folyamatában.
	Azonosítani tudja a különböző helyzetek és a környezet hatásainak az összefüggéseit, azok befolyását a kliens problémáira.
	Megfelelően elemzi és értelmezi a vizsgálatok eredményeit, integrálni tudja a korábbi vizsgálatokból vagy más fontos forrásból származó információkat ezekbe az eredményekbe.
	Megfelelő és érthető módon ad visszajelzést a klienseknek és a hozzátartozóinak a vizsgálat eredményeinek értelmezésével.
	Képes szóbeli és írásbeli összeggést adni a felmérések eredményeiről, beleértve a vizsgálati adatok elemzését, értelmezését.
	Tudatában van, hogy melyek azok a fontos információk, amely szükségesek ahhoz, hogy a zavarokat megértse, és információkat keres ahhoz, hogy az esetleges hiányokat kiküszöbölje.
	Felismeri a zavarok kihatását a kliens és a vele kapcsolatban álló személyek pszichés állapotára, szociális és egészségügyi helyzetére.
	Amikor szükségessé válik, kellő időben és megfelelő módon átirányítja a klienst más szakemberhez.
Beavatkozás megtervezése és megvalósítása	Célkitűzései elérése érdekében a vizsgálatok eredményeit integrálja a kliensről szerzett többi fontos információba.
	Megérti azokat az elveket, amelyek a specifikus terápiás módszerek alapját képezik.
	A klienssel való konzultáció során dönti el, hogy szükséges-e még a beszéd- és nyelvtérápia, és folytassák-e a kezelést. Ezekbe a beszélgetésekbe más szakembereket és/vagy hozzátartozókat is bevon.
	Megfelelő és hatékony terápiás beavatkozásokat választ ki és tervez, ebbe bevonja a kliens környezetében élő fontos személyeket.
	Megérti más tudományterületek tagjainak szerepét, velük konzultálva készít beavatkozási/terápiás terveket.
	Megfelelő terápiás technikákat és eszközöket használ.
	Megfontolt döntéseket hoz azért, hogy a kiválasztott kezelési módszert kezdeményezze, folytassa, módosítsa vagy megszüntesse, valamint megfelelő módon feljegyzi döntéseit és az azokhoz kapcsolódó érveit.
	A terápiás tervben dokumentálja a beavatkozás hatását és minden változtatást.
	A terápiáról pontos és naprakész feljegyzéseket vezet a szakmai és törvényi követelményeknek megfelelően, amelyekben kizárólag az elfogadott terminológiát használja.
	Információt gyűjt, beleértve minőségi és mennyiségi adatokat, a terápia hatékonyságának felbecsülése céljából.
	Megfelelő módon felkészíti a klienst a terápiáról való elbocsátásra, megegyezve vele és hozzátartozóival a befejezés időpontjáról.
	Tudja, mit jelent a hatékonyság és eredményesség az adott logopédiai beavatkozással kapcsolatban.

Megelőzés	Hozzájárul a kommunikációs, evési, ivási vagy nyelési zavarok megjelenésének vagy kifejlődésének a megelőzéséhez, beleértve a zavarokba történő korai beavatkozást.
Szakmai fejlődés, folyamatos képzésben való részvétel, specifikus etikai felelősségek	Megérti a logopédus szakmai szerepét és korlátait.
	Betartja az országos szakmai testület etikai kódexét és/vagy a minisztérium, és/vagy a munkáltató által előírtakat.
	Fejleszti személyiségét, kapcsolatteremtő és kommunikációs készségét a fejlődési lehetőségek figyelembevételével.

A frissen végzett logopédustól elvárható általános kompetenciák	
Interperszonális (személyek közötti) és intraperszonális (személyiségbeli) kompetenciák	Becsületes, őszinte és megbízható viselkedést mutat.
	Empátiát érez a kliensek és a kollégák iránt.
	Hatékonyan és tapintatosan tud adatokat beszerezni a kliensektől.
	Képes érthetően és tapintatosan pontos visszajelzést szolgáltatni a klienseknek.
	Rendelkezik olyan szociális képességekkel, mint például a magabiztosság, együttműködés és tárgyalóképesség.
	Tolerálja a másságot és elfogadja a multikulturalizmus értékeit.
	Pozitív hozzáállású, előrelátó és felelősségteljes.
	Képes saját teljesítményét elbírálni, és ha kell, önkritikát gyakorolni.
	Rugalmasan képes megfelelni a szakmai követelményeknek úgy, hogy közben meg tudja őrizni önbecsülését, és kezelni tudja a stresszt.
Rendszerszerű kompetenciák	Felelősségteljesen kész vállalni saját ismereteinek és képességeinek fejlesztését egész élete folyamán.
	Képes függetlenül, önállóan dolgozni.
	Képes saját viselkedését az új helyzetekhez alakítani.
	Újszerű helyzetekre kreatív és eredeti megoldásokat tud kialakítani.
	Kész tudományos-szakmai irodalmat áttekinteni annak érdekében, hogy megtalálja a legfontosabb információt egy kérdés megválaszolására.
Instrumentális kompetenciák	Megfelelő, hatékony eszközöket és anyagokat használ írásbeli, szóbeli és vizuális instrukció vagy információ átadására.
	Adatokat tud gyűjteni különböző módszerek felhasználásával, beleértve a szakmai irodalom áttekintését, interjúvolást, kérdőívek készítését és a megfigyelés módszerét.
	Felismeri az adott probléma természetét, és lehetséges megoldásokat javasol.
	Meg tudja indokolni a kiválasztott megoldást vagy döntést, és képes meghatározni a konkrét tevékenységeket.
	Azonosítani képes a kockázatokat és csapdákat, amelyek a lehetséges megoldásokhoz társulnak.
	Fel tudja használni ismereteit az adott körülményekhez illeszkedő legmegfelelőbb megoldás kiválasztására.
	Képes információkat elemezni, megfelelő következtetések levonni, valamint felismerni e következtetések hatásait.
	Képes a különböző forrásokból származó információk összegzésére, megfelelő eljárás kiválasztására egy kérdés megválaszolása céljából.
	Törvényes és etikus módon alkalmazza a kutatás során kapott adatokat, megőrzi azok megbízhatóságát, hitelességét.
	A feladatokat konkrét lépésekre tudja bontani, és valós célokkal rendelkező ütemtervet képes kialakítani az összes más követelmény figyelembevételével.
	Képes a célokat az ütemtervnek megfelelően elérni.

Zavar a beszéd tervezésében: a szerzett beszédapraxia etiológiai, diagnosztikai és terápiás vonatkozásairól

Zakariás Lilla

Potsdami Egyetem, Nyelvészeti Tanszék, Potsdam, Németország

zakarias@uni-potsdam.de

Kas Bence

MTA Nyelvtudományi Intézet, ELTE BGGYK

Összefoglaló

A szerzett beszédapraxia a beszéd motoros tervezésének, programozásának a zavara. A legtöbb esetben non-fluens afáziával együtt fordul elő, de önállóan, afázia nélkül is megjelenhet. Mivel e beszédzavar mibenlétét, afáziával való kapcsolatát napjainkig számos vita övezi, az áttekintésben hangsúlyos szerepet kap terminológiai és tüneti sokszínűségének bemutatása, valamint a felismerést és elkülönítést segítő sajátosságok ismertetése. Ezek mellett bemutatásra kerül egy, a beszédapraxiában megjelenő artikulációs zavar kezelésére alkalmazott terápia. Ezen felül a cikk kitér néhány, a beszédzavart magyarázó kognitív pszichológiai modell és a zavar kialakulásával összefüggésbe hozható neuranatómiai lézió ismertetésére is.

Kulcsszavak: beszédapraxia, motoros programozás és tervezés, motoros-fonetikus zavar, differenciál-diagnosztika, afázia, artikulációs-kinematikus terápia

Bevezetés

A szerzett beszédapraxia – a hazai logopédiai terminológia leggyakrabban orális vagy verbális apraxia néven említi – a klinikai logopédiai munka során gyakran előforduló beszédzavar. Háttérben leggyakrabban agyi keringési zavarok (stroke) vagy neurodegeneratív betegségek (pl. kortikobazális degeneráció, progresszív szupranukleáris bénulás) állnak, de okozhatja traumás sérülés vagy agytumor is. A beszédapraxia felismerésének fontosságát növeli, hogy a progresszív neurodegeneratív zavaroknak általában az első és sokáig az egyetlen tünete.

Egy amerikai felmérés szerint a klinikai logopédiai esetek minimum 7%-ában szerepel beszédapraxia az elsődleges diagnózisban. Tényleges előfordulása valószínűleg jóval gyakoribb ennél, hiszen számos esetben, amikor afáziához vagy egyéb neurogén kommunikációs zavarhoz társul, általában csak a másodlagos diagnózisban jelenik meg (Duffy 2013).

A külföldi szakirodalom az 1960-as években említette először a szerzett beszédapraxiát, felhívva a figyelmet az afáziától és a dizartriától való elkülönítés fontosságára. Ekkor egy hosszan tartó, elméleti és klinikai szempontból is élénk vita kezdődött, ami részben a tünetek feltárásának, részben a zavar háttérében húzódó mechanizmusok azonosításának nehézségéből fakadt. A beszédapraxiát leggyakrabban a motoros programozás zavaraként határozták meg (és határozzák meg még ma is), a motoros programozás fogalma azonban még sokáig nehezen leírható maradt. A probléma összetettségét tükrözi az is, hogy egészen a 2000-es évekig nem született olyan klinikai eszköz vagy vizsgálóeljárás, amivel a beszédapraxia objektíven mérhető, diagnosztizálható lett volna.

Bár közel fél évszázad kutatásai nyomán ma már jóval többet tudunk a beszédapraxiáról, bizonyos mértékig még mindig kérdésekkel és vitákkal övezett jelenségről van szó. Az olvasóban joggal merülhetnek fel a következő kérdések: Hogyan ismerhetjük fel a szerzett beszédapraxiát? Miben különbözik a többi szerzett nyelvi és beszédzavartól? Szükség esetén milyen diagnosztikai és terápiás eszközök állnak rendelkezésünkre? A cikk célja, hogy a szerzett beszédapraxia területén született külföldi és hazai eredményeket összegezve segítsen ezeknek a kérdéseknek a megválaszolásában.

A beszédapraxia meghatározásai és terminológiai változásai

Nemzetközi terminológiai változások

A beszédapraxia fogalmát Darley vezette be az 1960-as években, melyet a következőképpen definiált: a beszédkimenet programozásának zavara, amely elsősorban artikulációs hibákban mutatkozik meg (Darley–Aronson–Brown 1975, id. Rosenbek–Kent–LaPointe 1984). A beszédapraxia a beszédben részt vevő izmok pozicionálásának és szekventálásának programozásában kialakuló csökkent képesség következménye. A beszédizomzat azonban nem mutat jelentős gyengeséget, lassúságot vagy koordinációs nehézséget, amikor reflexszerű vagy automatikus mozgások kivitelezéséről van szó (Darley és mtsai 1975, id. Rosenbek és mtsai 1984). Darley szerepe kiemelkedő volt a beszédapraxia egyéb neurogén beszéd- és nyelvi zavaroktól történő elkülönítésében. Az afázia, a dizartria és a beszédapraxia háttérében meghúzódó, zavartan működő folyamatot külön szinteken lokalizálta, és a beszédapraxia megjelenését a motoros programozás zavarának tulajdonította. Ettől kezdődően elterjedt az a nézet, miszerint az afázia nyelvi, a beszédapraxia motoros programozási, a dizartria motoros végrehajtási zavar.

Közel egy évtizeddel később Wertz és mtsai (1984) a beszédmozgások koordinációs zavaraként definiálták a beszédapraxiát, mely a beszédhangok létrehozásához szükséges szekvenciális és artikulációs mozgások koordinációjának csökkent képességéből fakad (Wertz–LaPointe–Rosenbek 1984, id. Ogar–Slama–Dronkers–Amici–Gorno-Tempini 2005, 427.). Bár Darley programozási, Wertz koordinációs zavarról beszélt, a jelenséget hasonlóan írták le. Mindketten kiemelték a szekventálás képességének a zavarát, ami az artikulációs izmok által végzett mozgások, mozgássorok egyes elemeinek megfelelő sorrendbe állításának zavarát jelenti.

McNeil és mtsai szerint a beszédapraxia a beszédprodukció fonetikus-motorikus zavara, amit a fonológiai szerkezetek kinematikus paraméterekké történő átalakításának nehézsége okoz. A szándékolt mozgások végrehajtásához a kinematikus paraméterek összegyűjtése szükséges, így az elégtelen átalakítás téri-idői szegmentációs zavarokat és prozódiai rendellenességet eredményez (McNeil–Robin–Schmidt 1997). Elsőre kissé bonyolultnak tűnő definíciójuk találóan jellemzi a beszédapraxiában előforduló hibák természetét. A „fonetikus” jelzővel pontosan megjelöli a beszédapraxia esetén érintett szintet, tisztázva ezzel, hogy nem nyelvi, hanem beszédzavarról van szó.

Peach és Tonkovich (2004) szerint a beszéd apraxiája a beszédprodukció fonémikus-motoros zavara, ami gyakran egyidejűleg áll fenn afáziával, de alkalmanként önmagában, tiszta formában is megjelenhet. A szerzőpáros munkájában, igaz csak érintőlegesen, de felvetődik a differenciáldiagnosztika kérdése is.

Wambaugh (2011) A klinikai neuropszichológia enciklopédiájában (Encyclopedia of Clinical Neuropsychology, szerk: Kreutzer–DeLuca–Caplan 2011) azt írja, hogy a beszédapraxia a beszédprodukció neurológiai, motoros zavara, ami alacsony beszédrátaival, a beszédhangok kiejtésének nehézségével és diszprozódiával jellemezhető. A beszédapraxia nem nyelvi zavar, bár ritkán előfordul afázia nélkül.

Duffy (2013) szerint a beszédapraxia egy neurológiai eredetű beszédzavar, ami a szenzomotoros parancsok tervezésének és programozásának csökkent képességéből fakad. A szenzomotoros parancsok irányítják a fonetikailag és prozódiailag normális beszéd létrehozásához szükséges mozgásokat. Ugyancsak ő a beszédapraxia terminológiai változásait is áttekintette, és a logopédiatörténet 25 olyan kifejezését gyűjtötte össze, amit a beszédapraxia tüneteinek besorolásakor használhattak. A terminusok nagy része a magyar

logopédia számára is ismerős, kezdve a Broca által bevezetett aphemia kifejezéstől az afferens motoros afázián át az orális-verbális apraxiáig.

Hazai terminológiai változások

Kevesebb számban ugyan, de tesznek említést a beszédzavarról a hazai szakirodalomban is. A leggyakrabban használt elnevezés az orális, illetve verbális apraxia, de találkozhatunk a corticális dysarthria kifejezéssel is. Osmánné Az afáziák neurolingvisztikai alapjai c. munkájában több helyen is említi a beszédapraxiát: „A verbális apraxián a beszédartikuláció motoros programjainak károsodását értik, az artikulációban részt vevő izmok pozicionálásának és mozgásuk időzítésének zavarát.” (Osmánné 1992, 57).

Több munkában a corticális dysarthria elnevezéssel találkozunk, mint a beszédapraxia szinonimájával. Ugyancsak Osmánné nyomán olvasható a következő is: „A verbális apraxiát corticális dysarthriának is nevezik. A kortikális dysarthria önmagában ritkán fordul elő, általában a Broca-afázia velejárója.” (Osmánné 1992, 57) A beszédzavar szintén ezen a néven tűnik fel Vannay (1995) A felnőttkori dysarthria tünetei, felosztása, kezelése c. tanulmányában is.

Horváth (2001) azt mondja, az apraxia a beszédprodukción kívül kiterjedhet más megtanult aktivitásra is, beleértve az ajkak, a nyelv és a garat mozgásait. Ebben az esetben a betegek számára nehezítetté válik felszólításra a homlok ráncolása, ajak megnyalása, a fütyülés vagy más tervszerű mozgás végrehajtása (Horváth 2001, 45). Osmánné orális apraxiaként jelöli meg azt a tünetcsoportot, melyben „a beteg nem képes akaratlagosan felfújni a száját, különböző irányokba mozgatni a nyelvét, úgy tenni, mintha megszagolna egy virágot (miközben valódi virágot spontán megszagol)” (Osmánné 1992, 43).

Összegzés

Az előző bekezdésekben több olyan kérdést érintettünk, melyeket a következő fejezetekben fogunk részletesen körüljárni. Ilyen például, hogy mi a különbség az artikulációs és a fonológiai zavar között, hogy a beszédapraxia önmagában is megjelenhet-e, vagy mindig afáziához társul, vagy hogy mi történik a nyelvi tervezés és a produkció végső állomása, a kiejtés között? Röviden most annyit összegeznénk: a beszédapraxia nem nyelvi, hanem beszédzavar, ami legtöbbször afáziához társul, de a nélkül, önállóan is megjelenhet (Duffy 2013; Rosenbek és mtsai 1984). Az utóbbi esetben „tisztá” beszédapraxiáról beszélünk, melyben a szimbolikus nyelvi szintek – grammatikai, lexikai-szemantikai és pragmatikai – megőrzöttek, így a nyelvi megértés (mind a hallott és írott szövegek megértése), valamint az írás során nem lépnek fel nehézségek. A páciensek legkifejezettebb tünete a súlyos motoros-fonetikus-artikulációs zavar, amely szélsőséges esetekben a társalgást ellehetetlenítő mértéket is ölthet.

A beszédapraxia tünetei és vizsgálata

Tünetek

A beszédapraxiában megjelenő tünetek az artikulációt, a prozódia és a beszéd folyékonyságát érintik. A számon tartott tünetek akusztikai, fiziológiai és megfigyeléses vizsgálatokból származnak. Az alábbiakban elsősorban a perceptuális, tehát a klinikus által érzékelhető tünetek ismertetésére koncentrálunk.

Beszédapraxiában az artikulációt érintő tünetek széles skálája tapasztalható, melyek egy lehetséges listája az 1. táblázatban olvasható (1–10. pont). Fontos, hogy az 1. táblázatban

felsorolt tünetek közül nem jelenik meg az összes valamennyi páciens beszédében. Duffy (2013) az alábbiakat sorolja a beszédapraxia artikulációs hibái közé: magán- és mássalhangzó-torzítások, hangcserék, elővételezések, fonémikus perszeverációk, betoldások és a beszédhangok elnyújtása. A szerző szerint a beszédapraxia sajátos tünete az artikulációs hibák torzítása (Duffy 2013). A beszédapraxiás személyek beszédprodukciónak az artikulációs eltérések mellett rendellenes prozódia is jellemzi. A prozódiai deficit megjelenésének többféle magyarázata született: 1. a beszédapraxia alapvető jellemzője, a kórképet definiáló jellemző (McNeil és mtsai 1997), 2. az artikulációs problémák mellékterméke (artikulációs zavar esetén a prozódia sem lehet normális), vagy 3. az artikulációs zavar kompenzációjából fakadó következmény, vagyis a beszédapraxiás páciensek azért beszélnek lassú, olykor akadozó módon, mert tudatában vannak artikulációs problémáiknak és számítanak beszédnehézségeikre (Darley és mtsai 1975, id. Rosenbek és mtsai 1984). A tudomány mai állása szerint az első magyarázat a legvalószínűbb: e szerint a prozódiai deficit nem tekinthető pusztán a szegényes artikuláció másodlagos hatásának, hanem egy fontos, a kórképet definiáló tünetről van szó. Whiteside és Varley (1998) áttekintő cikkében az alábbi perceptuális és akusztikai jellemzőket emeli ki, melyek közül több a diszprozódiát magyarázza (pl. 2–4. és 7. pont): 1. inkonzekvens és variábilis artikulációs mozgások, 2. megnövekedett szó-, és magánhangzódőtartam-mintázatok, 3. az egymás melletti hangok összekapcsolásának meghosszabbodása, ami általánosan alacsony beszédrátát eredményez, 4. a hangsúlyintenzitás változtatásának képessége korlátozott, ami természetellenes hangsúlyhoz és beszédritmushoz vezet, 5. a zöngésítés hibái, 6. szegmentálási hibák, 7. csökkent koartikuláció (Whiteside–Varley 1998). A megfelelő fonéma keresgélésének látható, hallható jelei, az önkorrekciós próbálkozások, a beszédiniciációs nehézség és a hang- és szótagismétlések diszfluenciához (a beszéd folyékonyságának zavarához) vezetnek.

A kórkép diagnosztikus kritériumai tekintetében a mai napig nincs teljes összhang. Vannak, akik Wertz és mtsai (1984) nyomán még ma is a következőket tartják a beszédapraxia elsődleges tüneteinek (ezek közül minimum egy, de akár valamennyi megjelenhet a beszédapraxiás személy beszédében): 1. erőfeszítésekkel teli, sikertelen önkorrekciós próbálkozások, 2. makacs diszprozódia (rendellenes beszédritmus, intonáció és hangsúly), 3. inkonzekvensen fellépő artikulációs hibák ugyanannak a kifejezésnek az ismételt produkciója során, 4. nyilvánvaló beszédiniciációs nehézség (Ogar és mtsai 2005). Mások, Rosenbek és mtsai (1984) kritériumrendszere alapján a beszédapraxia elsődleges tüneteinek közé sorolják az alacsony beszédrátát (a hangzók ejtésének időtartama és a hangzók közötti időtartam növekedése alapján) és a hangtorzításokat, hangcseréket is (pl. Wambaugh–Doyle 1994).

Az artikulációs hibák előfordulását befolyásoló fonetikai és fonotaktikai tényezők

Beszédapraxiában az artikulációs hibák gyakrabban fordulnak elő zár-rés és réshangok, mint zárhangok produkciója során (Ogar és mtsai 2005). Duffy (2013) szerint a tévesztések gyakoribbak mássalhangzó-torlódást tartalmazó szavakban, mint az azt nem tartalmazókban, valamint a több szótagból álló szavakban, mint a kevesebb szótagból állókban. Több tanulmány számolt be arról, hogy az artikulációs hibák gyakrabban fordulnak elő szókezdő pozícióban, mint a szavak közepén, és hogy legritkábban fordulnak elő a szavak végén (Aichert–Ziegler 2004; Peach–Tonkovich 2004). Peach és Tonkovich (2004) szerint a tévesztések gyakoribbak az alacsony gyakoriságú szótagokban, mint a magas gyakoriságúakban, továbbá gyakoribbak a komplex szótagokban, mint az egyszerű felépítésűekben (Duffy 2013).

A logopédiai vizsgálat területei: vizsgálmódszerek és tesztek

A beszédapraxia diagnózisát minden esetben logopédus állapítja meg. Az Egyesült Államokban és Németországban a diagnosztikai folyamat során általában több logopédus dolgozik együtt. A vizsgálat során a beszédprodukció különböző területeit igyekeznek minél alaposabban felmérni. A vizsgálati protokoll mindenképpen tartalmazza a spontán beszéd (pl. képleírás), a megnevezés és az ismétlés vizsgálatát (pl. Duffy 2013). Az ismétlés során hangok, szavak (egy szótagos, több szótagos), mondatok, illetve álszavak utánmondását kéri a páciensektől. A hagyományos vizsgálatot bizonyos esetekben akusztikus analízis (a vizsgálat során készített hangfelvétel speciális akusztiko-fonetikai elemzése) egészíti ki. (Az akusztiko-fonetikai elemzésekkel kimutatható eltérések átfogó ismertetésért lásd Duffy 2013 vagy Rosenbek és mtsai 1984 munkáját.)

Az egyetlen sztenderdizált teszt, melyet a szerzett beszédapraxia vizsgálatára dolgoztak ki, az angol nyelvű Apraxia Battery for Adults-2 (ABA-2, Dabul 2000). A főként artikulációs hibákra érzékeny teszt célja a perceptuális, tehát a vizsgálatvezető által érzékelhető tünetek azonosítása (1. táblázat). Többen fogalmazták meg azonban azt a kritikát a tesztrel szemben, hogy nem alkalmas az apraxiás tünetek fonémikus parafáziáktól történő megkülönböztetésére (pl. Wambaugh 2011). A teszt hat szubtesztből áll: 1. Diadochokinézis vizsgálata, 2. Növekvő hosszúságú szavak ismétlése, 3. Végtagapraxia, orális apraxia vizsgálata, 4. Több szótagú szavak ismétlése: a latenciaidő és a szavak ejtésének ideje, 5. Szavak ismételt produkciója, 6. A beszédapraxia jellemzői (spontán beszéd, olvasás és automatikus beszéd közben).

1. táblázat. A beszédapraxia jellemzői Dabul (2000) nyomán (a 6. szubteszt alapján)

1.	elővételezés (anticipáció, pl. „mandarin” helyett „ma r darin” vagy „flott-frakk” helyett „frott-frakk”)
2.	fonémikus perszeveráció (pl. „palacsinta” helyett „csacsacsinta”)
3.	hangáthelyezés (pl. „Afrika” helyett „Arifka”)
4.	zöngésítés, zöngétlenítés
5.	magánhangzó-tévesztések
6.	a megfelelő fonéma keresgélésének látható, hallható jelei
7.	számos eredménytelen kísérlet a kívánt szó kiejtésére
8.	ikonzekvens hibák
9.	a hibák növekvő előfordulása a fonémaszekvenciák növekedése esetén
10.	kevesebb tévesztés automatikus beszédben, mint tudatos beszédprodukcióban
11.	beszédiniciációs nehézség
12.	szótagok között, illetve mássalhangzó-torlódásban jelentkező ún. schwa hangok
13.	diszprozódia
14.	a páciens tudatában van tévesztéseinek, és az ezek kijavításában jelentkező nehézségeinek
15.	nagyfokú különbség az expresszív és receptív beszéd szintje között

A beszédapraxia vizsgálatára angol nyelven kidolgozás alatt áll egy kérdőív is, amellyel kapcsolatos első tapasztalatokat és a teszt pszichometriai mutatóit nemrégiben publikálták a szerzők (Strand–Duffy–Clark–Josephs 2014). A kérdőívet (Apraxia of Speech Rating Scale, Strand és mtsai 2014) eredetileg nem klinikai használatra, hanem egy kutatáshoz dolgozták ki. A kérdőív célja a beszédapraxia meglétének (státuszdiagnosztika) és súlyosságának azonosítása volt. A kutatás során elég megbízhatónak és validnak bizonyult, a szerzők szerint

továbbfejlesztés esetén alkalmas lehet a klinikai gyakorlatban történő használatra is. A vizsgálatvezető feladata, hogy a kérdőívben szereplő 16 jellemzőről egy ötfokozatú skálán (0–4) jelölje, hogy az a vizsgálat során milyen gyakran jelentkezett a páciens beszédében. A kérdőív négy csoportba sorolja a tüneteket: 1. Csak beszédapraxiában jelentkező tünetek (elsődleges/megkülönböztető tünetek), 2. Tünetek, melyek beszédapraxiában és dizartriában is jelentkezhetnek,; 3. Tünetek, melyek beszédapraxiában és afáziában is jelentkezhetnek, 4. Tünetek, melyek beszédapraxiában, dizartriában és afáziában is megjelenhetnek.

A beszédapraxia differenciáldiagnosztikája

Mint ahogy az már a korábbi fejezetekből is kiderült, a beszédapraxia tünetei nagy hasonlóságot mutatnak más nyelvi és beszédzavarok tüneteivel (pl. afázia, dizartria), ami nagymértékben megnehezíti a zavar felismerését. A klinikai gyakorlatban a beszédapraxia sokszor azonosítatlan marad, vagy ha fel is ismerik, az afázia vagy a dizartria diagnózisa alá sorolják. A következőkben azokat a kórképeket tekintjük át, amelyektől az elkülönítés a legnagyobb kihívást jelenti a szakemberek számára.

Afázia

A beszédapraxia és az afázia megkülönböztetése több okból is nehéz. A beszédapraxia ritkán jelenik meg önállóan, legtöbbször afáziával együtt fordul elő, és ez az együttes előfordulás nagymértékben megnehezíti a felismerést. Nehézzé teszi az elkülönítést a két kórkép közötti etiológiai és neuroanatómiai hasonlóság is (mindkettő elsődlegesen stroke következtében és bal féltekei léziót követően alakul ki). Továbbá, a beszédprodukcióban előforduló hibák is nagyon nehezen különböztethetők meg egymástól (ezekről részletesebben az alábbiakban szólnunk). Az afázia és a beszédapraxia elkülönítése csak körültekintő, alapos vizsgálat során valósulhat meg, ami az afáziára jellemző tünetek feltárását is lehetővé teszi.

Non-fluens afáziák

A legtöbb bizonytalanság a non-fluens afáziák, ezen belül is a Broca-afázia és a beszédapraxia megkülönböztetése során merül fel. A beszédapraxia leggyakrabban Broca-afáziához társul (viszonylag ritkán fordul elő a transzkortikális motoros típusokban vagy a fluens típusokban, pl. Wernicke-afáziában vagy anómikus afáziában).

A szakirodalom a Broca-afáziás személyek spontán beszédét rövid frázishosszal, erőfeszítésekkel teli, lassú, akadozó és diszprozódias produkcióval jellemzi (Duffy 2013). Ezek a tünetek nagyon hasonlóak a beszédapraxiában is leírtakhoz, ezek mellett azonban számos, a nyelvi szintek zavarából fakadó tünet is megjelenik, mint az agrammatikus megértés és produkció, illetve a lexikai-szemantikai szinthez köthető szótalálási zavar. Amennyiben Broca-afáziához beszédapraxia is társul, az afáziás személy artikulációs tüneteinek jelentős részét valószínűleg a beszédapraxia okozza (Duffy 2013; McNeil és mtsai 1997). Súlyos beszédapraxia és afázia együttes fennállása esetén a verbális produkciót vizsgáló próbákban sokszor aránytalanul súlyos nehézség tapasztalható a többi nyelvi modalitáshoz képest; ez az aránytalanság különösen szembeűnő a beszédapraxia nélkül fennálló afáziás nyelvi profillal való összehasonlítás esetén, ahol ez a mintázat nem figyelhető meg. Ezekben az esetekben az afázia pontos diagnosztizálása is nehézzé válhat, hiszen a beszédprodukciót igénylő próbákban (a súlyos beszédapraxia miatt) sokszor nem születik elegendő értékelhető információ. A beszédapraxia ritkán, de megjelenik tiszta formában, afázia nélkül is (pl. Aichert–Ziegler 2004; Josephs és mtsai 2006). Ilyenkor sokat segíthet a felismerésében a

„negatív tünetek” számbavétele, azaz annak tisztázása, hogy a páciensnél afázia tünetei fennállnak-e. Amennyiben az artikulációs tünetek önmagukban, a Broca-afáziára jellemző nyelvi tünetek nélkül jelennek meg, valószínű, hogy tiszta beszédapraxiával van dolgunk.

Vezetékes afázia

A beszédapraxia könnyen összetéveszthető a vezetékes afáziával is, hiszen mindkét zavar esetén a fonológiai-fonetikai szinten fellépő hibák a legszembetűnőbbek (Duffy 2013; Ogar és mtsai 2005). A vezetékes afáziás páciensek beszédprodukcójában igen nagy számban fordulnak elő fonémikus parafáziák, ehhez képest beszédmegértésük kevésbé sérült, általában elegendő egy szokványos, hétköznapi beszélgetéshez (Osmánné 1992). Bár a kórképek tünetei nagyon hasonlóak, ezek természete igen különböző (Ogar és mtsai 2005). A vezetékes afáziában megjelenő parafáziák a fonológiai mechanizmusok károsodásával magyarázhatók, a tünetek egy nyelvi zavar manifesztációi, ami tulajdonképpen a fonémák kiválasztásának és megfelelő sorrendbe állításának nehézségét jelenti (Ogar és mtsai 2005). Az apraxiás páciensek azonban képesek a szükséges fonémák kiválasztására és ezek szekventálására; az ő esetükben a motoros folyamatokban keresendő a probléma (Ogar és mtsai 2005). McNeil és mtsai (1997) szerint vezetékes afáziában a legjellemzőbb hibatípus a hangcsere, az elhagyás és a hangáthelyezés, míg beszédapraxiában a hangcsere, a megnövekedett hangzöldőtartam, a betoldás és az ismétlés. Ahogy ezt már a tüneteket ismertető fejezetben is említettük, a beszédapraxiában megjelenő artikulációs hibák, legyen szó bármelyik előbb felsorolt típusról, szinte mindig torzított formában fordulnak elő, ami nem jellemző az afáziában megfigyelhető fonémikus parafáziákra. A két csoport beszédprodukcója közti különbség a prozódia területén is megfigyelhető: a vezetékes afáziás személyek többnyire normál prozódiával, megakadások nélkül beszélnek, ezzel szemben a beszédapraxiás páciensekre erőfeszítésekkel teli, diszprozódias produkció jellemző (azaz alacsony beszédráta, szótagok közötti elhúzódó időtartam, szótagok közötti szünetek és hangsúlyozási hibák (Duffy 2013; Ogar és mtsai 2005). A vezetékes afáziás személyek nincsenek mindig tudatában tévesztéseiknek (ilyenkor természetesen önkorrekciós kísérletek sem jelennek meg), míg tiszta apraxiában a páciensek hibáikat mindig észlelik, és javítani próbálják. Többszöri önkorrekciós próbálkozás esetén a beszédapraxiában megjelenő formák kevésbé változatosak és jobban hasonlítanak a kiejteni kívánt formához, mint vezetékes afáziában.

Összefoglalva, Duffy (2013) szerint a beszédapraxiát az alábbi jellemzők különböztetik meg legjobban a fonémikus parafáziáktól: az artikulációs hibák (hangcsere, betoldás vagy elnyújtott produkció) torzítása, a hibásan produkált forma viszonylagos közelsége a célszóhoz, az alacsony beszédráta, a szótagok közötti elhúzódó időtartam, a szótagok közötti szünetek és a hangsúlyozási hibák.

Dizartria

A dizartriát nehéz egységesen definiálni, hiszen a megjelenő tünetek sokfélék, az agyi struktúrák léziója szerint változnak (ennek megfelelően számos típusát tartják számon: petyhüdt, spasztikus, ataxiás, hypokinetikus és hyperkinetikus dizartria, az egyes típusok részletes bemutatásáért lásd pl. Duffy (2013). Darley és mtsai (1975, id. Ogar és mtsai 2005) szerint a dizartriát az izmok erősségének, tónusának, a mozgások sorozatának és/vagy koordinációjának sérülése okozza. A központi vagy perifériás idegrendszer sérülése esetén egyaránt felléphet, a fonáció, rezonancia, artikuláció vagy prozódia területén okozva

eltéréseket. A beszédapraxia mindig a központi idegrendszer (kérgi és szubkortikális területeket érintő) sérülésével hozható összefüggésbe, és ebben az esetben elsősorban az artikuláció érintett, sokkal inkább, mint a rezonancia vagy hangképzés. A két kórkép ritkán fordul elő együtt, megkülönböztetésük azonban nem mindig könnyű. Nehézséget jelent, hogy mindkét kórképre jellemzőek a gyakori hangtorzítások. Segíthet azonban, hogy dizartriában inkább a kiejteni kívánt forma leegyszerűsítése jellemző, míg beszédapraxiában a hangcserék, hangáthelyezések és betoldások a tipikusak. Fontos különbség továbbá, hogy a dizartriában megjelenő artikulációs hibák konzekvensek (ugyanannak a kifejezésnek a többszöri kiejtése esetén), és a hibák megjelenését kevésbé befolyásolja a feladatok automatikusságának mértéke. A beszédapraxiában fellépő artikulációs hibákra szabálytalanság, inkonzekvencia jellemző, melyek kisebb számban jelentkeznek az automatikus beszédben (pl. számlálás, hónapok neveinek felsorolása stb.), mint a spontán, propozicionális beszédben.

Orofaciális vagy buccofaciális apraxia

Az orofaciális vagy buccofaciális apraxia az arc-, nyelv-, garat- és rágóizmok akaratlagos kontrolljának zavara. A páciens nem képes akaratlagosan pislogni, mosolyogni, kinyitni vagy becsukni a száját, kinyújtani a nyelvét, beszélni vagy nyelni. Ezzel szemben egyes automatikus mozgások közben képes ugyanezen izmok mozgatására, például mosolyogni váratlan helyzetekben, vagy kinyitni a száját ástítás közben (Pita Lobo–Pinto–Rocha–Reimao–Carvalho 2013). Az orofaciális apraxia és a beszédapraxia legtöbbször együtt fordul elő (Ziegler–Aichert–Staiger 2012), de több tanulmány számol be olyan esetekről, ahol egyszerre csak az egyik zavar áll fenn.

A beszédapraxia kognitív pszichológiai modelljei

Az alábbiakban vázolt modellek a beszédprodukciónak feltételezett szintjeinek és lépéseinek bemutatásán túl azt a fejlődést is szemléltetik, ami a témával kapcsolatos ismeretek területén bekövetkezett.

Tármodellek. A mentális reprezentációk előhívásának nehézsége

A fonémák motoros reprezentációjának előhívási zavara

A beszédapraxia első modellje Darley nevéhez fűződik, aki a beszédprodukciónak során három szint (másképpen modul) hierarchikus működéseket feltételezte (Darley és mtsai 1975, id. Peach–Tonkovich 2004). A modell legfelsőbb szintjén a „központi nyelvi processzor” (central language processor) működik, mely kiválasztja és sorrendbe állítja a szükséges fonémákat, majd ezeket átalakítja egy olyan neurális kóddá, ami működésbe hozza a következő szinten működő „beszédmotoros programozót” (motor speech programmer). A beszédmotoros programozó feladata szervezni és aktiválni az adott fonéma vagy fonémaszekvencia létrehozásához szükséges parancssorokat, melyek az egyes izmok, izomcsoportok mozgatásához szükséges információkat hordozzák. Ez a folyamat egészséges beszélőnél valószínűleg automatikusan, a nyelv- és beszédfejlődés során elsajátított parancssorok kiválasztásával történik. Végül, a harmadik szinten, a motoros végrehajtás hozza mozgásba a parancssorok által kódolt izmokat.

Darley szerint a beszédapraxia a beszédmotoros programozó zavart működésének a következménye (Peach–Tonkovich 2004). A nehézség tehát nem nyelvi szinten jelentkezik, és nem is a neuromotoros végrehajtással hozható összefüggésbe; az átadni kívánt üzenet nyelvi

(lexikai-morfoszintaktikai-fonológiai) terveinek összegyűjtése sikeres, de a beszélő képtelen a motoros kifejezés beprogramozására.

Van der Merwe (1997) a beszédprodukció folyamatát egy négy szintű modellen keresztül magyarázta, melyet a „nyelvi-szimbolikus tervezés” (linguistic-symbolic planning), a „motoros tervezés” (motor planning), a „motoros programozás” (motor programming) és a „motoros végrehajtás” (execution) fázisaira bontott. A modell újdonsága, hogy elkülöníti egymástól a motoros tervezés és a motoros programozás folyamatát. A nyelvi-szimbolikus tervezés szintjén többnyire a Darley által is leírt lépések zajlanak: aktiválódnak a fonológiai reprezentációk, vagyis megtörténik a fonémák és azok megfelelő kombinációjának kiválasztása. A következő szinten zajlik a motoros tervezés, ami a fonémaszekvenciák produkciójához szükséges általánosabb téri-idői jellemzők aktiválását jelenti. Ez a folyamat az ún. „motoros alaptervek” (core motor plans) kiválasztásával történik, melyek a fonémák téri-idői jellemzőit (a képzés módjával és helyével kapcsolatos információkat) kódolják. A következő szinten, a motoros programozás során, már az egyes izmok mozgathatóságához szükséges artikulációs programok lehívása történik. Ezek az izomspecifikus programok olyan paramétereket határoznak meg, mint az izmok tónusa, a mozgások iránya és ereje, a mozdulatok sorrendje és tempója. Van der Merwe szerint a beszédapraxiát a motoros tervezés, vagyis a motoros alaptervek kiválasztásának, sorrendbe állításának és szervezésének zavara okozza. A szerző hangsúlyozza, hogy a motoros programozás sérülése egy másik beszédzavar, a dizartria tüneteinek a kialakulásához vezet.

Darley és Van der Merwe egyetértenek abban, hogy beszédapraxiában a nyelvi-szimbolikus tervezés megtartott, a zavar helyét azonban különböző szinten jelölik meg: Darley a motoros programozás, Van der Merwe a motoros tervezés szintjén. Van der Merwe modellje részletesebb: a beszédprodukció létrehozásában feltételez egy olyan komponenst, ami a nyelvi szimbolikus tervezés és a motoros programozás között működik, és ami az ún. általánosabb téri-idői paraméterek kiválasztásáért felel.

A szótagok motoros reprezentációjának előhívási zavara

Levelt és Wheeldon (1994) fonetikus kódolásnak (phonetic encoding) nevezi azt a folyamatot, melynek során a szavak absztrakt fonológiai reprezentációit fonetikus tervekkel alakítjuk át. A fonetikus tervek a szavakat alkotó szótagok produkciójához szükséges artikulációs mozgásokról hordoznak információt, a motoros végrehajtás számára követhető formában kódolva. Levelt és Wheeldon szerint ezeket az információkat – legalábbis a gyakrabban használt szótagok esetén – egy mentális tárban, a szótagtárban (syllabary) tároljuk. Hangsúlyozzák, hogy ezek még mindig absztrakt reprezentációk, amelyek azt határozzák meg, hogy a szótagok létrehozásához az artikulációs alrendszereknek – a glottális és a veláris rendszer, a nyelvhát, a nyelvhegy és a szájpadrólás – *mit* kell csinálnia. Például a „pipa” szó esetén specifikálja, hogy a két ajakkal képzett hang ejtéséhez be kell csuknunk a száunkat, azt azonban nem, hogy *hogyan* tegyük ezt (az utóbbival kapcsolatos információkhoz konkrétabb motoros minták előhívásával a motoros végrehajtás során férünk hozzá) (Levelt–Wheeldon 1994).

A modell működésének fontos elve a rendszer komputációs terhelésének csökkentése. Azáltal például, hogy a szótagtárból korábban már megtanult és begyakorolt motoros tervek hívhatók elő, a fonetikus kódolási folyamat terhelése csökken. Ez a rövidítés (shortcut) azonban valószínűleg csak a magasabb gyakoriságú szótagok esetén működik; az alacsonyabb gyakoriságú szótagokat kisebb méretű egységek motoros programjainak össze-

gyűjtésével, az ún. szubszillabikus úton keresztül hozzuk létre (Levelt–Wheeldon 1994). Levelt szerint a beszédapraxiás személyeknél a szótagtárhoz való hozzáférés sérül, vagyis valamennyi szótag fonetikus kódolása ugyanúgy, azok előfordulási gyakoriságától függetlenül, a szubszillabikus úton keresztül valósul meg. Mások szerint beszédapraxiában a szótagtárhoz való hozzáférés képessége teljesen nemvész el, azonban a tervek összegyűjtése során probléma lép fel (Aichert–Ziegler 2004).

Előreható és visszaható modellek, a szenzomotoros integráció zavara

Újabb kutatások a motoros programok és parancsok aktiválását követően lezajló folyamatok szerepét vizsgálják a beszédprodukcióban, és azoknak a lehetséges sérülésével hozzák összefüggésbe a beszédapraxia kialakulását. Ebbe a csoportba számos elmélet sorolható (pl. Séma elmélet, Schmidt–Lee 1988; Dinamikus rendszerek elmélete, Kelso 1997; DIVA modell, Guenther 2006). Az alábbiakban együtt tárgyaljuk ezek fő jellemzőit. Ezen elméletek szerint a motoros programok aktiválásával párhuzamosan predikciókat is generálunk az adott mozgás szenzoros eredményéről (előreható modell), melyeket aztán összehasonlítunk a valódi szenzoros eredménnyel. Amennyiben a predikciók és a valódi eredmény között eltérést tapasztalunk (hibadetekció), a szenzomotoros integráción keresztül korrigáló motoros parancsokat küldünk, melyek módosítani fogják a folyamatban levő mozgást (hibajavítás). Egyes elméletek szerint beszédapraxiában az előreható modellek építésében, azaz a szükséges predikciók generálásában jelentkezik nehézség (Hageman–Robin–Moon–Folkens 1994), aminek következtében a beszédmozgások kevésbé lesznek pontosak és gördülékenyek, mint az egészséges beszélőknél (Ballard–Tourville–Robin 2014). Más elméletek szerint a zavar a szenzomotoros integráció folyamatában jelentkezik (Ballard–Maas–Robin 2007; Maas–Robin–Wright–Ballard 2008), ami vagy a mozgást korrigáló motoros parancsok megtartásának gyengeségéből, vagy a feedbackre irányuló figyelem gátlásának nehézségéből fakad (Ballard és mtsai 2007). Mindez az aktuális mozgás tervezett mozgással történő folyamatos és túlzott összehasonlítását eredményezheti, ami megzavarja a mozgás gördülékeny folyamatát.

A beszédapraxia neuroanatómiája

A beszédapraxia neuroanatómiája máig sokat vitatott, úgy tűnik, hogy kérgi és szubkortikális régiók sérülése esetén egyaránt megjelenhet (Duffy 2013; Kertész 1984; Ogar és mtsai 2005). Egy átfogó vizsgálat eredményei szerint a stroke következtében kialakuló beszédapraxia hátterében legtöbbször az arteria cerebri media infarktusa (ritkább esetben többszörös stroke szindróma) áll; tumor esetén (és az azt eltávolító műtétet követően) főként a frontális lebeny területei érintettek; neurodegeneratív betegségeknél megfigyelhető beszédapraxiában főként a frontális és a parietális lebeny involváltságát mutatták ki. Az általunk áttekintett cikkekben a beszédzavart egyoldali, domináns féltekét érintő léziók esetén írták le: a bal arteria cerebri media infarktusa következtében (Aichert–Ziegler 2004), a Broca-terület sérülése esetén (Alexander–Benson–Stuss 1989), a frontális lebeny operkuláris területének és a Wernicke-régió egy részének együttes sérülése esetén (Kendall–Rodriguez–Rosenbek–Conway–Gonzalez Rothi 2006), és az inzula sérülését követően (Dronkers 1996; Nagao–Takeda–Komori 1999; Ogar–Willock–Baldo–Wilkins–Ludy–Dronkers 2006). A kérgi területek mellett ugyanakkor megfigyelték e zavart a bazális ganglionok (pl. Peach–Tonkovich 2004) sérülése esetén is.

A neurodegeneratív betegségekhez társuló beszédapraxia (primary progressive apraxia of speech, PPAOS) esetében számos képalkotó, azaz kumputer tomográfiás (computer tomography, CT), strukturális és funkcionális mágneses rezonancia (sMRI és fMRI), valamint pozitronemissziós tomográfiás (PET, pl. Whitwell és mtsai 2013) vizsgálati eredmény áll rendelkezésre. Ezek mellett a viszonylag frissnek számító diffúziós tenzor képalkotás (DTI, pl. Josephs és mtsai 2012), transzkraniális direkt stimuláció (tDCS, pl. Marangolo és mtsai 2011) és transzkraniális mágneses stimuláció (TMS, pl. Narayana és mtsai 2001) módszerek révén is egyre többet tudunk meg az egyes agyterületek szerepéről a beszédprodukcióban.

Az alábbiakban a beszéd motoros programozásában részt vevő legfontosabb területeket és azok szerepét tekintjük át. Jó néhány területről szót ejtünk, hiszen, ahogy az az előző fejezetből is kiderült, a beszédprodukció motoros tervezése komplex folyamat. A képet bonyolítja, hogy a rendelkezésre álló eredmények sokszor ellentmondásosak, ami részben a vizsgálómódszerek közötti, részben a vizsgálati procedúrák közötti különbségeknek (különös tekintettel az alkalmazott nyelvi feladatokra) lehet köszönhető. Duffy (2013) megkísérelte az eredmények integrálását, melynek rövid összefoglalója az alábbiakban olvasható.

Duffy nyomán (2013) a beszéd motoros programozásában részt vevő legfontosabb területek a Broca-terület (bal inferiofrontális tekervény), a kiegészítő motoros terület, a parietális lebenyben található szomatoszenzoros kéreg és szupramarginális tekervény, a bal inzula (kis kérgi terület a frontális és temporális lebeny találkozásában), a bazális ganglionok és a kisagy és ezek bármelyikének sérülése vezethet beszédapraxia kialakulásához. A *Broca-terület* valószínűleg tárként és integratív feldolgozóegységként szolgál az előzőleg megtanult és gyakorolt beszédrutinok és azok szeriális szervezése, irányítása számára. A *kiegészítő motoros terület* fontos szerepet tölt be a szekvenciatanulásban, illetve a beszédindításban és a beszédprodukció kontrolljában. A *parietális területek* feladata a szenzoros információk integrálása, a hosszabb kifejezések szekventálása és ezek motoros tervekké történő alakítása. Valószínűleg ugyancsak ezek a terület felelnek a beszéd közben kapott visszajelzések és a kifejezések belső reprezentációjának összevetéséért. Az *inzulának* valószínűleg a beszédmotoros kontrollban és az új vagy újszerű beszédtervek létrehozásában van szerepe. Jelentősége vitatott: míg egyesek az inzula sérülését kritikusnak tartják a beszédapraxia kialakulásában (pl. Dronkers 1996; Ogar és mtsai 2006), mások szerint nem sérül szükségképpen beszédapraxiában (Hillis–Work–Barker–Jacobs–Breese–Maurer 2004). Duffy (2013) szerint az inzula szerepe valószínűleg a tervezendő mozgások újszerűségének mértékétől függően változik.

A beszédapraxia kezelése

A beszédapraxiában alkalmazott terápiák sokfélék; az utóbbi évtizedekben több áttekintő tanulmány született, melyek a terápiás hatásvizsgálatok (többségében esettanulmányok) szisztematikus áttekintése révén igyekeznek átfogó képet adni a beszédapraxiában alkalmazható módszerek típusairól és ezek hatékonyságáról. E munkák egységesek abban a tekintetben, hogy a beszédapraxia logopédiai terápiáját hasznosnak ítélik (pl. Ballard és mtsai 2015; Wambaugh–Duffy–McNeil–Robin–Rogers 2006). A terápiás megközelítéseknek többféle csoportosítása lehetséges (ilyen kísérletekért lásd pl. Ballard és mtsai 2015; Duffy 2013; Ogar és mtsai 2005; Square–Martin–Bose 2001). Az alábbiakban Ogar és mtsai áttekintésére (2005) támaszkodva említjük az egyes irányzatokat, melyeket további konkrét példákkal egészítünk ki. A terápiás módszerek egy része a megfelelő beszédritusa és ritmus helyreállítását célozza meg: ilyen például Square módszere (Surface PROMPT-módszer,

Bose–Square–Schlosser–van Lieshout 2001), a metronóm használatát (Dworkin–Abkarian–Johns 1988) és az egyenletes ritmus kopogását javasló technikák (Rosenbek és mtsai 1984), az ujjon számlálás (Simmons 1978), éneklés (Keith–Aronson 1975) és a melodikus intonációs terápia (Sparks–Deck 1986). Másik nagy csoportot alkotnak az artikulációs zavar enyhítését célzó terápiák (artikulációs-kinematikus megközelítés), például Rosenbek és mtsainak nyolclépéses módszere (eight-step task continuum, 1973, 1984), Wambaugh és mtsainak hierarchikus módszere (Sound Production Treatment, SPT, 1998, 2004, 2010) és a biofeedback (pl. vibro-taktilis stimuláció, Katz–McNeil–Garst 2010). A harmadik csoportba sorolhatók az augmentatív kommunikációs eszközöket és a kompenzációs stratégiákat alkalmazó technikák, melyeket súlyos beszédapraxiában javasolnak a beszédprodukciónak helyettesítésére: ilyenek pl. a gesztusterápiák (Code–Gaunt 1986), az írás, rajzolás, betűtábla használata stb. A felsorolt módszerek egy része használatos más neurogén beszéd- illetve beszédritmuszavar terápiajában is.

A beszédapraxia terápiajának végső célja – csakúgy, mint az afázia esetén – a kommunikációs hatékonyság növelése (Ogar és mtsai 2005). A terápiás céloknak feltétlenül igazodniuk kell a páciens egyéni szükségleteihez és a beszédképesség sérülésének mértékéhez (Duffy 2013; Ogar és mtsai 2005). Például a beszédapraxia enyhébb tünetei esetén, amikor elsődleges problémának a szegényes prozódia tekinthető, célszerű, ha a terápia az intonáció és a hangsúly helyreállítására irányul (pl. Square–Roy–Martin 1997). Súlyos esetekben első lépésben célszerű az egyes hangok gyakorlására és azok poszturális tulajdonságainak újratanulására koncentrálni.

A következőkben Wambaugh és mtsainak artikulációs-kinematikus terápiaját ismeretjük. Választásunk azért esett erre a módszerre, mert a hatásvizsgálatok eredményei e módszer esetében a legmeggyőzőbbek (a legtöbb tanulmány megfelelő módszertannal és pozitív eredménnyel e módszer esetén áll rendelkezésre, lásd Ballard és mtsai 2015; Duffy 2013).

Wambaugh és munkatársainak módszere: az artikulációs zavar egy lehetséges terápiaja

A módszer alapelvei

A Wambaugh és mtsai (1998, 2004, 2010) által javasolt módszer lépései hierarchikusan épülnek egymásra: a logopédus a kezdeti lépések során minimális segítséget nyújt a páciensnek, melyeket szükség esetén (a páciens hibás produkciója esetén) további lépések követnek, ahol a logopédus különböző segítő stratégiákat alkalmaz. A módszer legfontosabb elemei a bemutatás/ismétlés, a grafikus hívóinger használata, az ún. integrális stimuláció és a páciens produkcióját követő azonnali visszajelzés. Wambaugh és mtsai módszerüket két fontos felismerésre építik: 1. A sikeres válasz előhívásában a beszédapraxiásokat eltérő stratégiák segítik, mint az afáziásokat (például a grafikus hívóinger sokszor nagyobb segítséget jelent számukra, mint a szóbeli bemutatás), 2. A terápia hatékonyságát nagymértékben növeli, ha a páciens valamennyi produkcióját azonnali megerősítés követi.

A grafikus hívóinger használata abból a tapasztalatból fakad, hogy sok beszédapraxiás személy az olvasás során kevesebb artikulációs hibát követ el, mint a spontán beszédben. A beszédprodukciónak vizuális-grafikus modalitással is megtámogatva tehát az ismétlési feladatokban is sikeresebbek a páciensek. Ilyenkor a logopédus a kiválasztott elem (célhang, célszó vagy célmondat) bemutatása közben az elem grafikus képére mutat (például a hangnak megfelelő betűre). A páciens feladata az így bemutatott elem megismétlése. Fontos, hogy a logopédus sarkallja a páciens a grafikus hívóinger használatára. Amellett

ugyanis, hogy elősegíti a pontos artikulációt, azonnali visszajelzéssel is szolgál a páciens számára. A másik fontos segítő stratégia az integrális stimuláció, vagyis a *Nézzem rám, figyeljen rám, és mondja velem együtt!* mondat használata, amit a logopédus és páciens közös produkciója követ.

Wambaugh módszere az idők folyamán több módosításon ment keresztül. Az alábbiakban bemutatott hierarchikus lépéssort (Wambaugh–West–Doyle 1998) mondatok szintjén alkalmazták a szerzők közepes súlyosságú beszédapraxiában, melyhez Broca-afázia is társult. Az egy alkalommal gyakorolt mondatok azonos képzésmódú fonémákból épültek fel (zárhangokból, réshangokból vagy zár-rés hangokból). A gyakorlást a páciens számára legkönnyebb hangcsoporttal kezdték és fokozatosan haladtak a legnehezebb felé, így a zárhangok, réshangok és zár-rés hangok sorrendjét követték a terápia során (Wambaugh és mtsai 1998). Egy alkalommal 10 mondatot gyakoroltak. Miután a mondatokon egyenként végighaladtak az alábbiakban bemutatott lépéseket követve, még egyszer megismételték ugyanezt (a mondatok random sorrendben követték egymást).

Személyes tapasztalatunk az, hogy a gyakorlatsor alkalmazása tiszta beszédapraxiában és olyan afáziához társuló beszédapraxiában kezdhető el, ahol a magánhangzók többségének és legalább néhány mássalhangzónak a kivitelezése és ismétlése izoláltan és szavakban már sikeres. Afázia fennállása esetén fontos, hogy a páciensek legalább szó méretű egységek ismétlésére legyenek képesek. Nem alkalmas tehát olyan globális afáziához társuló beszédapraxia kezelésére, amelyben a beszédmozgások kivitelezésének zavara az ismétlési képesség súlyos zavarával egyszerre áll fenn. A gyakorlást mindig azzal a hangcsoporttal kezdjük, amelyik a legkönnyebb a páciens számára (tapasztalatunk szerint ez a magyarban is általában a zárhangok, réshangok, zár-rés hangok sorrendjét jelenti) (ha mégis előfordulnak a kiválasztottól eltérő képzésmódú mássalhangzók a mondatokban, azok helyes produkcióját nem kérjük a páciensről).

A gyakorlás lépései

Miután a célmondat nyomtatott képét elhelyezzük a páciens előtt az asztalon, lassú tempóban felolvassuk a mondatot, majd a páciens a mondat ismétlésére kérjük.

- a) Ha a mondat valamennyi célhangjának produkciója sikeres, visszajelzést adunk a páciensnek. Ezután a mondatot integrális stimulációval (a *Nézzem rám, figyeljen rám és mondja velem együtt!* mondat használata) közösen újból megismételjük. Sikeres produkció esetén továbblépünk a következő célmondatra.
- b) Ha a felolvasás során a célhangok valamelyikének produkciója sikertelen, visszajelzést adunk a páciensnek. Ezt követően csak a problémás szót (szavakat) mutatjuk be újból. A páciensnek ennek a szónak (szavaknak) az újbóli ismétlésére kérjük.
 - i) Ha a produkció sikeres, visszajelzést adunk a páciensnek, majd integrális stimulációval újból megismételjük a teljes mondatot. Sikeres produkció esetén továbblépünk a következő célmondatra.
 - ii) Ha a problematikus szó (szavak) produkciója továbbra is sikertelen, integrális stimulációval segítjük elő ennek (ezeknek) a sikeres ejtését, maximum háromszor próbálkozva. Amennyiben ez sikeres, integrális stimulációval megismételjük a teljes mondatot (majd továbblépünk a következő célmondatra).
- c) Ha minden szó vagy a szavak többsége hibás a mondatban, visszajelzést adunk a páciensnek, majd újból bemutatjuk a mondatot, ezúttal úgy, hogy mindig az éppen elhangzó szóra mutatunk. Ezután a páciens a mondat produkciójára (felolvasására)

kérjük a következőképpen: miközben mi egyenként mutatunk a mondat szavaira, a páciens felolvassa őket. Sikeres produkció esetén ugyanezzel a mondattal az a) lépéstől folytatjuk a gyakorlást.

- d) Sikeres produkció vagy valamelyik lépésben történő elakadás esetén új célmondatot veszünk elő, és a legelső lépéstől kezdjük a gyakorlást.

Összefoglalás

Tanulmányunkban röviden áttekintettük a szerzett beszédapraxiáról napjainkra a nemzetközi szakirodalomban kialakult terminológiai fejleményeket, a rendelkezésre álló főbb diagnosztikai ismereteket és terápiás irányzatokat, érintőlegesen kitérve a kognitív pszichológiai modellekre és neuroanatómiai vonatkozásokra is. Az áttekintésből kiderül, hogy a szerzett beszédapraxia jelenségkörét jelenleg is kutatják, a 2000-es években még mindig készülnek a kognitív pszichológiai modellálást firtató, illetve a diagnosztikus eljárásokat, a terápiás módszereket és azok hatékonyságát vizsgáló-fejlesztő tanulmányok.

Röviden összegezve a fentiek, a szerzett beszédapraxia súlyos motoros-fonetikus-artikulációs zavar, amely a háttérben levő neuroanatómiai sérülés természetéből fakadóan gyakran társul szerzett nyelvi zavarokhoz. Tünetei elsősorban az artikulációt, a prozódia és a beszéd folyékonyságát érintik, a tüneti kép azonban átfedésben van más nyelvi és beszédzavarok tüneteivel (pl. non-fluens és vezetékes afázistípusok, dizartria), ami nagymértékben megnehezíti e zavar felismerését. A beszédapraxia terápiás irányzatairól az utóbbi évtizedekben több összehasonlító, hatásvizsgálatokat is közlő áttekintő tanulmány készült, melyek átfogó képet adnak a beszédapraxiában alkalmazott rehabilitációs eljárások típusairól és ezek beválásáról. E munkák egységesek abban, hogy a beszédapraxia logopédiai terápiáját hasznosnak ítélik. Cikkünkkel e jelentős kommunikációs korlátozottsággal járó beszédzavarra, a felismerés problémáira és lehetséges támpontjaira, illetve a tudományos vizsgálatok során hatékonynak bizonyult terápiás módszerekre szeretnénk felhívni a logopédusok és logopédusjelöltek figyelmét.

Irodalom

- AICHERT, I.–ZIEGLER, W. (2004): Syllable frequency and syllable structure in apraxia of speech. In *Brain and Language*, 88(1), 148–159.
- ALEXANDER, M. P.–BENSON, D. F.–STUSS, D. T. (1989): Frontal lobes and language. In *Brain and Language*, 37(4), 656–691.
- BALLARD, K. J.–MAAS, E.–ROBIN, D. A. (2007): Treating control of voicing in apraxia of speech with variable practice. In *Aphasiology*, 21(12), 1195–1217.
- BALLARD, K. J.–TOURVILLE, J. A.–ROBIN, D. A. (2014): Behavioral, computational, and neuroimaging studies of acquired apraxia of speech. In *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1–9.
- BALLARD, K. J.–WAMBAUGH, J. L.–DUFFY, J. R.–LAYFIELD, C., MAAS, E.–MAUSZYCKI, S.–MCNEIL, M. R. (2015): Treatment for acquired apraxia of speech: A systematic review of intervention research between 2004 and 2012. In *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 316–337.
- BOSE, A.–SQUARE, P. A.–SCHLOSSER, R.–VAN LIESHOUT, P. (2001): Effects of PROMPT therapy on speech motor function in a person with aphasia and apraxia of speech. In *Aphasiology*, 15(8), 767–785.
- CHAPEY, R. (1986): *Language intervention strategies in adult aphasia*. Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, United States.
- CHAPEY, R. (2001): *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, United States.
- CODE, C.–GAUNT, C. (1986): Treating severe speech and limb apraxia in a case of aphasia. In *International Journal of Language & Communication Disorders*, 21(1), 11–20.

- DABUL, B. (2000): *Apraxia Battery for Adults. 2nd.* Pro-Ed, Austin, United States.
- DARLEY, F. L.–ARONSON, A. E.–BROWN, J. R. (1975): *Motor Speech Disorders.* Elsevier Health Sciences, London, United Kingdom.
- DRONKERS, N. F. (1996): A new brain region for coordinating speech articulation. In *Nature*, 384, 159–161.
- DUFFY, J. R. (2013): *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management.* Elsevier Health Sciences, St Louis, United States.
- DWORKIN, J. P.–ABKARIAN, G. G.–JOHNS, D. F. (1988): Apraxia of speech: The effectiveness of a Treatment Regimen. In *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53(3), 280–294.
- GUENTHER, F. H. (2006): Cortical interactions underlying the production of speech sounds. In *Journal of Communication Disorders*, 39(5), 350–365.
- HAGEMAN, C. F.–ROBIN, D. A.–MOON, J. B.–FOLKINS, J. W. (1994): Oral motor tracking in normal and apraxic speakers. In *Clinical Aphasiology*, 22, 219–229.
- HILLIS, A. E.–WORK, M.–BARKER, P. B.–JACOBS, M. A.–BRESE, E. L.–MAURER, K. (2004): Re-examining the brain regions crucial for orchestrating speech articulation. In *Brain*, 127(7), 1479–1487.
- HORVÁTH M. SZ. (2001): *A kommunikáció fejlődése és idegi eredetű zavarai.* Animal-Med Kft., Budapest.
- JOSEPHS, K. A.–DUFFY, J. R.–STRAND, E. A.–MACHULDA, M. M.–SENJEM, M. L.–MASTER, A. V.–LOWE, V. J.–JACK, C. R.–WHITWELL, J. L. (2012): Characterizing a neurodegenerative syndrome: primary progressive apraxia of speech. In *Brain*, aw032, 1–15.
- JOSEPHS, K. A.–DUFFY, J. R.–STRAND, E. A.–WHITWELL, J., L.–LAYTON, K. F.–PARISI, J. E.–HAUSER, M. F.–WITTE, R. J.–BOEVE, B. F.–KNOPMAN, D. S.–DICKSON, D. W.–JACK, C. R.–PETERSEN, R. C. (2006): Clinicopathological and imaging correlates of progressive aphasia and apraxia of speech. In *Brain*, 129(6), 1385–1398.
- KATZ, W. F.–MCNEIL, M. R.–GARST, D. M. (2010): Treating apraxia of speech (AOS) with EMA-supplied visual augmented feedback. In *Aphasiology*, 24(6-8), 826–837.
- KEITH, R. L.–ARONSON, A. E. (1975): Singing as therapy for apraxia of speech and aphasia: report of a case. In *Brain and Language*, 2, 483–488.
- KELSO, J. S. (1997): *Dynamic patterns: The self-organization of brain and behavior.* MIT press, Cambridge, Massachusetts, United States.
- KENDALL, D. L.–RODRIGUEZ, A. D.–ROSENBK J. C.–CONWAY, T.–GONZALEZ ROTH, L. J. (2006): Influence of intensive phonomotor rehabilitation on apraxia of speech. In *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 43(3), 409–418.
- KERTESZ, A. (1984): Subcortical lesions and verbal apraxia. In Rosenbek, J. C.– McNeil, M. R.–Aronson, A. E. (szerk.) *Apraxia of speech: Physiology, acoustics, linguistics, management.* College Hill Press, San Diego, United States, 73–90.
- KREUTZER, J. S.– DELUCA, J.–CAPLAN, B. (2011): *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology.* Springer-Verlag New York Inc., New York, NY, United States.
- LEVELT, W. J.–WHEELDON, L. (1994): Do speakers have access to a mental syllabary?. *Cognition*, 50(1), 239–269.
- MAAS, E.–ROBIN, D. A.–WRIGHT, D. L.–BALLARD, K. J. (2008): Motor programming in apraxia of speech. In *Brain and Language*, 106(2), 107–118.
- MARANGOLO, P.–MARINELLI, C. V.–BONIFAZI, S.–FIORI, V.–CERAVOLO, M. G.–PROVINCIALI, L.–TOMAIUOLO, F. (2011): Electrical stimulation over the left inferior frontal gyrus (IFG) determines long-term effects in the recovery of speech apraxia in three chronic aphasics. In *Behavioural Brain Research*, 225(2), 498–504.
- MCNEIL, M. R. (1997): *Clinical management of sensorimotor speech disorders.* Thieme-Stratton Corp, New York, NY, United States.
- MCNEIL, M. R.–ROBIN, D. A.–SCHMIDT, R. A. (1997): Apraxia of speech: Definition, differentiation, and treatment. In McNeil (szerk.) *Clinical management of sensorimotor speech disorders.* Thieme-Stratton Corp, New York, NY, United States, 311–344.
- NAGAO, M.–TAKEDA, K.–KOMORI, T. (1999): Apraxia of speech associated with an infarct in the precentral gyrus of the insula. In *Neuroradiology*, 41(5), 356–357.
- NARAYANA, S.–TANDON, N.–INGHAM, R.–INGHAM, J.–MARTINEZ, M.–LANCASTER, J. L.–DODD, S.–XIONG, J.–FOX, P. T. (2001): Speech apraxia during low rate transcranial magnetic stimulation (TMS) to dorsolateral frontal cortex. *Neuroimage*, 13(6), 577.
- OGAR, J.–SLAMA, H.–DRONKERS, N.–AMICI, S.–GORNO-TEMPINI M. L. (2005): Apraxia of Speech: An overview. In *Neurocase*, 11(6), 427–432.

- OGAR, J.–WILLOCK, S.–BALDO, J.–WILKINS, D.–LUDY, C.–DRONKERS, N. (2006): Clinical and anatomical correlates of apraxia of speech. In *Brain and Language*, 97(3), 343–350.
- OSMÁNNÉ S. J. (1992): *Az afáziák neurolingvisztikai alapjai*. Kézirat. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- PEACH, R. K.–TONKOVICH, J. D. (2004): Phonemic characteristics of apraxia of speech resulting from subcortical hemorrhage. In *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 77–90.
- PITA LOBO, P.–PINTO, S.–ROCHA, L.–REIMÃO, S.–DE CARVALHO, M. (2013): Orofacial apraxia in motor neuron disease. In *Case Reports in Neurology*, 5(1), 47–51.
- ROSENBEEK, J. C.–KENT, R. D.–LAPOINTE, L. L. (1984): Apraxia of speech: An overview and some perspectives. In Rosenbek, J. C.–McNeil, M. R.–Aronson, A. E. (szerk.) *Apraxia of speech: Physiology, acoustics, linguistics, management*. College Hill Press, San Diego, United States.
- ROSENBEEK, J. C.–LEMME, M. L.–AHERN, M. B.–HARRIS, E. H.–WERTZ, R. T. (1973): A treatment for apraxia of speech in adults. In *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 38(4), 462–472.
- ROSENBEEK, J. C.–MCNEIL, M. R.–ARONSON, A. E. (1984): *Apraxia of speech: Physiology, acoustics, linguistics, management*. College Hill Press, San Diego, United States.
- ROTHI, L. J. G.–HEILMAN, K. M. (1997): *Apraxia: the neuropsychology of action*. Taylor & Francis Ltd, Hove, United Kingdom.
- SCHMIDT, R. A.–LEE, T. (1988): *Motor control and learning: A Behavioral Emphasis*. Human Kinetics Publishers, Champaign, United States.
- SIMMONS, N. N. (1978): Finger Counting as an Intersystemic Reorganizer in Apraxia of Speech. In *Clinical Aphasiology: Proceedings of the Conference 1978*, 174–179.
- SPARKS, R. W.–DECK, J. W. (1986): Melodic intonation therapy. In Chapey, R. (szerk.) *Language intervention strategies in adult aphasia*. Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, United States, 320–332.
- SQUARE, P. A.–MARTIN, R. E.–BOSE, A. (2001): The nature and treatment of neuromotor speech disorders in aphasia. In Chapey, R. (szerk.) *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, United States, 847–884.
- SQUARE, P. A.–ROY, E. A.–MARTIN, R. E. (1997): Apraxia of speech: Another form of praxis disruption. In Rothi, L. J. G.–Heilman, K. M. (szerk.) *Apraxia: The neuropsychology of action*. Taylor & Francis Ltd, Hove, United Kingdom, 173–206.
- STRAND, E. A.–DUFFY, J. R.–CLARK, H. M.–JOSEPHS, K. (2014): The apraxia of speech rating scale: a tool for diagnosis and description of apraxia of speech. *Journal of Communication Disorders*, 51, 43–50.
- VAN DER MERWE, A. (1997): A theoretical framework for the characterization of pathological speech sensorimotor control. In McNeil (szerk.) *Clinical management of sensorimotor speech disorders*. Thieme-Stratton Corp, New York, NY, United States, 3–18.
- VANNAY A. (1995): A felnőttkori dysarthria tünetei, felosztása, kezelése. In: Vecsey K. (szerk.): *Dysarthria. Szöveggyűjtemény*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 117–121.
- WAMBAUGH, J. L. (2011): Apraxia of Speech. In Kreutzer, J. S.– DeLuca, J.–Caplan, B. (szerk.) *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer-Verlag New York Inc., New York, NY, United States, 236–238.
- WAMBAUGH, J. L.–DOYLE, P. J. (1994): Treatment for Acquired Apraxia of Speech: A Review of Efficacy Reports. In *Clinical Aphasiology*, 22, 231–243.
- WAMBAUGH, J. L.–DUFFY, J. R.–MCNEIL, M. R.–ROBIN, D. A.–ROGERS, M. A. (2006): Treatment guidelines for acquired apraxia of speech: A synthesis and evaluation of the evidence. In *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 14(2), xv–xv.
- WAMBAUGH, J. L.–MAUSZYCKI, S. C. (2010): Sound production treatment: Application with severe apraxia of speech. In *Aphasiology*, 24(6–8), 814–825.
- WAMBAUGH, J. L.–NESSLER, C. (2004): Modification of sound production treatment for apraxia of speech: Acquisition and generalisation effects. In *Aphasiology*, 18(5–7), 407–427.
- WAMBAUGH, J. L.–WEST, J. E.–DOYLE, P. J. (1998): Treatment for apraxia of speech: Effects of targeting sound groups. In *Aphasiology*, 12(7–8), 731–743.
- WERTZ, R.T.–LAPOINTE, L.L.–ROSENBEEK, J.C. (1984): *Apraxia of speech in adults: The disorder and its management*. Grune and Stratton, Orlando, United States.
- WHITESIDE, S. P.–VARLEY, R. A. (1998): A Reconceptualisation of Apraxia of Speech: A Synthesis of Evidence. In *Cortex*, 34(2), 221–231.

- WHITWELL, J. L.–DUFFY, J. R.–STRAND, E. A.–XIA, R.–MANDREKAR, J.–MACHULDA, M. M.–SENJEM, M. L.–LOWE, V. J.–JACK, C. R.–JOSEPHS, K. A. (2013): Distinct regional anatomic and functional correlates of neurodegenerative apraxia of speech and aphasia: an MRI and FDG-PET study. In *Brain and Language*, 125(3), 245–252.
- ZIEGLER, W.–AICHERT, I.–STAIGER, A. (2012): Apraxia of speech: Concepts and controversies. In *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(5), 1485–1501.

A Beszédtéma c. munkafüzet hatásai afáziában: egy többszörös esettanulmány eredményei

Zakariás Lilla

Potsdami Egyetem Nyelvészeti Tanszék, Potsdam, Németország

zakarias@uni-potsdam.de

Örley Zita

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

Összefoglaló

A jelen kutatásban a Beszédtéma c. munkafüzet hatásait vizsgáltuk öt közepes, illetve közepesen súlyos afáziával diagnosztizált személy csoportjában. A gyakorlás hatására bekövetkező fejlődést egy általunk összeállított képmegnevezési és képleírási feladattal, valamint a Western-afáziaesztel (WAB) mértük. Az eredmények egyéni szintű elemzése azt mutatta, hogy valamennyi személy szignifikánsan fejlődött a képmegnevezési feladatban. A csoportszintű elemzések szerint szignifikáns volt a fejlődés a képmegnevezési feladatban és a WAB megnevezést és ismétlés vizsgáló szubtesztjeiben, tendenciaszintű volt a fejlődés a képleírási feladatban és a WAB spontán beszédet vizsgáló szubtesztjében. Reményeink szerint a tanulmány a terápiás gyakorlat evidenciaalapú megközelítésének terjedéséhez is hozzájárul.

Kulcsszavak: afázia, nyelvi terápia, szemantikai terápia, többszörös esettanulmány, funkcionális kommunikáció, generalizáció

A Beszédtéma: Munkafüzet afáziás személyek számára (Zakariás–Örley 2014, 2016) egy magyar nyelvű logopédiai gyakorlóanyag. A munkafüzet főbb jellemzői:

1. nyelvészeti és funkcionális nyelvhasználati szempontokat egyaránt integrál,
2. tematikus (az egyes fejezetek szókinccse egy-egy hétköznapi téma köré szerveződik),
3. multimodális (a beszédmegértést, beszédproduktót, olvasást és írást egyaránt fejlesztő gyakorlatokat tartalmaz),
4. szisztematikus felépítésű (a feladatok típusa fejezetenként megegyezik), valamint
5. gyakorlást segítő képanyag társul hozzá.

A Beszédtéma az afáziaterápiák területén elterjedt két nagy irányzat, a stimulációs terápiák (pl. Morganstein–Certner-Smith 2001, Schuell stimulációs megközelítéséért lásd: Duffy 2001) és a kognitív neuropszichológiai megközelítésre épülő terápiák (pl. Nettleton–Lesser 1991, Whitworth–Webster–Howard 2014) egyes elemeit ötvözi. A kognitív neuropszichológiai megközelítésre épülő terápiákra hasonlít abból a szempontból, hogy a nyelvi rendszernek specifikusan meghatározott szintjeire koncentrálnak, és ezeknek a szinteknek a működésével kapcsolatos neuropszichológiai és pszicholingvisztikai kutatási eredményeket integrálja a logopédiai terápiába (Whitworth és mtsai 2014). A Beszédtéma elsősorban a szemantikus rendszer és a mentális lexikon szerveződésével kapcsolatos kutatási eredményekre épül (Berthier–Pulvermüller 2011, Collins–Loftus 1975, Meyer–Schvaneveldt 1971, Neely 1991), így főként lexikai-szemantikai (vagyis a szójelentéshez és a szóformához történő hozzáférést segítő) gyakorlatokat tartalmaz.

A stimulációs terápiákból a multimodalitást emeli be, vagyis azt az elvet, hogy az egyes alkalommal gyakorolt feladatok valamennyi modalitás működését igénylik. A multimodális terápiák egy része, a „hívóinger-alapú” (cue-based) terápiák, a különböző hívóingereket (pl. gesztus, grafémikus vagy fonémikus hívóinger) szisztematikusán manipulálva igyekeznek a

szóelőhívást segíteni (pl. Rose 2013, Rose–Mok–Carragher–Katthagen–Attard 2015). Más stimulációs módszerek szerint (pl. Tematikus Nyelvi Stimuláció Terápia, Morganstein–Cernert–Smith 2001) a különböző modalitást igénylő feladatok váltakoztatása a szavak minél többszöri aktiválásához és ezáltal azoknak stabilizációjához és a hétköznapi nyelvhasználatban is könnyebb hozzáféréséhez segít hozzá. A multimodalitás mellett, ugyancsak a stimulációs terápiákhoz hasonlóan, a Beszédtéma a funkcionális kommunikáció direkt fejlesztését is fontosnak tartja.

A munkafüzet felépítésének és feladatainak rövid bemutatása

A munkafüzet összesen hat fejezetből áll, melyek egy-egy hétköznapi témát járnak körül: A konyhában, Esküvő, Az étteremben, Tömegközlekedés, Az orvosnál és A kertben. Mindegyik fejezet egyenként nyolc, egymáshoz jelentésében kapcsolódó főnév gyakorlását célozza meg különböző feladatokon keresztül. A fejezetek felépítése szisztematikus, mindegyik fejezetben ugyanaz a 14 típusú feladat ismétlődik (lásd *1. táblázat*). Több szempontból is fontos, hogy egy fejezeten belül sokféle feladattípus fordul elő. Egyrészt lehetővé teszi, hogy a páciens minél többféle nyelvi helyzetben gyakorolja a szavakat (lásd az előző fejezetet a stimulációs terápiák egyik fontos alapelvéről), valamint azt is, hogy minél több, ún. nem nyelvi kognitív funkciót célzó gyakorlatot becsempésszünk a terápiába. Ilyen funkció például a verbális rövid távú memória (a verbális információ rövid idejű, néhány másodperces megtartása), a munkamemória (az információk rövid idejű megtartása és az azokkal történő párhuzamos manipuláció) és a gátlás vagy másképpen kognitív kontroll (pl. az irreleváns információk elnyomása a releváns információra történő válaszadás érdekében, vagy a verbális információk közötti versengés feloldása). Ezek a képességek számos nyelvi folyamatban játszhatnak szerepet afáziában, például a szóelőhívásban (Novick–Trueswell–Thompson–Schill 2009, Robinson–Blair–Cipolotti 1998), a mondatmegértésben (Haarmann–Just–Carpenter 1997, Novick és mtsai 2009, Thompson–Schill–Bedny–Goldberg 2005) és a társalgásban (Penn–Frankel–Watermeyer–Russell 2010, Ramsberger 2005). A különböző feladatok sikeres megoldása többféle instrukció követését és eltérő stratégiák alkalmazását igényli, így feltételezzük, hogy a sokféle feladattípus a kognitív rugalmasságot is elősegíti.

A feladatokat röviden az *1. táblázatban* mutatjuk be. Ebben a táblázatban azt is összefoglaltuk, hogy az egyes feladatok mely nyelvi és nem nyelvi kognitív funkciók működését igénylik, azaz elsősorban mely képességek fejlesztését célozzák meg. Bár a Beszédtéma kialakításakor elsősorban a lexikai-szemantikai szintet célzó feladatok összeállítása volt a célunk, több mondat szintű feladat is helyet kapott a munkafüzetben. Az igék előfeszítő hatását és funkcionális nyelvhasználati szempontokat is figyelembe véve fontosnak tartottuk, hogy a gyakorolt szavak mondatokba ágyazva is előforduljanak a gyakorlás során. Mindehhez egyszerű, a nyelvtant kevésbé igénylő szerkezeteket választottunk (általában alany-állítmány-vonzat, valamint alany-állítmány-szabad határozó szórendű mondatokat). Törekedtünk arra, hogy a gyakorolt szavak olyan igék mellett jelenjenek meg, amelyek mellett a hétköznapi nyelvhasználatban is gyakran fordulnak elő. Az ennek megfelelő igék kiválasztásában a „Mazsola”, a magyar igei bővítményszerkezetek vizsgálatára alkalmas keresőprogram volt a segítségünkre (Sass 2009).

1. táblázat. A Beszédtéma c. munkafüzet feladatainak rövid bemutatása

Feladat	A feladat rövid leírása	Célzott képességek
1. Ismétlés	A célszavak és a célszavakat tartalmazó frázisok és mondatok ismétlése	Fonológiai képességek Rövid távú verbális memória
2. Csoportképzés	A célszavak és elterelő elemek (fonológiai és szemantikai) téma szerinti csoportosítása	Szemantikai képességek Fonológiai képességek (fonológiai elterelő elemek felismerése) Gátló képességek (elterelő elemek elnyomása)
3. Igaz/hamis mondatok	Igaz/hamis ítéletek hozása helyes és felcserélt szereplőjű mondatokról	Szemantikai képességek
4. Mondatkiegészítés	Hiányos mondatok kiegészítése a célszavakkal	Szemantikai képességek, szemantikus rendszerhez történő hozzáférés Szólóhívás Munkamemória
5. Ki? Mi? Kit? Mit? kérdőszavas kérdések	Ki? Mi? Kit? Mit? kérdésekre történő válaszadás a célszavakkal	Szemantikus rendszerhez történő hozzáférés Szólóhívás Hosszú távú verbális memória
6. Kizárás – kakukktójs	„Kakukktójs” kiválasztása négy szó közül Új szó előhívása	Szemantikai képességek Fonológiai képességek (fonológiai elterelő elemek felismerése) Szólóhívás és szógeneralizálás (kognitív kontroll) Gátló képességek (elterelő elemek elnyomása)
7. Szavak és definíciók	A célszavak és definícióik párosítása	Szemantikus rendszerhez történő hozzáférés Munkamemória
8. Eldöntendő kérdések	Válaszadás általános ismeretek alapján megválaszolható kérdésekre	Szemantikus rendszerhez történő hozzáférés Igen/nem verbális válaszok adekvát használata
9. Mondatalkotás	Mondatalkotás megadott szavakból (a szórend és a ragozás adott)	Szemantikus rendszerhez történő hozzáférés Munkamemória
10. Kategóriatársak keresése	A célszavak párosítása a főfogalmi kategóriatársaikkal	Szemantikai képességek Szólóhívás Munkamemória
11. Helyzetmondatok és szólások, közmondások ismétlése	A célszavakat tartalmazó helyzetmondatok és szólások, közmondások ismétlése	Kommunikáció Fonológiai képességek Rövid távú verbális memória
12. Képmegnevezés	A célszavakat ábrázoló rajzok megnevezése	Szólóhívás
13. Összefüggő beszéd	Mondatalkotás a témát ábrázoló színes eseményképről	Összefüggő beszéd, spontán beszéd
14. Társalgási kérdések	Társalgás megadott kérdések mentén	Spontán beszéd, funkcionális kommunikáció

A vizsgálat motivációja

A vizsgálat célja a Beszédtéma hatásainak kontrollált és klinikai keretek között történő felmérése volt. Az afáziás személyek körében végzett terápiás hatásvizsgálatok egyik kulcskérdése, hogy a terápia során gyakorolt elemek és képességek fejlődésén túl (pl. egyes

szavak előhívása) tapasztalhatunk-e fejlődést a terápia során nem gyakorolt elemekben vagy képességekben (pl. a nem gyakorolt szavak előhívásában vagy a spontán beszédben). Különösen fontos és manapság számos kutatást motiváló kérdés, hogy a terápia során gyakoroltak milyen mértékben *generalizálódnak* az olyan, életminőség szempontjából kiemelten fontos képességekre, mint a funkcionális kommunikáció és a társalgás (pl. Attard—Rose—Lanyon 2013; Barthel—Meinzer—Djundja—Rockstroh 2008, Zakariás—Keresztes—Marton—Wartenburger 2016).

Mindezekkel összhangban, vizsgálatunkban az alábbi kérdésekre kerestük a választ.

1. Megfigyelhető-e fejlődés a terápia során gyakorolt szavak előhívásában, illetve az ezekhez jelentésében kapcsolódó, de a terápia során nem gyakorolt szavak előhívásában (azaz a fejlődés generalizálódik-e a nem gyakorolt szavakra)?
2. Megfigyelhető-e fejlődés az összefüggő/spontán beszédet vizsgáló feladatban (azaz a fejlődés generalizálódik-e a nem gyakorolt feladatra)?
3. Hozzásegít-e a munkafüzet az afázia enyhüléséhez és a nyelvi profil változásához?

Továbbá kíváncsiak voltunk, hogy elsődlegesen mely nyelvi képességek fejlesztésében bizonyul hatékonynak a munkafüzet.

A vizsgálati személyek kiválasztásában azok a nemzetközi eredmények játszottak szerepet, melyek szerint a multimodális terápiák főként a súlyosabb afáziákban lehetnek hatékonyak (Rose 2013), ezzel szemben kevésbé hatékonyak az enyhe afáziákban (Rose—Mok—Carragher—Katthagen—Attard 2016). Ennek megfelelően a kutatásunkban részt vevő öt személy közül három közepes és kettő közepesen súlyos afáziát mutatott.

Módszer

Általános elrendezés és procedura

A vizsgálatban egy pre/posztteszt és többszörös esettanulmány (multiple case study) kísérleti elrendezést alkalmaztunk. A terápiát megelőzően a résztvevők nyelvi teljesítményét egy az afáziadiagnosztikában elterjedten használt teszttel (Western-afázia-teszt, WAB, Kertesz 1982, magyar adaptáció: Osmánné Sági 1991), valamint két általunk összeállított feladattal (Képmegnevezés és Képleírás) mértük fel (preteszt). A kezdeti felmérést követően a résztvevők egy 10 alkalmas egyéni terápiában vettek részt. A 10 alkalom egyénenként változó intenzitásban zajlott, a páciensek heti két vagy három alkalommal vettek részt a terápiában. A terápia időtartama átlagosan 4,6 hétig tartott (terjedelem: 4-5 hét), míg intenzitása heti 2,4 alkalom volt. A foglalkozások időtartama egyenként 60 perc volt. A terápiát követően a résztvevők teljesítményét ugyanazokkal a tesztekkel és feladatokkal mértük fel, mint a terápiát megelőzően (posztteszt).

A páciensek a munkafüzetben szereplő témák közül ötöt gyakoroltak (A konyhában, Esküvő, Az étteremben, Tömegközlekedés és Az orvosnál) két sorozatban, tehát minden téma kétszer szerepelt a 10 alkalom során. Terápiás ülésenként egy témát gyakoroltak. Az 1. táblázatban bemutatott feladatok közül a Képmegnevezés és az Összefüggő beszéd nem volt a terápia része. Ezeket a feladatokat a terápia generalizációs hatásainak felmérése céljából csak a pre- és a posztteszt fázisaiban használtunk. A felméréseket és a terápiás üléseket egy-egy páciens esetében ugyanaz a logopédus végezte. A kutatásban összesen két logopédus működött közre.

A vizsgálati személyek

A vizsgálati személyek demográfiai és neurolingvisztikai adatait a 2. táblázat tartalmazza. Három személy Broca-afázia, egy személy transzkortikális motoros afázia és egy személy

vezetési afázia diagnózisával rendelkezett a kutatás kezdetén. Az afázia kialakulásához valamennyi páciens esetében bal féltekei stroke vezetett. Az afázia diagnózisának felállítása a WAB-bal történt (Osmánné Sági 1991). A kutatás helyszínei a Pest Megyei Flór Ferenc Kórház (2143 Kistarcsa, Semmelweis tér 1.) és az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (1528 Budapest, Szanatórium utca 19.) voltak. Mindkét esetben az osztályon zajló logopédiai munkafolyamatba illesztve valósult meg a terápia.

2. táblázat. A páciensek demográfiai és neurolingvisztikai adatai a terápia kezdetén

Eset	Életkor (év)	Nem	Etiológia	Agyi történet óta eltelt idő (hónap)	Afázia típus (WAB profil)	Afázia kvóciens (WAB AQ)	Afázia súlyossága (WAB alapján)
AZS	35	férfi	Agyi infarktus	9	Broca	38	közepesen súlyos
BZ	48	férfi	Agyi infarktus	3	Broca	45,8	közepesen súlyos
CP	40	férfi	Agyi infarktus	76	Broca	73	közepes
KL	54	férfi	Agyi infarktus	1,5	vezetési	65,1	közepes
MJ	53	nő	Agyi infarktus	6	transzkortikális motoros	67,9	közepes

Értékelő feladatok

Képmegnevezés

Az általunk összeállított megnevezési feladatban 60 színes fénykép (60 főnevet ábrázoló kép) megnevezésére kértük a vizsgálati személyeket. A páciensek egyszerre egy képet láttak a képernyőn. A képek fele (30 kép) a Beszédtéma szavait ábrázolta, melyeket a páciensek gyakoroltak a terápia során (a későbbiekben: gyakorolt elemek). A képek másik fele (30 kép) olyan szavakat ábrázolt, melyek jelentésükben kapcsolódtak a gyakorolt témákhoz, azonban ezekkel a szavakkal a páciensek nem találkoztak a terápia során (a későbbiekben: nem gyakorolt elemek). A gyakorolt és nem gyakorolt szavakat gyakoriságban (Kornai—Halácsy—Nagy—Oravecz—Trón—Varga 2006) és hosszúságban illesztettük. A kísérletvezető írásban rögzítette a válaszokat. A pontozás során csak a segítség nélkül adott helyes válaszokat fogadtuk el. Minden helyes válasz esetén egy pont volt adható, így a feladatban összesen maximum 60 pont volt elérhető.

Képleírás – összefüggő beszéd

Az összefüggő beszéd vizsgálatára egy képleírási feladatot terveztünk. A vizsgálati személyeket arra kértük, hogy a bemutatott eseményképekről (A/4-es színes rajzok) összefüggően, mondatokban meséljenek. A feladatban összesen öt — a gyakorolt témákhoz kapcsolódóan egy-egy — eseménykép szerepelt. A kísérletvezetőket arra kértük, hogy szükség esetén rámutatással segítsék a páciens, verbálisan azonban ne segítsék a produkciót. A feladatot diktafonon rögzítettük.

WAB

Az afázias személyek vizsgálatára alkalmas, magyar nyelvű adaptációval rendelkező eljárás a WAB, melyet a hazai klinikai gyakorlatban elsősorban az afázia szűrésére, típusának megállapítására és az afázia súlyosságának mérésére használnak. A nemzetközi gyakorlatban és kutatásokban a terápiák hatásait értékelő feladatként is használják (pl. Doyle—Goldstein—Bourgeois 1987, Wertz—Katz 2004). A teszt négy szubtesztből áll: 1. Spontán beszéd, 2. Auditoros verbális megértés, 3. Ismétlés és 4. Megnevezés, melyek alapján az afázia súlyosságát mutató afázia-együttható (másképpen

afáziakvóciens, AQ) számolható. A spontán beszéd vizsgálata során a terapeuta a páciens beszédének információtartalmát és folyékonyságát értékeli.

Eredmények

Az értékelő feladatok eredményeit csoportszinten, valamint ahol a statisztikai módszerek megengedték, egyéni szinten elemeztük. A csoportszintű elemzéshez a Wilcoxon Signed Rank non-parametrikus tesztet használtuk, ami lehetővé tette, hogy a csoport két időpontban nyújtott teljesítményét összehasonlítsuk. Az egyéni elemzésekhez a neuropszichológiai és logopédiai kutatásokban elterjedt McNemar non-parametrikus tesztet használtuk (Franklin 1997, Henry—Beeson—Rapcsak 2008, Howard—Patterson—Franklin—Orchard-Lisle—Morton 1985). Mivel a McNemar teszt lehetővé teszi, hogy egyetlen személy két időpontban nyújtott teljesítményét összehasonlítsuk, rendkívül hasznos a neuropszichológiai populációk körében végzett kutatásokban. (A McNemar teszt bináris adatok elemzésére használható statisztikai módszer. Ebben a vizsgálatban csak a Képmegnevezés feladat felelt meg ennek a kritériumnak, így egyéni szinten csak ennek a feladatnak az eredményeit elemeztük.)

Képmegnevezés

A feladatban három mutatót számoltunk: 1. a terápia során gyakorolt elemekre adott helyes válaszok száma (maximum 30), 2. a terápia során nem gyakorolt elemekre adott helyes válaszok száma (maximum 30), valamint 3. a feladatban adott valamennyi helyes válasz száma, azaz az első két mutató összesítéséből számított mutató (maximum 60). Az eredmények csoportszintű elemzése azt mutatta, hogy a vizsgálati személyek szignifikánsan fejlődtek mind a gyakorolt ($z = -2.023$, $p < .05$), mind a nem gyakorolt elemek megnevezésében ($z = -2.023$, $p < .05$). Az összesített mutató szerint ugyancsak szignifikáns volt a fejlődés a feladatban ($z = -2.023$, $p < .05$) (lásd 3. táblázat).

Az eredmények egyéni szintű elemzése azt mutatta, hogy a gyakorolt elemek megnevezésében hárman (AZS, BZ és KL) szignifikánsan fejlődtek (McNemar-teszt, mindhárom esetben $p < .05$), egy személy (MJ) fejlődése pedig tendenciaszintű volt (McNemar teszt, $p < .1$). A nem gyakorolt elemek megnevezésében egy személy (KL) mutatott szignifikáns (McNemar-teszt, $p < .05$), egy személy (MJ) tendenciaszintű fejlődést (McNemar-teszt, $p < .1$). Az összesített mutató szerint valamennyien szignifikánsan fejlődtek a feladatban (McNemar-teszt, mind az öt esetben $p < .05$). Az egyéni eredményeket a 4. táblázat tartalmazza.

3. táblázat. A terápia előtti és utáni teljesítmény csoportszintű összehasonlítása

Feladat	Pre		Poszt		Szignifikancia teszt		Hatásméret (r)
	átlag	SD	átlag	SD	z	p	
Képmegnevezés							
Gyakorolt	8.8	5.36	17	5.29	-2.023	.043*	-0.64
Nem gyakorolt	9.8	6.14	14.4	7.3	-2.023	.043*	-0.64
Összes	18.6	11.37	31.4	11.93	-2.023	.043*	-0.64
Képleírás							
Információtartalom	2.92	6.63	5.8	7.26	-1.753	.08†	-0.55
Mondatszerkezeti sokszínűség	1.6	1.14	2.2	1.48	-1.342	.18	-0.42

Nyelvtani jól-formáltság	2.6	1.82	2.6	1.82	000.	1	0
Sebesség	1.1	0.652	1.2	0.67	-0.447	.655	-0.14
Összesített mutató	8.22	8.81	11.64	10.43	-1.753	.08†	-0.55
WAB							
Információtartalom	5.8	2.17	7.2	1.64	-1.89	.059†	-0.6
Folyékonyság	3.8	1.1	5	2	-1.604	.109	-0.51
Auditoros megértés	8.11	1.12	8.97	0.91	-1.214	.225	-0.38
Megnevezés	5.57	1.98	7.54	2.07	-2.023	.043*	-0.64
Ismétlés	5.7	2.19	7.14	1.6	-2.023	.043*	-0.64
AQ	57.96	15.18	71.7	14.5	-2.023	.043*	-0.64

Képmegnevezés: Gyakorolt = a terápia során gyakorolt elemekre adott helyes válaszok száma (max. 30); Nem gyakorolt = a terápia során nem gyakorolt elemekre adott helyes válaszok száma (max. 30); Összes = a feladatban adott valamennyi helyes válasz száma, azaz az első két mutató összesítéséből számított mutató (max. 60). Képleírás: a Mondatszerkezeti sokszínűség, a Nyelvtani jól-formáltság és a Sebesség értékelése egy 7 fokozatú skálán történt. Az Összesített mutató valamennyi mutató összege a feladatban. WAB: az Információtartalom és a Folyékonyság értékelése egy 10 fokozatú skálán történt. Az Auditoros megértésben, Megnevezésben és Ismétlésben elérhető pontok száma max. 10. AQ = Afázia kvóciens (max. 100).

* Szignifikáns fejlődés a feladatban ($p < .05$, kétoldali próba)

† Tendenciaszerű fejlődés a feladatban ($p < 0.1$, kétoldali próba)

4. táblázat. A Képmegnevezés feladatban nyújtott egyéni eredmények a terápia előtt és után

Páciens	Kondíció	Pre	Poszt
AZS	Gyakorolt	4	11
	Nem gyakorolt	2	6
	Összes	6	17
BZ	Gyakorolt	3	15
	Nem gyakorolt	5	7
	Összes	8	22
CP	Gyakorolt	16	19
	Nem gyakorolt	17	20
	Összes	33	39
KL	Gyakorolt	11	25
	Nem gyakorolt	12	21
	Összes	23	46
MJ	Gyakorolt	10	15
	Nem gyakorolt	13	18
	Összes	23	33

Gyakorolt = a terápia során gyakorolt elemekre adott helyes válaszok száma (max. 30); Nem gyakorolt = a terápia során nem gyakorolt elemekre adott helyes válaszok száma (max. 30); Összes = a feladatban adott valamennyi helyes válasz száma, azaz az első két mutató összesítéséből számított mutató (max. 60).

Képleírás – összefüggő beszéd

A képleírási feladat értékelése egy magyar adaptáció alatt álló afáziaeszt képleírás szubtesztjének értékelési szempontjai alapján történt (Comprehensive Aphasia Test, Swinburn–Porter–Howard 2004, magyar adaptáció: Zakariás–Lukács, előkészületben), melyek a következők: 1. információtartalom (a megfelelő információt hordozó egységek száma mínusz a nem megfelelő információt hordozó egységek – pl. parafáziák, neologizmusok, stb. száma), 2. mondatszerkezeti sokszínűség (7 fokozatú skála), 3. nyelvtani jólformáltság (7 fokozatú skála), és 4. sebesség (7 fokozatú skála). A fenti szempontok alapján számított négy mutató mellett egyénenként egy-egy összesített mutatót is számoltunk

(Swinburn és mtsai 2004 útmutatása alapján). Az eredményeket csoportszinten elemeztük (3. táblázat). Az információtartalom tekintetében tendenciaszintű fejlődést találtunk ($z = -1.753$, $p = .1$), nem volt azonban fejlődés a mondatszerkezeti sokszínűség ($z = -1.342$, n. sz.), a nyelvtani jólformáltság ($z = 0.00$, n. sz.) és a sebesség ($z = -0.447$, n. sz.) tekintetében. Az összesített mutató elemzése szintén tendenciaszintű fejlődést mutatott a feladatban ($z = -1.753$, $p < .1$).

WAB

Az elemzés során a WAB szubtesztjeiben számolt pontokat és az afázia-kvóciens (AQ) vettük alapul, és ezeket csoportszinten elemeztük (3. táblázat). Az eredmények azt mutatták, hogy a páciensek szignifikánsan fejlődtek a Megnevezés és az Ismétlés szubtesztben (mindkét esetben $z = -2.023$, $p < .05$) és tendenciaszinten fejlődtek a spontán beszéd információ-tartalom-mutatója szerint ($z = -1.89$, $p < .1$). A fejlődés nem volt szignifikáns az auditoros megértésben ($z = -1.214$, n.sz.) és a spontán beszéd folyékonyságát tekintve ($z = -1.604$, n. sz.). Az AQ szintén szignifikáns mértékben növekedett ($z = -2.023$, $p < .05$).

Diszkusszió és következtetések

Kutatásunkban a Beszédtéma c. munkafüzet hatásait vizsgáltuk öt közepes, illetve közepesen súlyos afáziás személy csoportjában. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a munkafüzettel történő gyakorlást követően tapasztalható-e fejlődés a megnevezésben, az összefüggő beszédben, illetve, hogy bekövetkezik-e változás a nyelvi profilban és az afázia súlyosságában. Csoportszintű eredményeink biztatóak, melyek szerint a páciensek szignifikánsan fejlődtek a képmegnevezési feladatban (a terápia során gyakorolt és nem gyakorolt szavakban egyaránt), és tendenciaszintű fejlődést mutattak az összefüggő beszédet vizsgáló feladatban (Képleírás). Ugyancsak szignifikáns fejlődést találtunk a WAB ismétlést és megnevezést vizsgáló szubtesztjeiben, tendenciaszintű fejlődést a spontán beszédet vizsgáló szubteszt információtartalom-mutatójában. Mindezek a nyelvi profil jelentős, pozitív irányú változására utalnak a csoportban. E mellett az AQ szignifikáns mértékű növekedése az afázia jelentős mértékű enyhülését mutatta a csoportban.

Mindenképpen érdemes azonban az eredményeket egyéni szinten is megvizsgálni. Kiderül ugyanis, hogy a fejlődési mintázat nem teljesen egységes a csoportban. Az eredmények egyéni szintű statisztikai elemzése a Képmegnevezés feladatban állnak rendelkezésünkre. Ezek azt mutatják, hogy a gyakorolt szavak előhívásában az öt résztvevőből három szignifikánsan, egy pedig tendenciaszinten fejlődött, ami mindenképpen robusztus hatásnak tekinthető. Ezzel szemben a nem gyakorolt szavak megnevezésében egy páciens mutatott szignifikáns, egy pedig tendenciaszintű fejlődést (bár nominális teljesítménynövekedés mindenkinél bekövetkezett). Nem általánosíthatjuk tehát automatikusan a csoportszinten kapott eredményeinket valamennyi személyre és az afáziás populációra. Azt mondhatjuk, hogy generalizáció (vagyis a nem gyakorolt szavakban bekövetkező teljesítménynövekedés) két személy esetében valószínűleg bekövetkezett, ez a hatás azonban jóval kisebb, mint a gyakorolt szavak esetében.

Természetesen nem zárható ki, hogy bizonyos mértékben a spontán javulás is hozzájárult az értékelő feladatokban kapott teljesítménynövekedéshez. Két páciensnek akut afáziája volt a kutatás kezdetén. A képmegnevezési feladatban kapott eredmények egyéni szintű elemzése azonban azt mutatják, hogy fejlődés a krónikus afáziás személyek esetében is bekövetkezett. Praktikus szempontból megállapíthatjuk, hogy a munkafüzet akut afáziában is

jól használható. A páciensek képesek voltak a tízalkalmas terápiát végigcsinálni, és a terápia értékelésére bevezetett pre- és posztvizsgálati fázisokban részt venni. Megállapíthatjuk továbbá, hogy a heti két-három alkalmas, egyenként 60 perces gyakorlással elérhetünk eredményeket krónikus és akut afáziában egyaránt.

Érdemes lenne további vizsgálatokat folytatni annak feltérképezésére, hogy egyéb afáziatípusokban, például Wernicke-afáziában hogyan és milyen módosításokkal alkalmazható hatékonyan a munkafüzet.

Irodalom

- ATTARD, M. C.–ROSE, M. L.–LANYON, L. (2013): The comparative effects of Multi-Modality Aphasia Therapy and Constraint-Induced Aphasia Therapy-Plus for severe chronic Broca's aphasia: An in-depth pilot study. In *Aphasiology*, 27(1), 80-111.
- BARTHEL, G.–MEINZER, M.–DJUNDJA, D.–ROCKSTROH, B. (2008): Intensive language therapy in chronic aphasia: Which aspects contribute most? In *Aphasiology*, 22(4), 408-421.
- BERTHIER, M. L.–PULVERMÜLLER, F. (2011): Neuroscience insights improve neurorehabilitation of poststroke aphasia. In *Nature Reviews Neurology*, 7(2), 86-97.
- CHAPEY, R. (1994): *Language intervention strategies in adult aphasia*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, United States.
- COLLINS, A. M.–LOFTUS, E. F. (1975): A spreading-activation theory of semantic processing. In *Psychological review*, 82(6), 407.
- DOYLE, P. J.–GOLDSTEIN, H.–BOURGEOIS, M. S. (1987): Experimental Analysis of Syntax Training in Broca's Aphasia. A Generalization and Social Validation Study. In *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52(2), 143-155.
- DUFFY, J. R.–COELHO, C. A. (2001): Schuell's stimulation approach to rehabilitation. In Chapey, R. (szerk.) *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, United States.
- FRANKLIN, S. (1997): Designing single case treatment studies for aphasic patients. In *Neuropsychological Rehabilitation*, 7(4), 401-418.
- HAARMANN, H. J.–JUST, M. A.–CARPENTER, P. A. (1997): Aphasic sentence comprehension as a resource deficit: A computational approach. In *Brain and language*, 59(1), 76-120.
- HENRY, M. L.–BEESON, P. M.–RAPCSAK, S. Z. (2008): Treatment for lexical retrieval in progressive aphasia. In *Aphasiology*, 22(7-8), 826-838.
- HOWARD, D.–PATTERSON, K.–FRANKLIN, S.–ORCHARD-LISLE, V.–MORTON, J. (1985): Treatment of word retrieval deficits in aphasia. In *Brain*, 108(8), 17-29.
- KERTESZ A. (1982): *Western aphasia battery test manual*. Grune and Stratton, New York, United States.
- KORNAI A.–HALÁCSY P.–NAGY V.–ORAVECZ C.–TRÓN V.–VARGA D. (2006): Web-based frequency dictionaries for medium density languages. In *Proceedings of the 2nd International Workshop on Web as Corpus*, 1-8. Association for Computational Linguistics.
- MEYER, D. E.–SCHVANEVELDT, R. W. (1971): Facilitation in recognizing pairs of words: evidence of a dependence between retrieval operations. In *Journal of experimental psychology*, 90(2), 227.
- MORGANSTEIN, S.–CERTNER-SMITH, M. (2001): Thematic language stimulation therapy. In Chapey, R. (szerk.) *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, United States, 383-396.
- NEELY, J. H. (1991): Semantic priming effects in visual word recognition: A selective review of current findings and theories. In Besner, D.–Humphreys, G. W. (szerk.) *Basic processes in reading: Visual word recognition*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., New Jersey, 264-336.
- NETTLETON, J.–LESSER, R. (1991): Therapy for naming difficulties in aphasia: Application of a cognitive neuropsychological model. In *Journal of Neurolinguistics*, 6(2), 139-157.
- NOVICK, J. M.–KAN, I. P.–TRUESWELL, J. C.–THOMPSON-SCHILL, S. L. (2009): A case for conflict across multiple domains: Memory and language impairments following damage to ventrolateral prefrontal cortex. In *Cognitive Neuropsychology*, 26(6), 527-567.
- OSMÁNNÉ SÁGI J. (1991): Az afázia klasszifikációja és diagnosztikája. In *Ideggyógyászati Szemle*, 44, 339-362.
- PENN, C.–FRANKEL, T.–WATERMEYER, J.–RUSSELL, N. (2010): Executive function and conversational strategies in bilingual aphasia. In *Aphasiology*, 24(2), 288-308.

- RAMSBERGER, G. (2005): Achieving conversational success in aphasia by focusing on non-linguistic cognitive skills: A potentially promising new approach. In *Aphasiology*, 19(10-11), 1066-1073.
- ROSE, M. L. (2013): Releasing the constraints on aphasia therapy: The positive impact of gesture and multimodality treatments. In *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22(2), 227-239.
- ROSE, M. L.–MOK, Z.–CARRAGHER, M.–KATTHAGEN, S.–ATTARD, M. (2016): Comparing multi-modality and constraint-induced treatment for aphasia: a preliminary investigation of generalisation to discourse. In *Aphasiology*, 30(6), 678-698.
- SASS B. (2009): „Mazsola” – eszköz a magyar igék bővítményszerkezetének vizsgálatára. In Váradi T. (szerk.) Válogatás az I. Alkalmazott Nyelvészet Doktorandusz Konferencia előadásából, MTA Nyelvtudományi Intézet, Budapest, 117-129, <http://corpus.nytud.hu/mazsola>
- SWINBURN, K.–PORTER, G.–HOWARD, D. (2004): *CAT: comprehensive aphasia test*. Psychology Press, Hove, United Kingdom.
- THOMPSON-SCHILL, S. L.–BEDNY, M.–GOLDBERG, R. F. (2005): The frontal lobes and the regulation of mental activity. In *Current Opinion in Neurobiology*, 15(2), 219–224.
- WERTZ, R.–KATZ, R. (2004): Outcomes of computer-provided treatment for aphasia. In *Aphasiology*, 18(3), 229-244.
- WHITWORTH, A.–WEBSTER, J.–HOWARD, D. (2014): *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia: A clinician's guide*. Psychology Press, Hove, United Kingdom.
- ZAKARIÁS L.–LUKÁCS Á. (előkészületben): CAT-H (Comprehensive Aphasia Test-Hungarian; Átfogó afáziavizsgálat).
- ZAKARIÁS L.–ŐRLEY Z. (2014): *Beszédtéma: Munkafüzet afáziás személyek számára*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- ZAKARIÁS L.–ŐRLEY Z. (2016): *Beszédtéma: Munkafüzet afáziás személyek számára*. Második, javított kiadás. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- ZAKARIÁS L.–KERESZTES A.–MARTON K.–WARTENBURGER, I. (2016): Positive effects of a computerised working memory and executive function training on sentence comprehension in aphasia. In *Neuropsychological rehabilitation*, 1-18.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük AZS-nek, BZ-nek, CP-nek, KL-nek és MJ-nek a vizsgálatban való részvételt és Buják Tünde kollégánknak az adatfelvételben nyújtott segítséget.

„A macska megfogja az egeret?”

Esettanulmány egy dadogó gyermek szemszögéből

Molnárné Bogáth Réka

Logopédus, Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XXII. Kerületi Tagintézmény,
molnarne.bogath.reka.22@fpsz.net

Plavec Dóra

Logopédus, Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XX. Kerületi Tagintézmény,
plavec.dora.20@fpsz.net

Összefoglaló

Az esettanulmány a személyiség oldaláról közelíti meg a dadogás jelenségét. A gyermekkel, a családdal és a szakemberekkel felvett félig strukturált interjúk több kérdéscsoportra bontva járják körül a dadogás témakörét a terápiától kezdve az iskolában betöltött szerepen át, egészen a gyermek jövőképig bezárólag. Egy elfogadó, támogató, szeretetteljes családban mégis mi lehet a dadogás kiváltó és fenntartó oka? A rajzvizsgálatok elemzése során felszínre kerül, hogy a családi hierarchia felépítése atipikus, mivel a vizsgálatban szereplő gyermek kisebb testvérét mindig önmaga elé helyezi. A testvérszerepek sorrendjének felcserélődésén túl a rajzokon szembeötlő az apa és fia közötti – a való életben nem látható – távolság. Ennek ellenére a gyermek énképe reális, személyiségére dadogása nincs negatív hatással. Nyitott kérdés marad azonban az apa és a fiú habitusának különbözősége okozta távolság feloldása. Lehet-e mégis a macska az egér barátja?

Kulcsszavak: dadogás, komplex művészeti terápia, Eysenck-féle személyiségvizsgálat, projektív rajzvizsgálat, esettanulmány

Szeretnénk egy közös együttgondolkodásra hívni az olvasót, amelyben a dadogást befolyásoló tényezőkről és egy esettanulmányon keresztül a dadogás sokszínűségéről olvashat. A dadogás „mint jelenség” leírásával kapcsolatban rendkívül sok meghatározás született már pszichológiai, orvosi, logopédiai, lingvisztikai területekről. A szülők a dadogást különbözőképpen élik meg. Például: „Egy zsák, amelyet a gyermek a vállán cipel”, „Egy gödör, amiből a gyermek nehezen tud kimászni”, „Egy szék, amin a gyermek ül”, „Egy szaggatott vonal”. A szülők számára úgy szoktuk szemléletessé tenni, hogy képzeljenek el egy mozaikképet, és amikor az utolsó darab is a helyére kerül, akkor jön létre a dadogás. Ezzel próbáljuk érzékeltetni, a dadogás multifaktoriális jelentőségét.

Nekünk, terapeutáknak az a legfontosabb, hogy a megfigyeléseink során minél részletesebb képet kapjunk a dadogó kliensről és környezetéről. A megkeresések önkéntesen zajlanak személyesen vagy telefonon keresztül, ilyenkor a családok már eljutnak oda, hogy szakembertől segítséget kérjenek. A kapcsolatfelvételt követően részletes anamnézis felvételére kerül sor az édesanyával, ahol a szomatikus, pszichés, pszichoszomatikus tényezőkre is rákérdezzünk. Majd az első vizsgálat következik, amelynek során fontos a bizalmi légkör megteremtése. Rendkívül nagy jelentősége van annak, hogy többféle kommunikációs helyzetben, több szituációban hallgassuk meg a gyermek beszédét. Közben figyeljük a megakadások kvantitatív és kvalitatív jellemzőit.

A megfigyelések és az anamnézis során szerzett tapasztalatainkat elemezve felállítjuk a diagnózist, és megírjuk a logopédiai véleményt. Fontosnak tartjuk, hogy a szülővel és a gyermekkel is szóban megkössük a terápiás szerződést.

Szülővel megbeszélésre kerül:

- a terápia szükségessége,
- a terápia célja,

- a terápia hatásmechanizmusa,
- az együttműködés formája.

A terapeuta, ha szükségesnek látja, megújítja a terápiás szerződést.

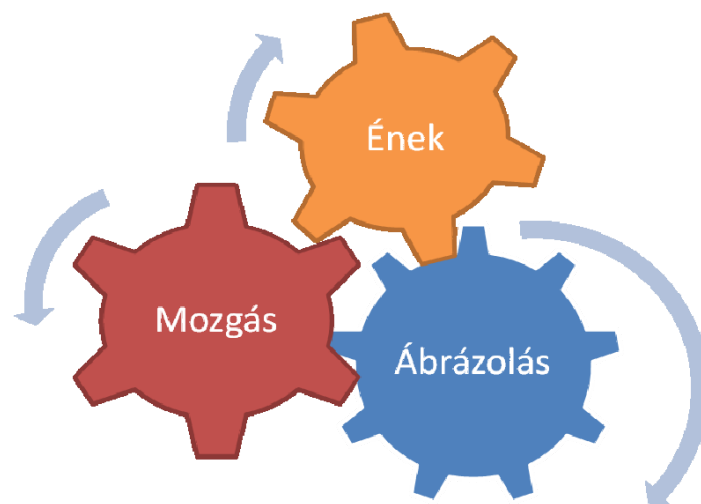
A klienssel megbeszélésre kerül:

- miért kell járnia foglalkozásokra?
- milyen játékokat fogunk játszani?
- miben tudok neki segíteni?
- miben tud ő segíteni?
- kik lesznek jelen a foglalkozásokon?

Mivel a dadogás komplex jelenség, ezért a komplexitást a terápiában is követni kell. Igyekeztünk olyan módszert választani, amely nem közvetlenül hat a gyermek beszédére, beszédállapotára, így ismerkedtünk meg a komplex művészeti terápiával. Magyarországon Schmidtné Balás Eszter dolgozta ki a dadogás komplex művészeti terápiás programját. (Balás E. 1990, Schmidtné B. E. 2004) *„A művészetterápiában, amikor festünk, táncolunk vagy zenélünk, valami újat hozunk létre, amit alkotunk, belőlünk fakad és rólunk szól.”* (Kokas K. 1992, 35)

A komplex művészeti terápia nemcsak módszer, hanem szemléletmód, ahol nem a dadogás, hanem maga a dadogó személy áll a középpontban. Fontos lenne arra is figyelni, hogy a gyermek személyiségében előforduló változásokat megfigyeljük és reagálni tudjunk rá. Különlegessége, egyik fő értéke, hogy célját indirekt úton éri el, az alkotó tevékenység hatására a gyermek személyiségét pozitívan változtatja meg. Lényeges, hogy olyan személyiségvonások alakuljanak ki, amelyekkel a dadogó ember kommunikációs nehézsége és beszédfélelme leküzdhető.

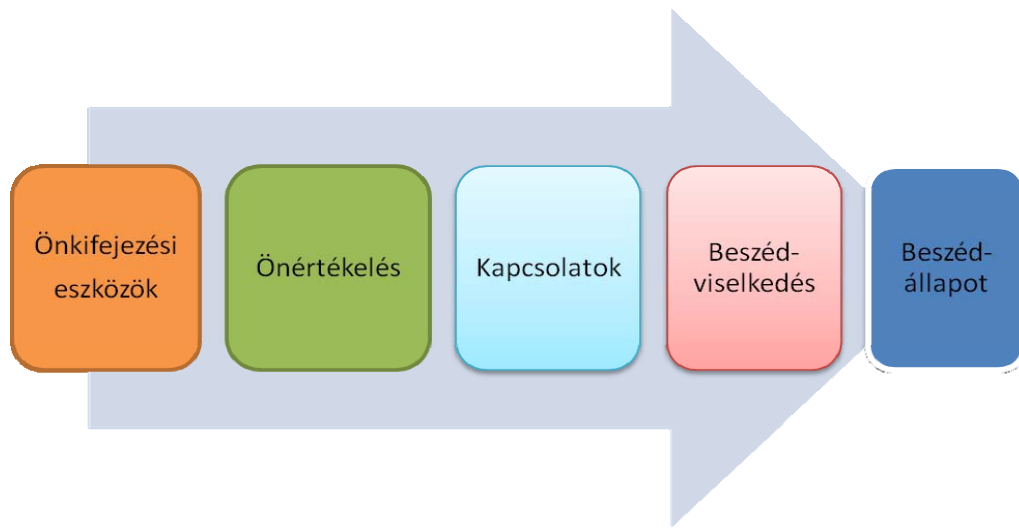
1. ábra



Az 1. ábra mutatja, hogy a művészeti terápiában végzett tevékenységi formák: ének-zene, mozgás, ábrázolás szerves egységet képeznek és szorosan összekapcsolódnak, mint a fogaskerekek, és nehéz egymástól elválasztani a területeket. Például az énekléseket mozgással kísérhetjük. Az alkotás alatt is énekelhetünk, zenét hallgathatunk. A zenére feszítő-lazító mozgásokat is végezhetünk. Fontos, hogy a dadogók belső feszültségei szabadon felszínre kerüljenek, a gyermek számára megfelelő terápiás eszközökkel alkotásba fordíthatóak legyenek.

A terápia hatásmechanizmusát a 2. ábra segítségével mutatjuk be.

2. ábra



Az ének-zene, mozgás, ábrázolás, önkifejezési lehetőségeinek felhasználásával a dadogó gyermek belső feszültségeit alkotó tevékenységgé alakítja, ezáltal önértékelése reálissá válik, a környezettel szembeni függése optimális szintre kerül. Kapcsolati tényezői, a közösségi alkalmazkodása, beilleszkedése változik, a beszédviselkedés terén magabiztosabban kommunikál különböző és váratlanabb helyzetekben, ezáltal javul a beszédállapota.

A terápia alapelvei:

- A *módszertani szabadság* elve azt jelenti, hogy az óratervtől el kell térni a terapeutának, és figyelembe kell venni a gyerek spontán megnyilatkozásait. Ha szükséges, be lehet építeni a foglalkozásba.
- *Szabad légkört* teremtünk azáltal, hogy mindenki sikerélményhez jut. Nincs rossz megoldás! Aktív részvételt nem követelünk meg, de mindent megteszünk, hogy bekapcsolódjon a játékba.
- *Elfogadás* során érzik, hogy feltétel nélkül elfogadjuk őket, nem a dadogásra, hanem mondandójukra figyelünk.
- A *partnerség* azt jelenti, hogy a terapeuta nem vezető. A csoport tagjai vagyunk, részesei, nem felülről irányítunk.
- A *komplexitás*, a művészeti ágak összekapcsolódása nyújtja a művészeti élmény befogadását, az alkotás folyamatát, ezáltal az énerősítő személyiség belső struktúráját egészes mederbe tereli.
- Az *alkotó tevékenység* segít abban, hogy az agresszív, szorongó magatartás oldódjon, és alkotó tevékenységgé alakuljon át.

A csoport jelenleg 7 főből áll. Életkori megoszlást tekintve heterogén, mert, 6 és 9 év között van. Párhuzamosan a gyermekcsoporttal, szülőcsoport is működik, amelyet Báthory Boglárka pszichológus kolléganő vezet. Havonta egy alkalommal közös foglalkozást szervezünk, melyen a gyermekek, a szülők, a terapeuták és a pszichológus is részt vesznek. Nyitott csoportként működünk, folyamatosan csatlakoznak hozzánk. A csoport egyik oszlopos tagja Áron, aki 8;8 éves és nagyon sokszor segítőként van jelen a foglalkozásokon. Az ő esetét részletesebben mutatjuk be.

Anamnesztikus adatok

Áron tervezett terhességből, első gyermekként, spontán úton született. Anyatejes, nyugodt baba volt. Mozgás- és beszédfejlődése időben zajlott. Családi háttere rendezett, nyugodt. Dadogása bölcsődés korában jelentkezett először, de a szülő elmondása alapján nem köthető konkrét eseményhez. Testvére az első anamnézis felvételének idején született. Az anya szerint ez az esemény nem volt semmilyen negatív hatással Áron dadogására. Otthoni körülmények között végigvárják, ha Áron beszél, nem szólnak közbe, nem javítják ki. A gyermek diagnózisa tono-klónusos dadogás, beszédére az elnyújtott első hangok jellemzőek. A logopédus javaslatára négy évvel ezelőtt, heti egyszer kezdtek el járni komplex művészeti terápiára. Az évenkénti kontrollvizsgálatok szerint Áron dadogása nem szűnt meg, bár nyaranként sokat javult. A tanév közbeni stressz és fáradtság hatására gyakran felerősödik. A gyermek jelenleg Budapesten él, egy budai többségi általános iskola 2. osztályos tanulója. Továbbra is heti egy alkalommal komplex művészeti terápiában és szintén heti egy alkalommal egyéni pszichoterápiában részesül a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XXII. Kerületi Tagintézményében.

A vizsgálatok ismertetése

Félig strukturált interjúk:

- gyermekkel,
- mindkét szülővel,
- logopédussal, pszichológussal.

Az Eysenck-féle személyiségteszt, négy alskálája:

- extraverzió,
- neuroticizmus,
- pszichoticizmus,
- szociális konformitás.

Rajzvizsgálatok:

- ház-fa-ember,
- család- és állatcsaládrajz,
- kinetikus család- és állatcsaládrajz.

A vizsgálatok célja, a kiértékelés módszere

A vizsgálatok három irányból közelítették meg a gyermek személyiségének és dadogása okának jobb megismerését, megértését. Az interjúk felvétele a családon belüli kapcsolatok, viszonyok összegzését segítette elő, megmutatva a család felépítését, gondolkodásmódját, a szülők gyermekükről kialakított képét. A kapott válaszok az elemzések megközelítési módjai alapján a narratív analízis módszerével, strukturált kérdéscsoportok szerint kerültek elemzésre. A papír-ceruza tesztek közül a 86 kérdésből álló Eysenck-féle személyiségvizsgáló eljárás segítségével, a gyermek személyiségjellemzőit ismerhettük meg jobban. A kérdőív elemzése segíthet a problémás pontok azonosításában. A rajzvizsgálatok által kapott információk rávilágíthatnak, milyen kapcsolatban áll önmagával, családjával és a világgal. A projektív rajzvizsgálatokat a hétlépéses képelemzési módszer szemléleti keretén belül végezte az egyik szerző (SSCA, Seven Step Configuration Analysis, rendszerszemléletű konfigurációelemzés). A hétféle elemzési szemléleti pozíció az alábbi lépésekből tevődik össze: kontextuselemzés, folyamatelemzés, fenomenológiai elemzés, intuitív és egészes elemzés, itemanalízis és szemantikai elemzés. (Vass 2011a)

Interjúk elemzése

Az interjúk a gyermekkel és szüleivel a saját otthonukban, oldott hangulatban, egy ülésben készültek. A kérdések az alábbi öt csoportot ölelték fel:

1. Gyermekre vonatkozó kérdések
2. Környezetre, iskolára vonatkozó kérdések
3. Dadogásra vonatkozó kérdések
4. Terápiára vonatkozó kérdések
5. Jövőképre vonatkozó kérdések

Gyermekre vonatkozó kérdések

Az anyával és az apával külön-külön felvett interjúk válaszai egyöntetűen Áron jó tulajdonságait emelték ki. Mindkét szülő nagyon pozitívan jellemezte a gyermek személyiségét: odaadó, okos, bátor, vakmerő, nem önző, megvédi a gyengébbeket. Áron önmagáról kialakított képe korának megfelelően külső tulajdonságaira fókuszál. Fontosnak tartotta még megemlíteni húgát, Esztert, aki központi helyet foglal el a családban.

Környezetre, iskolára vonatkozó kérdések

A kérdések az iskolai környezetre, pedagógusokra és osztálytársakra irányultak, illetve az otthoni kapcsolatokat járták körül. Ha vannak konfliktusok, ezek milyen hatással vannak a gyermekre? A kérdéskör azt árulta el a családról, hogy nincsenek egy hullámhosszon azzal kapcsolatban, mi is történik Áronnal az iskolában. A gyermek minden napja küzdelem, elmondása szerint társai mindig csúfolják, és ha ez mégsem lenne így, ő akkor is valóságos kudarcként él meg egy rossz pillantást, egy lesajnáló felbólintást, egy kézlegyintést is. Az iskolában a nagyszájú osztálytársaival, akiket röviden „észlénnyeknek” nevezett, nem tud megbirkózni. Beszédgátlás lép fel nála, görcsbe rándul a gyomra felelet előtt, mert a tanítónak is szeretne megfelelni, de abban a közegben társai reakciójától is tart. A pedagógusok megítélése sem azonos hármuk között. Áron jellemzése szerint türelmetlenek vele, nem várják meg, amit mondani akar. A szülők álláspontja mást mutat, szerintük a pedagógusok elfogadják, maximálisan segítik a gyermeket. A kislány szerint húgának otthon több mindent szabad, szülei neki kedveznek, mert ő a kicsi. Az édesapa szerint, ha belemerülnek az otthoni játékba, fia egyáltalán nem dadog. Beszéde folyamatos, megakadások egyáltalán nem tapasztalhatók. A szülők egyetértettek abban, hogy legtöbbször Eszter irányítja a játékot, az apa szerint néha a sírásig kiborítja Áront. Mindkét szülő elismerte, hogy a kisebb testvér a domináns. Szerepjátékaikban tükröződik, hogy nem egyenrangúként barátokat, testvéreket vagy szülőpárost alkotnak, hanem Áron az apa, Eszter pedig alárendelt szerepben engedi, hogy testvére magasabb pozíciót kapjon.

Dadogásra vonatkozó kérdések

Hogyan látják, milyennek élik meg a dadogást a családban és az iskolában, Áron hogyan látja saját beszédhibáját? A gyermek elmondása szerint ő mindig dadogott, és ez nem fog elmúlni soha. Az anya és az apa a dadogás okaként a csecsemőkorában átélt stresszt nevezte meg. A gyermek 6 hónapos kora körül fehérjefeldolgozási zavart állapítottak meg nála, ami fekélyes vastagbélgyulladásal végződött. Ezért az anyatejtől el kellett választani, és egyik napról a másikra áttértek tápszerre. Ezt a betegségét négyéves korára kinőtte. Mindhárman egyetértettek abban, hogy nem zavarja őket maga a dadogás, és soha nem kerültek kellemetlen helyzetbe a gyermek dadogása miatt külső környezetben, például bevásárlásnál. Az

édesanya megemlítette, hogy őt nem a jelenlegi helyzet zavarja, hanem szülőként a jövőre gondolva, Áron későbbi élethelyzete miatt aggódik. Az anya szerint otthoni környezetben Áron kevésbé dadog, az apa szerint ez attól is függ, ki mennyire fáradt a családban. Elismerte, hogy ő hamarabb elveszíti a türelmét, mint felesége, „hisztis” lesz, ha fáradt, és ilyenkor könnyebben felemeli a hangját. Áron erre rosszabbul reagál, dadogása felerősödik.

Terápiára vonatkozó kérdések

Milyen hatással van a szülőkre és a gyermekre a terápia? A szülők elfogadták gyermekük dadogását, az anya szerint elérkezett az idő a befejezésre. Véleményük szerint a foglalkozások oldják a feszültséget, segítenek az önkifejezésben. Minden interjúalany egyöntetűen az alkotást nevezte meg kedvenc foglalatosságnak a komplex művészeti terápiák alkalmával. A szülők a pszichológus által tartott szülőcsoportos üléseket is hasznosnak tartják.

Jövőképre vonatkozó kérdések

Az apa szerint fiából „megoldó”, „nagy megfejtő” lesz. Zenész, akár színész. Közösségi, társasági ember. Véleménye szerint Áront nem fogja felnőttkorában zavarni a dadogása, mert: „*Annyira el tudja rejteni, hogy ha kell, hogy nagyon!*” Az anya úgy képzei, sok ember veszi majd körül. Áronnak konkrét elképzelése van, mi szeretne lenni felnőttkorában. Most pontosan három: kaszkadőr, feltaláló, tengerbiológus. Az anya úgy gondolja, már nem sokáig fognak járni a terápiára, idén talán abba is hagyják. Az apa szerint addig járnak, amíg Réka néni mondja. Egyikük sem gondolja, hogy bármiben is megváltozna a gyermek személyisége, ha hirtelen nem dadogna többet.

Interjú a logopédussal és a pszichológussal

A szakemberek is egyetértettek abban, hogy Áron nagyon érzékeny, empatikus, de egyben kreatív gyermek, aki figyel és óvja társait a terápiák alkalmával, akkor is, ha éppen kilép egy feladtból, és láthatóan nem vesz részt benne. Családjához nagyon kötődik, édesanyját és testvérét is nagyon szereti. Logopédusa elmondása szerint nagyon igényli a pozitív megerősítést, a közös beszélgetést, az érintést. Az édesapjával való kapcsolata talán kicsit labilis. Mindketten egyetértettek abban, hogy az iskola kötöttségeivel, szabályrendszerével, irányított és kötelező foglalkozásaival nem az a világ, amiben Áron ki tudna bontakozni. A terápiás foglalkozásokon kedvence egyértelműen az alkotás, ahol kiélheti kreativitását, elengedheti fantáziáját, mindenféle megkötöttség nélkül. A csoportos feladatokat itt sem szereti, önállóan dolgozik inkább. A szülőcsoportos foglalkozások hasznát a pszichológus abban látja, hogy anya és gyermeke ilyenkor egymásra hangolódhat, közösen alkothat, közös élményeket szerezhet. A dadogás okaként mindketten elsősorban érzékenységet említik, a pszichológus szerint a kreatív energiák visszafogása és az iskolai szabályok kötöttsége megjelenhet, akár a dadogás okaként is. Logopédusa szerint labilis érzelmi kapcsolata édesapjával, anyjához való túl erős kötődése is lehet a kiváltó ok. Színjátzó körbe is jár, szülei támogatják, felszabadult, pozitív érzést okoz neki. A felnőtt Áront mindketten kreatív, alkotó-szellemű munkakörben képzelik el, akár mint színházi rendező, díszlettervező vagy honlap-szerkesztő. Öröm volt hallgatni, hogy minden résztvevő mennyire pozitívan figyel, és várja mi lesz ebből a fiúból.

Eysenck-féle személyiségvizsgálat

A kérdőív junior változata a „papír-ceruza” tesztek csoportjába tartozik. A magyar verzió 86 eldöntendő, igen-nem válaszokat adó kérdésből áll, melyet 1981-ben adtak közre. A kérdőív négy személyiségdimenziót mér, 7–15 éves gyermekek körében alkalmazható. (Kozéki 1988)
A 3. ábra a személyiségrendszer négy alskáláját írja le.

3. ábra

Eysenck-féle személyiségvizsgáló kérdőív négy alskála

Extraverzió

- Extravertáltakra mér, ellenkező válasz esetén introvertált személyiséget jelez.

Neuroticizmus

- Szintén egyirányú skála. Problémaérzékeny tartalmakat használ, ha ezek nem jelennek meg a válaszokban, akkor stabil személyiségként könyvelhetjük el a vizsgált

Pszichoticizmus

- Magas pontérték hidegséget, problémás, meggondolatlan, kegyetlenkedő személy profilját

Szociális konformitás

- Társadalmi viszonyokhoz való alkalmazkodást mutathatja. Kifejezi a mássággal kapcsolatos toleranciafokot. Alacsony pontszám esetén jellemző lehet a személyre az alkalmazkodásképtelenség, a szabályok be nem tartása.

A 4. ábra Áron eredményeit mutatja, melyek alátámasztják azokat a személyes, szubjektív benyomásokat, amelyek a rajzvizsgálatok és az interjú során is megfigyelhetők voltak. Áron kedves, barátságos, de zárkózott, halk beszédű, kissé introvertált fiú, aki alkalmazkodni akar a környezetéhez, ezért a szabályokat és a társas normákat mindenképp betartja.

4. ábra

Eysenck-féle személyiségvizsgáló kérdőív

Extraverzió	• 10 (0-12-22) átlag alatti
Szociális konformitás	• 21 (0-12-23) átlag fölötti
Neuroticizmus	• 9 (0-11-24) átlagos
Pszichoticizmus	• 5 (0-8-17) átlagos

Rajzvizsgálatok

Az alábbiakban részletesebben az Áron által készített emberrajzot, a hagyományos és a szimbolikus családrajzokat mutatjuk be.

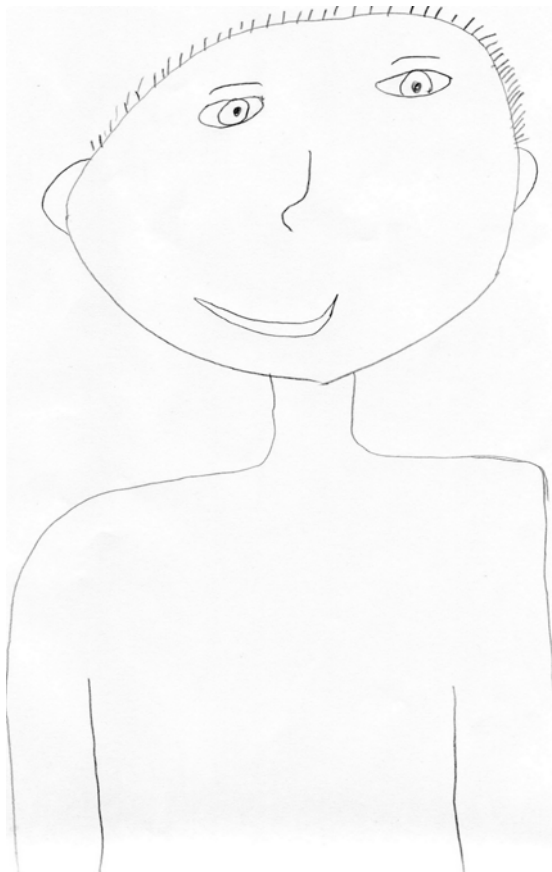
A házrajz, farajz, emberrajz a három legismertebb klasszikusan vizsgált rajzterület. Ez a három motívum található meg leggyakrabban a spontán alkotásokban, gyermekrajzokban és szabadrajzokban. Mivel ezek a motívumok mindenki számára ismertek, ezért a teszhelyzet

sem okoz problémát a rajzolónak. Az emberrajz megjelenítheti a pillanatnyi énképet, lehet önarckép. Az aktuális személyt pszichoszociális szinten ábrázolhatja. A farajz szimbolikája összetett, mint az ember: növekszik, fejlődik, meghal. A rajzoló kevésbé tudatos eredetű érzéseit mutathatja meg, ellentétben az emberrajzzal. A házrajz az anyával, családdal kapcsolatos viszonyt, a biztonság érzését jelezheti. (Vass 2011b)

Emberrajz

Áron az emberrajzot (5. ábra) készítette el először, mindössze 2,5 perc alatt. A rajzon az arc kerek, a szem nyitott, enyhén ívelt a szemöldök, a száj kissé nyitva van, de a fogak nem látszanak. Arányos a nyak és a vállak, testhez simuló a kar, de ezek csak könyékig láthatók. Ruházatot nem ábrázolt a figuránál. A rajz a papír nagy részét kitölti, a lapot szinte teljesen kihasználta. Tényszerűen elmondható, hogy az embermotívum, arányait tekintve az álló lapon középen helyezkedik el, ami jó térkihasználtságot mutat. Intuitív elemzés szerint a rajz békés, kellemes, nyugodt, valóság-hű, szegényes. Az ábrázolás Áron életkorának megfelelő, bár összességében elnagyolt és a fejre koncentrált. Elmondása szerint önmagát rajzolta le, azért ilyen rövid a haja, mert most volt fodrásznál.

5. ábra



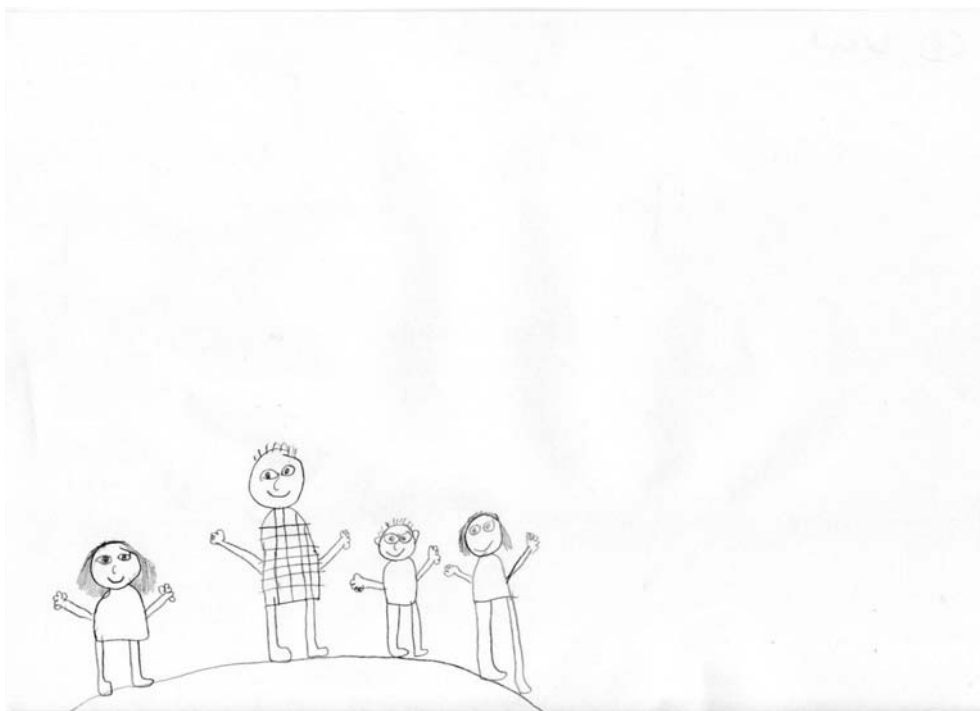
Családrajz

A gyermeki megismerés egyik legfontosabb rajzelemzési eszköze a családrajz. Számos változata ismert, de összességében három altípusra oszthatók: a saját család rajzára, egy másik család rajzára és a megváltoztatott család rajzára.

Rajzolási sorrend: Eszter, apa, anya, Áron. A rajz térbeli elhelyezése kisméretű, csupán a lap negyed részét használja ki, jelezve, hogy a rajzoló kicsinek, bizonytalannak érzi magát. A globálisan pozitív családrajzon járulékos részletek egyáltalán nem jelennek meg. Az alakok mosolyognak, egy sorban, kartávolságra helyezkednek el egymástól, kidolgozottságuk azonos színvonalú. Bár a karok inkább a testből indulnak ki, mint a vállból, ez betudható a gyermek életkorából adódó rajzfejllettségnek. A rajzon mindenkinek megvan a saját helye. Az alakok méretezése egymáshoz képest arányos, a vonalvezetés határozott, folytonos. A rajzolási sorrendet figyelembe véve, az ábrázolás nem követi az életkori sorrendet. Az ettől eltérő sorrend az elsőként megjelenített személy fontosságát jelzi. (Vass 2011b)

Áron saját magát harmadikként ábrázolta, így maga elé helyezte a testvérét és édesapját is, de mivel önmagát leginkább az anyával rajzolta hasonlónak, így az összképet tekintve inkább ővele azonosul. A képen egyértelműen az apa a domináns alak. Áron a biztonságos helyet választotta magának szülei között, a testvére kissé távolabb helyezkedik el, de mivel ő volt az elsőként ábrázolt személy, így ő is fontos szerepet játszik a család hierarchiájában. (6. ábra)

6. ábra



Állatcsaládrajz

Rajzolási sorrend: Eszter – cica, anya – maci, Áron – zsiráf, apa – hal. Az apa a rajzon enkapszulálva jelenik meg, a többiektől eltérő irányba néz. Áron egy határozott vonallal elzárta a család többi tagjától, ez jelezheti a személy kizárásának vágyát. A kapcsolatfelvételt vagy bármiféle kommunikációt mindenképpen akadályozza. Az apa ábrázolása a többiekhez képest kicsi, mozgásképtelen, életmódja gyökeresen eltér a többiekétől. A testvérét ismét előtérbe helyezve, elsőként ábrázolta, ez szintén jelzi, mennyire fontos, első pozíciót foglal el Eszter a családban – Áron szerint. Az anya, gyermekien maciként, nem ragadozó medveként lett ábrázolva, aki enyhén a kistestvér felé fordul, mosolyog. Áron zsiráfképe vertikálisan

magasan a többiek fölött helyezkedik el. Mintegy átnéz fölöttük, nem kapcsolódik senkihez, elfordul anyjától és húgától. Magabiztos, vastag lábakon áll, de magányosan, egyedül néz el a többiek feje fölött. A rajz feltűnő különbsége az előzőhöz képest, hogy most Áron a domináns alak, ellentétben az apával, aki itt a legkiszolgáltatottabb. (7. ábra)

7. ábra

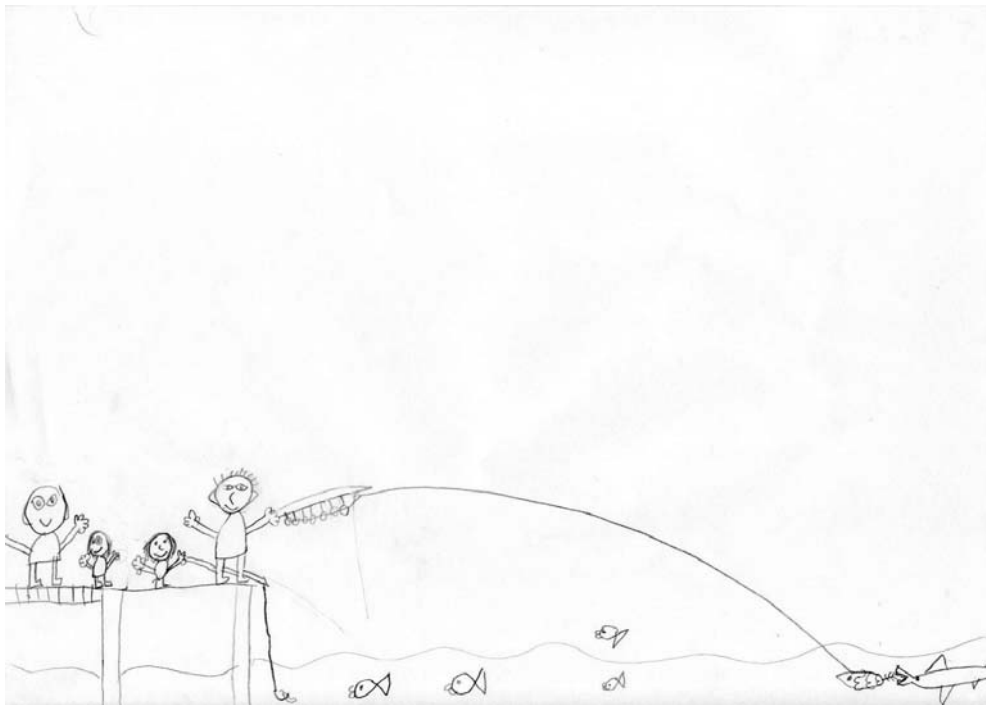


Kinetikus családrajz

Burns és Kaufman 1970-ben vezetett be egy apró instrukcióbeli eltérést a családrajz meghatározásába, megkérve a gyerekeket, hogy családjukat cselekvés közben rajzolják le. Ames (1972) véleménye szerint a változtatás nagyon eredményes volt, mert így sokkal többet megtudtak a vizsgált személyről. A kinetikus családrajzban a gyermek kifejezésre juttathatja, hogyan érzi magát a környezetében, hova helyezi önmagát a családon belül, hogyan kapcsolódik a többi családtaghoz és a külvilághoz. (Vass 2011c)

Rajzolási sorrend: apa, Eszter, anya, Áron. Ruházat most sem szerepel egyik alakon sem, a karok itt is mindenkinél felfelé nyúlnak, ugyanúgy, mint a családrajznál, megkapaszkodást jelezve. A családtagok nem érintkeznek a képen, de szorosan egymás mellett állnak, az apa a stég legszélén. Áron elmondása szerint a képen apa éppen halat fog, a többiek pedig mind örülnek neki. A helyzet fontosságát jelzi, hogy most az apát rajzolta le elsőként. Húgának egy horgászbót is rajzolt, csalival a végén, ők ketten azonos tevékenységet végeznek. A horgászbót az apa lába mögött van elvezetve, nincs megtörve az alak ábrázolása. A lábfejek egy irányba mutatnak és a halak is mind a család felé úsznak. A megrajzolt stégen mindenki stabilan áll, Áron alatt jobban meg van erősítve a terület. A rajz globális jellemzői: vidám, oldott, aprólékos, rendezett. (8. ábra)

8. ábra

*Kinetikus állatcsaládrajz*

A kinetikus állatcsaládrajz Jones (1985) nevéhez fűződik, aki úgy vélekedett, hogy az állatok a tudattalan impulzusok szimbólumai, és visszavetítik a gyermek valódi érzéseit. Kevésbé aktivizálja az elhárítómechanizmusokat, mivel a kinetikus állatcsalád rajza indirektebb, tárgyilagosabb téma a kinetikus családrajznál. Ennél a rajznál az ábrázolási színvonal gyengébb lehet a mozgásábrázolás nehezítettsége miatt, kifejezetten gyerekeknél, ezért az értékelésnél megengedőbbnek kell lenni. (Vass 2011c) A *macska* mint háziállat megjelenése a konvencionális alkalmazkodást jelzi. A látens tartalom szerint nem kiscicáról van szó, hanem egy ragadozó, nagyfogú állatról, ami agressziót jelez. Az *egér* mint a ragadozó tápláléka gyakori a félénk, bátortalan emberek rajzaiban. (Vass 2011b)

Rajzolási sorrend: középső egér anya, bal oldali egér Eszter, macska apa, jobb oldali egér Áron. Az utolsó rajznál Áron kissé elgondolkodott, rágta a ceruzát, majd közölte: "Egereket rajzolok, akik menekülnek a macska elől. Apa a macska." Az egerek feje felülről ábrázolódik, mindkét szemük látszik, lábuk azonban profilrajzra utal, és csak firkavonallal van ábrázolva. A macska profilból jelenik meg, támadóan vicsorog, látszanak a fogai. A szeme sem kerek hangsúlyos, hanem beszűkült, lapos. Füleit támadólag hátra szegezi. A térbeli elhelyezés kisméretű, az egerek és a macska méretezése azonban arányos egymással. (9. ábra)

9. ábra



A rajzok összegzése

Vass Zoltán (2006) szerint minél egyedibb és személyesebb egy rajz, annál több kommunikációs üzenetet hordoz, mivel az üzenet közlője a rajzoló, a rajz maga az üzenet, a tesztvezető pedig az üzenet fogadója. Ennek a gondolatmenetnek az alapján Áron rajzaiban egy sejthető, de nem igazán látható oldalt mutatta meg. A szakirodalmi ismeretek és az értékelő szubjektív véleménye alapján a rajzok beszédeseek, összevetve az interjúban elhangzottakkal, gyakran eltérő információt hordoznak.

Áron aktuális állapota a teszthelyzetben felszabadult, nyugodt volt. Rajzai tiszták, érthetőek, kifejezőek. Ceruzafogása szabályos, vonalvezetése biztos, vonalhibák, tremor nem fedezhető fel. A tér kihasználtságát tekintve minden esetben a lap alját használta, mely biztonság iránti igényt fejez ki. Jellemző a lap bal alsó negyedének preferenciája. Ember- és állatrajzai minden esetben kisméretűek, de nem nevezhetők mikropsziás ábrázolásnak. A kis méret a szakirodalomban szorongásra, önértékelési problémákra utaló jel, Áron rajzainál ez halmozottan tapasztalható. Az összes képen felfedezhető a felfelé megrajzolt kar, ami megkapaszkodási vágyat feltételez. Bár a képeken minden arc mosolygós, az emberalakok égneke emelt kezei ezzel szemben ambivalenciát mutatnak.

A rajzok összességét nézve, az apa dominanciája figyelhető meg. Áronnak a családon belül nemcsak édesapja tőle teljesen eltérő habitusával, hanem a testvérféltékenységgel is meg kell küzdenie. Testvérét szinte már önfeláldozóan szereti, közelségét keresi, egyszer sem tett rá semmilyen negatív megjegyzést, de a családban mégsem alakult ki a születés szerint megfelelő hierarchia. Áron kötődése édesanyjához nagyon szoros, kettőjük kapcsolata kiegyensúlyozott. A gyermek rajzain az anya következetesen, tudattalanul is közvetlenül Áron mellett található. Legbeszédesebb a kinetikus állatcsaládrajz. Itt már-már mikroszkopikus méretűek az egerek, bár ez az állat eredetileg kis méretéből is fakadhat. Áron a magabiztos zsiráf után itt már mint apró egér jelenik meg. Az anya és a gyerekek

egyformák, azonosulnak, céljuk közös. Szoros köteléket alkotva, egy irányba, egy cél felé menekülnek, elfordulva a macskától. Áron utoljára önmagát rajzolta meg itt is, szintén az apától legtávolabb, az anya mellé. Így viszont vezetőként jelenik meg, ő mutatja a menekülő utat a másik két egérnek. Az apa macskaként való ábrázolása önmagában nem keltene félelmet senkiben, de itt a macska egy ragadozó, veszélyes figura, aki a védteleneket üldözi.

Összességében, rajzai alapján Áron családban betöltött szerepe, helye bizonytalan. Testvérét minduntalan önmaga elé helyezi, és ezt a helyzetet el is fogadja. Eszter személyisége erősebb az övéénél, amit nem tud a megfelelő helyen kezelni. Az anya biztonságot, nyugalmat jelent a gyermek számára, de a kettőjük közötti szoros kapocs mégsem oldja fel azt az ellentétet, ami apa és fia között feszül. Bár meggyőződésünk, hogy az apa őszintén és mélyen szereti a fiát, ezt mégsem a megfelelő módon adja tudtára. Az apa habitusa, személyisége sokkal erősebb és dominánsabb, mint amit Áron kezelni tud. Apa és fia sok mindenben különböznek, és bár ő meg akar felelni, mégsem tud, mert személyiségükben jelentős eltérések találhatók.

Megoldások?

Természetesen, ahogy sem gyógyszer, sem varázsigé, sem parancsszó nem szünteti meg a dadogást, úgy tökéletesen alkalmazható megoldás sem létezik Áron beszédhibájára. A kapott vizsgálati eredmények több nézőpontból is szubjektíven értékelik a gyermeket, mégis rengeteg információt rejtenek magukban. Talán a legfontosabb konklúzió, hogy mennyire fontos szerepet tölt be életünkben a személyiségünk mások általi megítélése. A rólunk kialakított külső kép alapján ítél meg minket a külvilág, és ha olyat lát, amit nem ismer, rögtön hárít, elutasít, ezáltal önmagunkról is hibás képet alkothatunk. Az önbizalmat minden emberben erősíteni kell. Lelkünknek szüksége van a pozitív visszajelzésekre, ezekből merítünk erőt a további folytatáshoz. Mi, felnőttek segítjük, építjük és ugyanígy egy rossz szóval, egy vállrándítással akár a porba is dönthetjük egy gyermek önbecsülését. Áron esetében is hasonló a kép. A komplex művészeti terápia lezárása – amivel a szülők is egyetértenek – már időszerű. A heti egyszeri pszichoterápia folytatása viszont szükséges a folyamatosság fenntartásához. Áron kreativitásának fejlesztése, önkifejezésének segítése mindenképpen tovább erősíti személyiségét. Hasznos lenne az iskola keretein belül érzékenyítő programot szervezni, ahol az érzékenyítettek, jelen esetben Áron gúnyolódó osztálytársai saját élményen keresztül tapasztalnák meg a dadogással járó, számukra ismeretlen szorongást, beszédgátlást kiváltó helyzetet. Áronnak – aki a külső szemlélőnek csak egy dadogó fiú – egy jó szó szárnyakat ad, a magasba repíti és remélhetőleg egész élete folyamán fenn is tartja, hadd szárnyaljon, nyíljon ki, találja meg örömét az életben. Őszintén reméljük, megtalálja ezt az utat élete folyamán.

Összegzés

Az esettanulmány is bizonyítja a multikauzális elméletet, hogy fontos a dadogó kliens egész személyiségét figyelembe venni, minden olyan tényezőre figyelni, ami befolyásolhatja a dadogását, mert akkor tudjuk megfelelően kialakítani és befolyásolni a terápiás folyamatot.

Irodalom

- BALÁS E. (1990): *A dadogás komplex művészeti terápiás programja*. Budapest, Országos Pedagógiai Intézet.
- HÁRDI I. (1983): *A dinamikus rajzvizsgálat*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- KÁLMÁNCHEY M.–KOZÉKI B. (1988): Az Eysenck-féle személyiség-kérdőív gyermek változatának hazai adaptációja (HJEPQ). In *Pszichodiagnosztikai Vademecum I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünet-becslő skálák, kérdőívek*. 2., Tankönyvkiadó, Budapest.
- KOKAS K. (1992): *A zene felemeli a kezeimet*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- LAJOS P. (2003): *Dadogásról – mindenkinek*. Pont Kiadó, Budapest.
- SCHMIDTNE B. E. (2004): *Képeskönyv a dadogásról és más dolgokról*. Közhasznú Alapítvány a Dadogókért, Budaörs.
- [STEINAR K.](#) (2005): *Az interjú*. Jászöveg Műhely Kiadó.
- SZIZIK E. (2005): A JEPQ személyiség-kérdőív ismertetése. In *Iskolapszichológia 3.*, ELTE PPK, Budapest.
- SZŐNYI M. (1988): J. Royer Metamorfózisok c. tesztjének alkalmazása. In Mérei F.–Szakács F. (szerk.) *Pszichodiagnosztikai Vademecum II. 3.*, Tankönyvkiadó, Budapest.
- VASS Z. (2006): *A rajzvizsgálat pszichodiagnosztikai alapjai. Projekció, kifejezés, mintázatok*. Flaccus Kiadó, Budapest.
- VASS Z. (2011a): *A hétlépéses képelemzési módszer (SSCA)*. Flaccus Kiadó, Budapest.
- VASS Z. (2011b): *A képi kifejezés pszichológia alapkérdései – szemlélet és módszer*. L'Harmattan, Budapest.
- VASS Z. (2011c): A kinetikus családrajz (Kinetic Family Drawing) alkalmazása a pszichodiagnosztikában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56.

A magyar helyesírás szabályai

Tizenkettedik kiadás. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2015. 611 old.

1832-ben jelent meg az első helyesírási szabályzat *Magyar helyesírás' és szóragasztás' főbb szabályai* címmel, *A' Magyar Tudós Társaság' különös használatára* alcímmel mindössze 32 oldalon, tizennégy pontban foglalva össze a legfontosabb tudnivalókat.

Az elmúlt több mint 180 évben jelentős mértékben megváltozott írásgyakorlatunk, egyre többen írnak, egyre nagyobb a helyesen megformált szövegek iránti igény, s mind többen vannak, akik kritikus szemmel olvassák a legkülönbözőbb írásműveket.

Az MTA az előző kiadás (1984) óta felmerült elvárásoknak megfelelő, új kiadású szabályzatot hozott létre. „A szabályzat azonban nem lehet örök, nem maradhat változatlan, hiszen folyton változik maga a nyelv és részben a nyelvről való felfogásunk is. Időről időre (húsz-harminc évenként) szükség van a szabályzat módosítására, a nyelv változásaihoz való hozzáigazításra” – olvashatjuk az indoklást az előszóban.

A szabályzat szerkezetének főbb elemei lényegében nem változtak az előző kiadáshoz képest: előszó, szabályzat, szótár és tárgymutató alkotja legnagyobb részét. Új elem, hogy külön fejezet foglalkozik a szabályzat használatával, a kötet végén megismerhetjük a szabályzati rész változásait, szó esik a példaanyag és a szótár megújulásáról, továbbá találunk egy jegyzéket is a megváltozott helyesírású szavakról (595–608. old.).

A szabályok döntő többsége változatlan, néhány részlet azonban új. Mindenekelőtt kijavították a korábbi kiadás nyilvánvaló hibáit (sajnos ilyenek minden kiadványban vannak; a szerkesztők kérik is a használókat, hogy az új kiadásban talált hibákra hívják fel figyelmüket). Pontosították a szövegeket. Az előző kiadás példáit kibővítették. Például: az új szabályzat 23. pontjában az *ú, ű* végű egy szótagú főnevekre 57 példa van (a 11. kiadásban 18 volt). Didaktikai szempontból átszerkesztettek egyes részeket. Kivettek a szabályozás alól néhány korábban szabályozott témát. Például: kimaradt a postai címezésekkel foglalkozó rész, mivel azt a posta írja elő. Szabálypontokat enyhítettek, írásmódokat választhatóvá tettek. Ez utóbbira példa: az ingadozó kiejtésű *h* végű főnevek *-val, -vel* ragos alakjait kétféleképpen is írhatjuk, egyaránt helyes a *dűhhel, düvel* írásmód (82.e pont). Bővítettek és kiegészítettek szabálypontokat, újakat vettek fel. Ilyen újdonság a kettőnél több szóból álló (többszörös) összetételek írásában az *i* képző megváltozott szerepe, amelyet most már nem kell a szótagszámlásába beszámítani (más képzőket viszont igen): *munkaerőpiac* (hat szótag) + *i* képző, a 11. kiadás szerint *munkaerő-piaci*, az új szabály szerint *munkaerőpiaci* a helyes írásmód. Kevés szabály- és szabálypontváltozás is történt. Egy példát említve, korábban csak a családnemekre volt érvényes, hogy a hosszú mássalhangzóra végződőkhöz az azonos betűvel kezdődő toldalékot kötőjellel kapcsoljuk (*Kiss-sel*). Az új szabályzat másként fogalmaz: „A toldalékolás következtében egymás mellé kerülő három azonos mássalhangzót jelölő betűt kettőzöttre egyszerűsítjük ... A szabály nem érvényesíthető a tulajdonnevekre.” (93. pont) Vagyis *Széll-*



lel, Mariann-nal, Tallinn-nal, Blikk-kel a helyes írásmód. Szintén változás, hogy a *-fajta, -féle, -nemű, -rét, -rétű, -szerű* szavakat utótagnak, összetételi tagnak tekintjük, és ezeket a közszókkal egybeírjuk. „Ebből következik, hogy ha a *-szerű* utótag sz végű szóhoz járul, nem egyszerűsítjük a kétjegyű betűt”: *ésszerű, gipszszerű, kovácszerű*.

A példaanyag és a szótár is megújult. Új szavakat vettek fel, elavultakat hagytak ki, határon túli szavak kerültek bele. Figyelembe vették, hogy bizonyos szavak kiejtése megváltozott az előző kiadás óta (korábban *árboc* > ma *árbóc*, *bura* > *búra*, *immunis* > *immunis* stb.), hogy a jelentésváltozás egybeírást indokol (*nagyra törő* > *nagyratörő*, *tenyérbe mászó* > *tenyérbemászó* stb.), hogy a szaknyelv másként írja a szót (*első fokú ítélet* > *elsőfokú ítélet*, *vegyes úszás* > *vegyesúszás* stb.), hogy az írásmód nem felel meg a korábban rögzített szabályoknak (*élethalálharc* > *élet-halál harc*, *örökkön-örökké* > *örökkön örökké* stb.).

A kötet végén jegyzékben találjuk a megváltozott helyesírású szavakat, egymás mellé téve a 11. és 12. kiadás szavait. Néhány példa az új, helyes írásmódra: *céh, céhvel* v. *céhhel*; *dzsessz* v. *jazz*; *e-mail* v. *ímél*, *e-mail-cím* v. *ímélcím*; *görögkatolikus*; *intellektuel* v. *entellektüel*; *keménytojás* (=főtt); *május elseje* v. *1. v. 1-je*, *május elseji* v. *elsejei* v. *1-i* v. *1-ji* v. *1-jei*, *május elsején* v. *1-én* v. *1-jén*; *standard* v. *sztenderd*; *státus* v. *státusz*; *tajszám*; *zárt körű*.

Lehetetlen egy rövid ismertetésben felsorolni az új helyesírási szabályzat minden változását. Ezek megismerését és alkalmazását az olvasónak kell elvégeznie. Különösen fontos, hogy a logopédusok, akik a helyesírás zavarai (a dizortográfiával) is foglalkoznak, elmélyüljenek tanulmányozásában, és írásuk megfeleljen a szabályzatban megfogalmazott normának (követelménynek, standardnak), annak ellenére, hogy tudjuk, a helyesírási szabályzat be nem tartása nem von maga után szankciót (büntetést), hiszen az Országgyűlés nem foglalta törvénybe. Az igényesség követelménye azonban arra int minket, hogy körültekintően járjunk el – elsősorban a másoknak szánt – írásunk megfogalmazásakor és kezünkben kiadásakor.

Számos tanulmány foglalkozik az új helyesírási szabályzattal. Aki részletesebben is meg kívánja ismerni a változásokat, annak elsősorban a szabályzat tanulmányozását ajánlom, de érdemes elolvasni a szakfolyóiratokban megjelent tanulmányokat is, például ezeket:

Veszelszki Ágnes: http://www.c3.hu/~magyarnyelv/16-1/VeszelszkiA_MNy_16-1.pdf

Keszler Borbála: <http://nyelvor.c3.hu/period/1393/139301.pdf>

Lőrök József

Kas Bence (szerk.): „Szavad ne feledd!”

Tanulmányok Bánréti Zoltán tiszteletére

MTA Nyelvtudományi Intézet, Budapest, 2016, 381 old.

Mindig öröm az olyan műveket tartalmazó kötetek olvasása, melyek szerzői, ha vizsgálódási körük tekintetében nem is egyeznek minden esetben, de motivációjuk mégis egy töről fakad, amely jelen esetben egy olyan személy köszöntése, aki szakmai és emberi oldalról meghatározó volt az alkotók életében. A kötet Bánréti Zoltán tanár úr tiszteletére készült volt tanítványai, kollégái tollából, akik 70. születésnapját választották a megfelelő alkalomnak, hogy eddigi támogatásáért, szakmai, tudományos pályájukban való közreműködéséért köszönetet mondjanak. Ez alkalomból mi is kívánunk további erőt, ihletet és szeretetet a tudomány szolgálatához, egészséget és jó kedvet a mindennapokhoz, illetve gratulálunk az eddigi mintaként követendő munkásságához. Azt gondolom, hogy a 48 főt számláló szerzői gárda egységes szándéka a köszönetnyilvánításra mindenképp olyan meghatározó munkásságról és példamutató személyiségről tanúskodik, aki maradandó hatást gyakorolt a gratulálók és gyakorol a kötet olvasói életére.

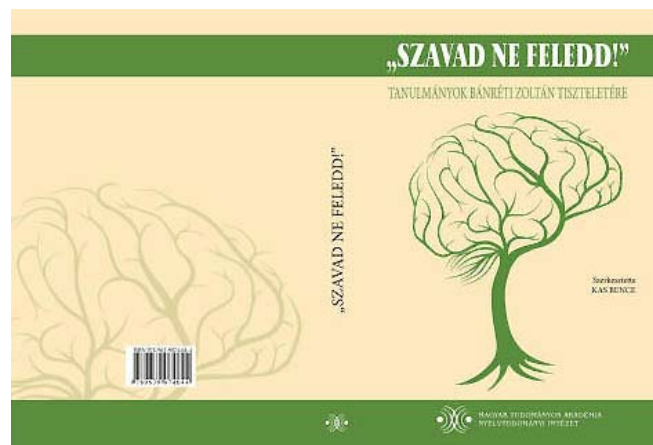
A kötetet Bánréti tanár úr volt tanítványa, munkatársa, Kas Bence szerkesztette, aki a köszöntőben bemutatja a szerzők szakmai hátterét és kapcsolatát az ünnepelttel, illetve felvázolja a tanulmányok tudományterületi elhelyezkedését.

A szerzők összesen 31 tanulmányt készítettek, melyek az általuk művelt nyelvtudományi területen végzett kutatásukat tartalmazzák. Olvashatunk klasszikus elméleti nyelvészeti, többnyire teoretikus problémafelvetéseket, elméleti problémák empirikus kutatási módszerekkel történő vizsgálatait, valamint olyan nyelvészeti megközelítésű kutatásokat, melyek közvetlen hatása a klinikai rehabilitációban, gyakorlati területeken mutatkozhatnak meg (lásd pl.: az idegenakcentus-szindróma egyes aspektusainak bemutatását).

A kötet a nyelvtudomány különböző területein dolgozó kutatók munkáit mutatja be igényes és mind a nyelvészet, mind a nyelvtudomány határterületein (logopédia, neveléstudományok, pedagógia, pszichológia) dolgozó klinikusok, kutatók és gyakorlati szakemberek számára érthető nyelven megfogalmazva.

Figyelembe véve, hogy folyóiratunk a logopédusok célközönségét kívánja elérni, a továbbiakban a logopédiaileg releváns, logopédusok számára fontos információkat tartalmazó kutatásokat mutatom be, majd összegzem a kötet tartalmát, illetve az olvasónak szánt üzenetét.

A tanulmányok Raácz Judit munkájával (*Zoltán; 11–17. old.*) kezdik meg sorukat, amely az ünnepelt keresztnévének eredetével, jelentésével, kialakulásának történetével foglalkozik. Megtudhatjuk, hogy nagy valószínűséggel török eredetre vezethető vissza, a pontos körülményeket azonban homály fedi. Az összefoglalás kitér a Zoltán név magyar törté-



nelemben való felbukkanására, elsőként Zolta herceg (907–947) nevének említésében, illetve a név használatára, statisztikai előfordulására.

A számunkra izgalmas tanulmányok sorát mai, kurrens téma feldolgozása tartalmazza, amely a kétnyelvűség kérdésköréhez tartozik (*Kétnyelvűek a kétnyelvűségről*, 39–51. old.). A kétnyelvűséggel kapcsolatos kutatások egyre fontosabb területét képezik a neurolingvisztika tudományának. Fontos felismerni, hogy az egy szempontú megközelítések helyett multidiszciplináris kutatások szolgáltatják a jelenség háttérében meghúzódó folyamatok megfelelő értelmezésének kulcsát. Emellett érdemes kitágítani a kutakodás perspektíváját és beépíteni a tudományos definíciókba az érintettek önmagukra vonatkoztatott percepcióit is. Ennek tükrében új irányt mutathat többek között a nyelvi és neurokognitív folyamatok interakciójának tanulmányozása vagy a kétnyelvűség reflexív vonatkozásainak szociolingvisztikai elemzése. Borbély Anna, tanulmányában érdekes kontrasztba helyezi a nyelvészek és a kétnyelvűek véleményét a kétnyelvűségről. Mi a kétnyelvűség a két populáció szerint? Míg a nyelvészek által kialakított definíciók leginkább a nyelvek tudásának fokára és/vagy funkciójára összpontosítanak, amely azokra a személyekre igaz, akik a napi tevékenységeikhez mindkét nyelvet használják, addig maguk a kétnyelvűek szinte kizárólag a nyelvtudás fokát tekintik mérvadónak és döntőnek a kétnyelvűség meghatározásában. A kutatás tapasztalatai kritikusan fontosak a magyarországi kisebbségek/nemzetiségek saját nyelvének megőrzését illetően. Az eredmények arra utalnak, hogy a kétnyelvűek a rájuk általánosan jellemző témában tájékozatlanok, saját nyelvi helyzetükről kialakult véleményük nem az iskolában tanultakra, hanem saját tapasztalataikra épül. A jelenleg kialakult nézeteiket abba az irányba lenne szükséges terelni akár az oktatás színterén is, hogy a kétnyelvűségnek nem feltétele a két vagy több nyelv egyforma, anyanyelvi szintű tudása, sokkal inkább a nyelvek funkcionális jelenléte a hétköznapi kommunikációban. Ezzel a felfogással megőrizhetővé válna a nemzetiségi/kisebbségi csoportok karaktere, melynek egyik legfontosabb kohéziós ereje a nyelvhasználatban rejlik.

Az idegen nyelvek diskurzusszintű, szakmai vagy hétköznapi társalgási módokban helytálló ismerete manapság az alacsonyabb szakképesítésekhez kötött munkaerő-piaci szférában is előny, avagy feltétel az elhelyezkedéshez. Hazánkban preferált az angol nyelv tanulása, többnyire azért, mert több kommunikációs fórum – az akadémiai nyelv vagy az üzleti nyelv – alkalmazza két eltérő anyanyelvű kommunikációs partner találkozása esetén. Így különösen nagy felelősség hárul az angol megfelelő használatát illetően a közoktatásban megjelenő angolnyelv-tanításhoz alkalmazott tanmenetekre. Siptár Péter tanulmánya felhívja a figyelmet bizonyos hiányokra az oktatásban az angol nyelv tanításának menetét illetően (*Vélekedések az angol helyesírásról*; 73–80. old.). Indításként az angol helyesírás jellemzésével kezd, illetve felveti annak képtelenségét, hogy mindent úgy írjunk, ahogy ejtünk, tehát a tökéletes agglutináló nyelvek létezésének hiányát és szükségtelenségét. A beszélt és írott nyelvi norma közti transzferhez feltétlenül szükség van egy struktúrára, amely meghatározott szabályokat tartalmaz, és amelynek ismeretével képesek vagyunk a kommunikációs szándékhoz leginkább illeszkedő kifejezésformát erőfeszítés nélkül alkalmazni. Az angolul tanuló magyaroknak fontos és szükséges lenne a hang-betű, betű-hang megfeleltetési szabályok tágabb, részletesebb ismerete ahhoz, hogy ne fordulhassanak elő az oly gyakori hibás kiejtési módok, illetve a kiejtési bizonytalanságból eredő szorongás, averzió az angol nyelv használatával kapcsolatban.

Nem csupán a nyelvtechnológiai háttérrel rendelkező kutatók számára jelenthetnek hasznos forrást a különböző szövegfeldolgozó eszközök, hanem minden olyan szakember számára, akik kutatásuk alkalmával szövegkorpuszokon dolgoznak. Ehhez kapcsolódóan a

szövegfeldolgozó rendszerek klinikai relevanciája sem elhanyagolható, hiszen a klinikai logopédiai gyakorlatban számos alkalommal kerül regisztrálásra a különböző nyelvi vagy beszédzavart mutató páciensek spontán beszéde, melynek elemzéséhez hasznos segítséget jelenthet egy olyan szoftver alkalmazása, amely grammatikai szabályrendszereket, lexikai, szintaktikai, morfológiai információkat tartalmaz. A *NooJ* szövegfeldolgozó eszköz – Pajzs Júlia bemutatásában (*Egy „nyelvészbarát” szövegfeldolgozó eszköz: A NooJ; 93–101. old.*) – elsősorban nyelvészek számára készült szoftver, amely alkalmas nyelvfeldolgozási feladatok elvégzésére. A feldolgozandó szövegkorpusz analízisét általunk definiált szintaktikai vagy akár szemantikai szerkezetek mentén végezhetjük el. Mivel a narratív szövegekből gyakorisági listát és konkordanciát készít, a megfelelő szótárak illesztésével akár szöveg-szavak, illetve a hozzájuk tartozó toldalékok azonosítására is képes. A spontán beszéd elemzése könnyebbé válhat a szoftver alkalmazásával, hiszen gyorsabbá teszi az egyes nyelvi komponensek kigyűjtését, statisztikai feldolgozását (pl.: Milyen lexikai-grammatikai kategóriák fordulnak elő egy afáziás beteg spontán beszédében? Stb.).

A kötetben megjelenő klinikai vonatkozású tanulmányok listáját Andor József kezdi meg a kulcsszói státusz megjelenésének/hiányának elemzésével a skizofrén betegek kommunikációjában (*A kulcsszói státusz kérdése a skizofrén diskurzusban, 103–116. old.*). A szövegkohérenca, szövegkohézió, kulcsszói státus fogalmainak bevezetése a szövegrepresentáció produkciós és befogadói szinten való megjelenésük szempontjából történik, majd a szerző részletezi a skizofrén személyek beszédtevékenységének jelentőségét a diagnózis szempontjából. Hiányként fogalmazódik meg a hazai orvosi diagnosztikai eljárásokban és a kezelésben a skizofréngyanús páciensek spontán beszédének nyelvészeti szempontú elemzése annak ellenére, hogy a beszédtevékenység zavara a skizofrénia betegségének egyik legmeghatározóbb tünete lehet. A nyelvészetileg szakképzett hozzáértő képes a skizofrén diskurzus minőségi elemzésére, amelynek következtében fontos információ kapható a zavar nyelvi reprezentációban való megjelenésének helyére, módjára vonatkozóan. Szövegminták elemzése mentén a szerző bemutatja, hogy a szöveget tematikailag szervező kulcsszavak hiánya okozza az inkoherens szövegrepresentációk megjelenését. A beteg képtelen a tematikai progresszió tartására, ami tükrözi a gondolatok szervezésében keletkező zavart, amely a kommunikáció szövegben történő reprezentációjának konnexitását még nem érinti, azonban a kohézió mezoszintjén már a lexikai kapcsolatok laza szerkezetét eredményezi. A mentálisan tárolt nyelvi információ és a szövegrepresentáció szervezéséért felelős kulcsszavak közti kapcsolat nem eléggé erős a skizofréndiskurzusban ahhoz, hogy a szövegösszetartó tényezők megfelelő módon működjenek, inkoherens szövegprodukciónak eredményezve.

A mai haza és nemzetközi afáziarodalmomban egyre több olyan tanulmányt olvashatunk, amely a nyelvi lokalizációs modellek helyett a top-down (fentről lefelé) folyamatok hatásából indul ki, és a nyelv szerepét és folyamatait multifunkcionális kognitív architektúra részeként értelmezi. Ehhez a szemléletben fontos lépést jelentett az afáziások nyelvi teljesítményének hibaelemzése helyett az online nyelvi folyamatok vizsgálatának lehetősége különféle idegtudományi vizsgáló módszerek (EKP, reakcióidő-mérés, szemmozgáskövetés stb.) segítségével. Csépe Valéria tanulmánya (*Paradigmaváltás az afázias nyelvi zavarok vizsgálatában; 139–149. old.*) felhívja a figyelmet a multidiszciplináris kutatások fontosságára, amelyekben a nyelvi feldolgozás a különböző nem nyelvi folyamatokkal alkotott interakciójának mentén kerül elemzésre olyan tényezők (kognitív funkciók szerepe a nyelvi folyamatokban, mondatösszetevők magasabb szintű folyamatok által történő szervezése stb.) működésének megfigyelésével, amelyek az eddigi megközelítések révén nem voltak elérhetők.

Ehhez a szemléletváltáshoz kapcsolódik a kognitív kontroll és a preverbális fókusz – mint a nyelvi feldolgozórendszer része – vizsgálata is (*A kognitív kontroll és a preverbális fókusz értelmezése*; 151–163. old.). Babarczy Anna és Balázs Andrea kutatásukban abból indulnak ki, hogy egy kijelentés implikatúrájának értelmezéséhez a hallgatónak extra kognitív erőforrásokat szükséges alkalmaznia, ahhoz képest, mintha csupán a szó szerinti dekódolásra támaszkodna. Ez az energiabefektetés megéri, hiszen a beszélő valódi szándékát tudhatjuk meg. Vannak különleges esetek, amikor egy mondat implikatúrája és explikatúrája szétválik, tehát a szándékolt tartalom és a szavak szótári jelentése és a szintaxis által közvetített tartalom nem egyezik meg (tipikusan az ironia esetében). Előzetes kutatások alapján a skaláris implikatúrákat tartalmazó kijelentések feldolgozása, mint a preverbális fókuszt tartalmazó mondatok értelmezése, pragmatikai levezetések eredményeként foghatóak fel, így extra kognitív erőforrásokat igényelnek. A preverbális fókuszt tartalmazó mondatok (pl.: *A kislány a szoknyáját festékezte össze.*) tehát skaláris implikatúrának tekinthetők, és nem kimerítő képi kontextussal ábrázolva a mondat alulinformatívvá válik a hallgató számára. A szerzők ezekből kiindulva a kognitív funkciók involváltságát vizsgálták egy preverbális fókuszt tartalmazó kijelentés értelmezése során, 3–9 éves gyermekek teljesítményében. Tapasztalataik azt mutatják, hogy a legkisebb korosztály nem képes értelmezni az alulinformativitást, szemben az idősebbekkel, amelynek oka a még fejletlen munkamemória és végrehajtó funkciók. Az implikatúrák értelmezésének képessége tehát fokozatosan fejlődik a kognitív funkciók, azon belül a munkamemória és a végrehajtó funkciók fejlődésével.

A klinikai vonatkozású tanulmányok folytatásaként a nyelvi képességek változásának vizsgálata következik Alzheimer-kórban (*Mit jelez a nyelvi képességek változása Alzheimer-kórban?*; 165–178. old.) Hoffmann Ildikó, Szatlóczi Gréta és Kálmán János összefoglalójában. A nyelvi deficit már az Alzheimer-kór korai szakaszában is megmutatkozik, és a degeneratív folyamat lefutása során különböző mértékben jelennek meg, így vizsgálatuk fontos a diagnosztizálásban is. A tanulmányban az Alzheimer-pródróma – amely a kognitív funkciók zavarát jelenti – aspektusainak feltárása olvasható a nyelvi deficitmintázathoz kötődően. A tanulmány bemutatja, hogy a különböző nyelvi szinteken milyen nyelvi változások jelentkeznek a kognitív funkciók zavara és az Alzheimer-kór progresszivitása során, illetve a nyelvi változások milyen kognitív funkciókkal mutatnak kapcsolatot.

Izgalmas értekezés olvasható az időszámításunk előtt XVI-XII. században élt II. Mursili hettita nagykirály afáziájáról Simon Zsolt hettitológus megfogalmazásában a beszéd és nyelvi zavarok kultúrtörténetének témakörében (*A király beszéde: II. Mursili hettita nagykirály „afáziája”*; 199–206. old.). A hettita nagykirály önállóan megfogalmazott állapotleírása megemlíti egy-egy gyanús, a beszéd szerzett zavarára utaló kifejezést, amelyet számos kutató értelmezett egy, a királyt érő stroke következtében kialakult afázia tüneteként. Azonban a szerző, végigvezetve az egyes afáziatípusok szimptomáit, nem talál egyértelmű bizonyítékot arra, hogy a király tünetei („a szám oldalra ment”, „kevés beszéd”) beillenek valamely afáziakategóriába. Ettől eltérően inkább a sokféle lelki traumán átesett király pszichés megpróbáltatásai miatt kialakuló, pszichogén eredetű, szerzett dadogás klinikai képével azonosítja állapotát.

Heltainé Nagy Erzsébet tanulmánya felhívja a figyelmet arra, hogy az anyanyelvi nevelés túlmutat a közoktatásban megjelenő anyanyelvi nevelésen, ahol a nyelvtanórák anyagának elsajátítása történik, ugyanis többek között az alkalmazott nyelvészet hatására, az egész didaxis a nyelvi neveléshez tartozik (*A nyelvi tanácsadás mint az anyanyelvi nevelés és közművelődés lehetősége*; 246–256. old.). Ily módon, az iskolán kívüli nyelvművelés, nyelvi

tanácsadás vagy a nyelvi ismeretterjesztés is szolgálja a napjainkban is fontosnak vélt anyanyelvi nevelés munkáját. A Nyelvtudományi Intézet ezen szolgálatból többek között a nyelvi tanácsadás szolgáltatásával veszi ki a részét, amely a mai technológiának köszönhetően nem csupán telefonos ügyfélszolgálatot jelent, hanem az interneten különböző portálok által teszi lehetővé a nyelvhasználat, nyelvhelyességgel kapcsolatos kérdések megválaszolását. Az érdeklődők zöme elsősorban a nyilvánosság előtt megszólaló rétegek közül kerül ki, de akadnak személyes érdeklődésük által motivált megkeresések is. A nyelvi tanácsadás a nyelvhasználati jelenségek bemutatása mellett értékelő, minősítő feladatokat is ellát, melynek mércéje mindig a nyelvi sztenderdnek, illetve a kurrens nyelvi szabályoknak való megfelelés.

A multidiszciplináris kutatások fontossága az afáziás nyelvhasználat egyes aspektusainak vizsgálatában már az előzőekben megfogalmazódott és bebizonyosodott. Tanulmányában Ladányi Enikő az afáziára jellemző nyelvi diszfunkció kapcsolatát mutatja be egyes kognitív folyamatokkal (*Nyelvi nehézségek és végrehajtó funkciók Broca-területen sérült afáziásoknál*; 257–265. old.). A képalkotó eljárások fejlődésének köszönhetően kimutatható, hogy a bal inferior frontális kéreg aktív működéséhez egyre több eddig nem vagy kevésbé ismert funkció irányítása köthető. A már ismeretes szintaktikai szerkezetek produkciójának és megértésének képessége mellett a terület működéséhez kapcsolják a kognitív képességek egyik fajtáját, a végrehajtó funkciók működését is. Egyre több kutatás prezentál olyan eredményeket, amelyek azt bizonyítják, hogy a végrehajtó funkciók sérülése befolyásolja a nyelvi teljesítményt afáziában mind a nyelvi produkció, mind pedig az értés képességének területén. Tehát az afáziás nyelvi teljesítményt nem csupán önmagában a nyelvi rendszer sérülése okozhatja, de közreműködhet a végrehajtó funkciók zavara is.

A nyelvi teljesítmény vizsgálatára újszerű módszert jelent a szemmozgást követő berendezés, amelynek segítségével az adott pontra történő fixáció idejéből következtetni tudunk a feldolgozás mértékére. A fixációs idő hossza korrelál a feldolgozás nehézségével, tehát minél hosszabb ideig fixálunk valamit, annál tovább tart az adott információ feldolgozása. Hunyadi László és Kiss Hermína újszerű kutatásában szemmozgáskövető kísérleti eszközzel vizsgálják célzott nyelvi folyamatok működését. Érdekes kérdést jelent az anaforák és a névmások eltérő grammatikai szerkezetének feldolgozási folyamata, amely feltehetően eltérő kognitív erőfeszítéseket igényel (pl.: *A bohóc fejbe vágja magát./A bohóc fejbe vágja őt.*). A vizuális és nyelvi feldolgozás szerkezetfüggően különbözik egymástól, pontosabban a névmásra vonatkozó kötéselv több feldolgozási erőfeszítéssel jár, mint az anaforára vonatkozó kötéselv (*Tekintettel az anaforára*; 267–284. old.).

A hangzó nyelv kutatásai széles skálán mozognak a különböző nyelvi jelenségek vizsgálatára vonatkozóan. A lexikai rekurziós szerkezetekről, amelyek egy jelenség, fogalom több lexikai elemből álló kreatív összetételét jelentik, számos magyar nyelvű tanulmány íródott. Szabó Mária Helga és Csernyák Hajnalka a jelnyelvet használók stratégiáit vizsgálták abból a szempontból, hogy a hangzó nyelvi lexikai rekurzió milyen módon valósul meg a jelnyelvben (*Jelösszetétel-elemzés-adalék: A lexikai rekurziós tesztek jelnyelvi tanulságai*, 297–312. old.). Eredményeik azt mutatják, hogy a jelnyelvben hasonló rekurziós konstrukciókat alkalmaznak a nyelvhasználók, mint a hangzó nyelvben. A vizsgálatban, az új kifejezések megkomponálásában nem mutattak egységes képet a jelelők, ugyanis voltak olyan összetételek, amelyeket viszonylag gyorsan megalkottak, másoknál azonban nagyobb erőfeszítést jelentett a szókombinációk kialakítása.

A primer progresszív afázia egy ritkán előforduló neurodegeneratív betegség következtében kialakuló nyelvi zavar, amelynek különböző megjelenési formái lehetnek a zavar profiljától függően. Egyik altípusa esetén a nyelvi sérülés a beszéd zavarával is társul, amely progrediáló dizartriát eredményez. Gósy Mária, Beke András, Gyarmathy Dorottya, Neuburger Tilda és Auszmann Anita egy primer progresszív afáziás páciens magánhangzó-ejtéseinek mintázatát vizsgálták akusztikai-fonetikai szempontból a magánhangzóformánsok, magánhangzó-fonémák sűrűsödési ellipszise és a magánhangzók időtartamának vizsgálatára koncentrálva (*Magánhangzók mintázata elsődleges progresszív afáziában; 325–332. old.*). Eredményeik érdekes következtetésekhez nyitnak utat, hiszen vizsgálataik alapján megállapítható, hogy a magánhangzók ejtése jellemzően centralizált, amelynek hátterében a nyelv vízszintes és függőleges mozgásának korlátozódása áll. A legnagyobb eltérést az *a* és az *u* hangok ejtésében tapasztalják, emellett a vizsgált magánhangzók mindegyikénél megjelenik a tempó meglassulása. Az objektív módszerekkel történő vizsgálat igazolja a páciens szubjektív artikulációs panaszait és a környezet által tapasztalt beszédjellemtöréseket.

A szerzett nyelvi és beszédzavarok egy rendkívül ritka típusát képezi az idegenakcentus-szindróma, amelyet a Mészáros Éva és Szabó Gábor mutatnak be érdekes és a klinikai praxisban feltétlenül informatív következtetések megfogalmazásával (*Idegenakcentus-szindróma – diszartria, afázia, apraxia – szindróma? esettanulmány; 347–366. old.*). Az etiológiai és tünettani kérdésekkel kapcsolatban a szerzők egy magyar páciens beszédének szegmentális és szuprasegmentális tulajdonságait vizsgálják, kitérve a beszédritára, a magánhangzók időtartamának, a formánsok frekvenciaértékének és a zárhangok zöngékezdési idejének elemzésére. Eredményeikből kiderül, hogy a magánhangzók képzési tere beszűkül a szuprasegmentális elemek (prozódia, beszédtempó) érintetlensége mellett, amely közrejátszhat az idegen hangzás kialakulásában. Emellett jellemző a zárhangok zöngétlenítő tendenciája, mely az aerodinamikai tényezők változásával hozható összefüggésbe, pontosabban a szupraglottális nyomás fenntartásának elégtelensége jelenik meg a hangzóképzésben. A szerzők esetbemutatásából levont következtetései azt a megközelítést támogatják, mely szerint az idegenakcentus-szindróma egy önálló (sem afáziához, sem dizartriához, sem beszédapraxiához nem kötött) tünetegyüttes, amelyben elsődlegesen jelenik meg a szegmentális tényezők változása.

A specifikus nyelvfejlődési zavart vizsgáló (SNYZ) tanulmányok körét bővíti Kas Bence, Lukács Ágnes és Szentkúti-Kiss Katalin értekezése, amely a szórend és az esetjelölés szerepét vizsgálja a mondatfeldolgozás során (*A szórend és az esetjelölés szerepe specifikus nyelvi zavart mutató gyermekek mondatfeldolgozásában; 367–381. old.*). A specifikus nyelvfejlődési zavar közismert tünetei mellett – ép értelmi, szociális, beszédszervi, pszichés, neurológiai státusz mellett megjelenő nyelvi késés, diszgrammatikus beszédprodukció, redukált nyelvi komplexitású megnyilatkozások, korlátozott aktív és passzív szókincs – nyelvészeti szempontból érdekes, de gyakorlati szempontból sem elhanyagolható kérdést jelent a mondatfeldolgozási képességek működése, befolyásoló tényezőinek vizsgálata. A mondatok szereplőinek (ágens, páciens) azonosítását illetően a SNYZ-t mutató gyermekek kortársaikhoz képest alulteljesítenek, amelyet befolyásol a szórend, a tárgyrag észlelhetősége, a fonológiai munkaemlékezet érintettsége. Mindezek arra utalnak, hogy a nyelvhasználati folyamatokra hatással vannak magasabb szintű nem nyelvi folyamatok is, amelyeket fontos figyelembe venni a terápiás, rehabilitációs munka során is.

Összefoglalva: a tanulmánykötetben a nyelvészethez és a nyelvészet határterületeihez köthető kutatások széles tárházából olvashatunk. A kötet újszerű elméleti megközelítésekre

alapozott tanulmányokból, modern vizsgáló eljárásokat alkalmazó kutatásokból, aktuális problémafelvetéseket tartalmazó írásokból épül fel. Több szakterület – alkalmazott és elméleti nyelvészet, bölcsészet, kognitív tudományok, neurolingvisztika, neuropszichológia, logopédia – munkatársait szólítja meg.

A logopédiai szempontból releváns tanulmányok különválaszthatók a teoretikus nyelvészeti értekezésektől. Ezek révén új ismeretekkel gazdagodhatunk, többek között a kétnyelvűség területéről maguk a kétnyelvűek megközelítésében, a jelnyelv egyes aspektusairól, az afáziáról a kognitív rendszer vonatkozásában, különleges esettanulmányok révén a szerzett nyelvi és beszédzavarok témaköréről (primer progresszív afázia, idegenakcentus-szindróma, időszámításunk előtti feljegyzések az afáziáról), illetve egyes szindróma-specifikus nyelvi tényezőkkel kapcsolatban (Alzheimer-kór, skizofrénia). Emellett megismerkedhetünk az anyanyelvi nevelés kiterjedtebb lehetőségeivel, valamint a fejlődési nyelvi zavarok nyelvi és kognitív tüneteivel.

Ajánljuk a tanulmánykötetet minden gyakorló és kutató logopédusnak, klinikai területen dolgozó szakembernek, pedagógusnak, gyógypedagógusnak.

Szöllősi Izabella

Broca és Wernicke halott, avagy a nyelv neurobiológiájának klasszikus modellje felett eljárt az idő

In *Brain and Language* 162 (2016), 60–71.

Napjaink és a közelmúlt idegtudományi és neuropszichológiai kutatásai azt mutatják, hogy a klasszikus Wernicke–Lichtheim–Geschwind-modell nem nyújt megfelelő elméleti keretet a nyelv neurobiológiai hátterének megértéséhez. Egy új elméleti keret kialakítását sürgetik, amelyet az indokol, hogy a mai ismereteink a nyelvvel kapcsolatos kérgi és kéreg alatti agyterületek morfológiájáról és ezek kiterjedt asszociatív kapcsolatainak hálózatáról nem implementálhatók a klasszikus moduláris modellbe. A szerzők a nyelv neurobiológiájával foglalkozó kutatócsoportoktól nyert kérdőíves felmérés eredményei alapján egyfelől arra következtetnek, hogy nincs konzisztens anatómiai definíciója sem a Broca-, sem pedig a Wernicke-területeknek, másfelől pedig arra, hogy a napjainkban használatos Broca-, illetve Wernicke-afázia-kategóriák túlhaladtak, és szükséges ezeket sokkal pontosabb anatómiai alapú definíciókkal felváltani. A klasszikus Wernicke–Lichtheim–Geschwind-modell további hiányossága, hogy csak az inferior frontális területeket a temporalis területtel összekötő (arcuatus fasciculus) asszociációs pálya működését tekinti alapvetőnek a nyelvi rendszer működésében. Az újabb képalkotó vizsgálatok azonban más jelentős pályákat is lokalizáltak (pl. a parietalis–temporalis, occipitális–temporalis, frontális–frontális területek közötti asszociációs pályák), amelyek nem illeszthetők a hagyományos modellbe. Mindezek alapján a szerzők egy olyan konnekcionista modell kidolgozását sürgetik, amelynek alapját az újabb neuroanatómiai, neurolingvisztikai kutatások eredményei képezik. Ezzel lehetőség nyílik a nyelvi funkciókkal kapcsolatos agyi területek és más funkcionális rendszerek interakciójának megismerésére, amely végső soron a nyelv biológia alapjainak pontosabb megértését jelenti.

Mészáros Éva

A jobb agyfélteke szerepe a nyelvhasználat javulásában két nyelv esetén

In *Brain and Language* 159 (2016), 35–44.

Egyre több bizonyíték szól amellett, hogy a domináns agyfélteke sérülése esetén a jobb hemiszférium (nem domináns agyfélteke) fontos szerepet játszik a nyelvhasználat javulásában. A szerzők egy 24 éves kétnyelvű (román-olasz) férfi esetét írják le, aki 19 éves korában egy közlekedési baleset során szenvedett súlyos agykárosodást, amelynek következtében mindkét nyelvet érintő fluens afázia alakult ki. Hosszú idő után – a súlyos sérülés ellenére – a páciens javulást mutatott mindkét nyelv esetén, és a nyelvi profil évről évre jelentős pozitív változást mutatott mindkét nyelven. Az agyi sérülést követő ötödik évben elvégzett klasszifikációs afáziaesetek (WAB) eredményei mindkét nyelven csak enyhe fluens afáziát igazoltak (AQ – román nyelv: 86.2/100 pont; AQ – olasz nyelv: 86.4/100 pont). Artikulációs zavar egyik nyelven sem volt kimutatható, de mindkét nyelven érzékelhető volt enyhe megnevezési zavar, enyhe olvasás-írás zavar és minimális értészavar a mondatok szintjén.

A szerzők longitudinális vizsgálata arra utal, hogy (i) lassú neuronális reorganizáció még súlyos traumás eredetű agysérülés esetén is lehetséges (egyes esetekben), (ii) a jobb agyfélteke meghatározott területei (pl. középső temporalis tekervény) támogathatják a nyelvi képesség visszanyerését, (iii) néhány nyelvi funkció visszatérése viszont nagyon lassú folyamat a bal hemiszférium meghatározott területeinek diszfunkciója esetén.

Mészáros Éva

Amikor egy afáziakutató stroke-ot kap

In *Aphasiology*, Vol.30, No.10, 1151–1162.

A cikk szerzője Robert Goldfarb, az Adelphy University professzora, szakterülete a felnőttkori szerzett nyelvi és motoros eredetű beszédzavarok. A cikk szerzője saját stroketörténetét mondja el az első tünetek megjelenésétől (látászavar) a rehabilitációs program befejezéséig. A bevezetőben részletesen leírja, hogy miként vezetett az útja a negatív eredményeket mutató kardiológiai vizsgálaton keresztül az oftalmológiai, majd a neurológiai vizsgálatokig, amíg három nap múlva, egy hétvégi autótú közben meg nem jelent a TIA (transient ischemic attack/az agyi véráramlás átmeneti zavara), majd néhány órával később a stroke egyértelmű tünetei is (jobb testfél gyengesége, beszédzavar). A nyelvi és beszédzavarok professzora azonnal felismerte, hogy az ő esetében az agytörzset érintő károsodás dizartriát okozott. A kórházi kezelést követte egy sikeres, de nehéz rehabilitációs program, amelynek során saját bőrén tapasztalhatta meg, hogy a diszfágia és a dizartria terápiájához általa is javasolt gyakorlatok mennyire hatásosak, és azt, hogy ezek az egyszerű gyakorlatok mennyire fárasztóak. A cikk legérdekesebb része, ahogyan utólag elemzi a kialakult stroke etiológiáját, magyarázza a szimptómát (ataxiás dizartria) és a megjelenő társtüneteket (pl. amúzia), valamint értékeli (a korábban a diákjainak tanított) terápia hatékonyságát. Mindenkinek ajánlom ezt a világos, tárgyilagos cikket, de különösen azoknak, akik a mindennapi munkájuk során találkoznak anartriás, dizartriás vagy más szerzett motoros eredetű beszédzavarban szenvedő páciensekkel.

Mészáros Éva

Praxis Sprache és Forschung Sprache

A **Praxis Sprache** és elektronikus változata, a **Forschung Sprache** a német logopédiai társaság, a **Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik** szakmai folyóirata.

A **Praxis Sprache** szakfolyóirat a beszéd-, nyelv-, hang- és nyelészavarok tárgyában jelentet meg közleményeket, amelyek különböző korosztályok (gyermekek, fiatalok és felnőttek) ellátásához kapcsolódóan a diagnózis, fejlesztés, oktatás, terápia és rehabilitáció területein megfogalmazható problémaköröket járnak körül. A folyóirat 2013 óta évente négyszer jelenik meg nyomtatásban, és a szakmai társaság tagjai, valamint a folyóirat előfizetői számára érhető el. A lapban közölt tanulmányok rövid összefoglalói a folyóirat weboldalán (<https://www.praxis-sprache.eu/>) ingyenesen olvashatók.

A számok tartalma egy meghatározott téma köré szerveződik, amelyet általában egy nyitó írás (Hauptbeitrag) vezet be, és további rovatok (Magazin-Originalbeiträge, Praxisthema) tanulmányai bontanak ki. A *Magazin-Originalbeiträge* rovat célja a főtémához kapcsolódó elméleti kérdések bemutatása, az itt közölt írások például egy elvégzett kutatás eredményeiről számolnak be, vagy egy adott témával kapcsolatos legújabb tudományos eredményeket foglalják össze. A *Praxisthema* rovat empirikus megközelítésű; gyakorlatközei írásokat tartalmaz, konkrét példából kiindulva kínál konkrét megoldásokat (pl. a 2015. évfolyam 2. füzetének egyik tanulmányában olvasható, hogy miként lehet egy képeskönyv történetét a nyelvi terápia során a tárgyeset kialakításához felhasználni többnyelvű gyermekek ellátása során). E rovat sajátossága még, hogy a tanulmányok mellékleteként különböző feladattípusokhoz megalkotott letölthető írásos anyagokat vagy a hallás utáni megértés feladataihoz, hangfájtt is tartalmazhat.

Az adott szám tematikus blokkjához tartozó írások mellett további színes írások olvashatók a *Magazin* rovatban, például szakmai eseményről szóló tudósítások, élménybeszámolók vagy hírek, aktualitások egy-egy intézmény életéből.

Végül, a folyóirat helyt ad további rövid közleményeknek, mint amilyen a szakirodalom- vagy folyóirat-ismertetés, illetőleg tájékoztató továbbképzésről vagy állásajánlatokról.

A **Forschung Sprache** a szakmai társaság online szakmai lapja. Az évente két alkalommal megjelenő e-folyóirat célja, hogy a beszédet több aspektusból kutató, német nyelvterületen működő szakemberek számára közös platformot biztosítson eredményeik bemutatásához, továbbá hogy a kutatási eredményeket az érdeklődők számára szabadon elérhetővé tegye. A lektorált tanulmányok a logopédia (amely a németországi képzés sajátosságaiból adódóan önmagában is több szakterületet foglal magába: Logopädie, Sprachtherapie, Sprachheilpädagogik), valamint határtudományai (pl. a foniátria és a nyelvészet) területéhez kapcsolódóan járnak körül aktuális kérdéseket. A legtöbb kutatás diagnosztikai tárgyú, például tesztfejlesztések eredményeiről számol be, de olvashatók az ellátás további aspektusához kapcsolható írások is, így a 2014. évf. 1. számban az inklúzió témakörében készült egy, a szülői elvárások és elégedettség felmérésére irányuló kutatás eredményeit közlő írás.

A tanulmányok a szaklap weboldaláról (<https://www.forschung-sprache.eu/>) pdf-ben letölthetők.

Tar Éva

Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-3639/2016. számú ügyben

Az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala egy beadvány nyomán, amely „a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény egyes rendelkezéseit sérelmezte, jelentést készített.

„A panaszos azt kifogásolta, hogy a törvény a fogyatékosági támogatásra jogosító fogyatékoságok között nem sorolja fel a beszéd fogyatékoságot, ezzel hátrányos helyzetbe hozva – többek között – a stroke utóhatásaként afáziában szenvedő betegeket. A beadványozó álláspontja szerint ez az állapot hasonló szociális hátrányokat okoz az elszenvetőknek, mint a látó- vagy a hallóképesség fogyatékosága, ezért a jelenlegi szabályozás e társadalmi csoportra nézve diszkriminatív helyzetet eredményez.”

Korábban már foglalkozott ombudsmani jelentés ezzel a kérdéssel (AJB-1152/2012), amely kérte a jogalkotót, hogy módosítsa a jogszabályt annak érdekében, hogy az afázias betegek hasonló támogatásban részesüljenek, mint a más típusú fogyatékosággal élők, ezért az újabb vizsgálat utóvizsgálatnak tekintendő.

A jelentés az Emberi Erőforrások Minisztériuma szociális ügyekért és társadalmi felzárkózásért felelős államtitkárának, a De juRe Alapítvány korábbi elnökének, a Magyar Stroke Társaság elnökének és az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kara dékánjának a panaszra adott válaszát is figyelembe véve a következő intézkedést tette.

„A jelentésben feltárt alkotmányos joggal összefüggő visszasság orvoslása és jövőbeni megelőzése érdekében az Ajbt. 37. §-a alapján felkérem az emberi erőforrások miniszterét, hogy fontolja meg a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (Fot.), és a súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól szóló 141/2000. (VIII. 9.) Korm. rendelet módosításának kezdeményezését annak érdekében, hogy a stroke következtében kialakuló beszédzavarral élők is rászorultságuknak megfelelő, a többi fogyatékosági típussal azonos támogatásban részesüljenek. Az eredményes és megalapozott jogalkotás érdekében javaslom továbbá, hogy a beszéd fogyatékoság jogszabályi fogalmának meghatározása során folytassanak egyeztetést a beszéd fogyatékosággal és afáziával foglalkozó szakmai és érdekképviselői szervezetekkel.”

A teljes jelentés ezen a címen érhető el:

<https://www.ajbh.hu/documents/10180/2500969/Jelent%C3%A9s+az+1998+%C3%A9vi+XXVI+t%C3%B6rv%C3%A9ny+kifog%C3%A1sol%C3%A1sa+%C3%BCgy%C3%A9ben+3639+2016/7c396360-ce7a-46cb-a5ba-6460ac4279c1?version=1.0>

Lórik József

Abstracts

Lajos Péter: Expected competences for newly qualified Speech and Language Therapists (SLTs) in the light of a European research

Speech and language therapy is a scientific field related to the description, assessment and intervention of voice, speech, language and swallowing disorders. Recently it became necessary to explore and analyze university graduate programmes in SLT in Europe and further. The Standing Liaison Committee of E.U. Speech and Language Therapists and Logopedists (CPLOL) started a network-based research that aimed to harmonize the standards and quality of the European graduate programmes in SLT. 65 expert partners from all 27 EU member countries participated in the research (by the time of the study Croatia was not yet member of the EU). As the main result of the research the participants created the list of necessary competences for newly qualified Speech and Language Therapists. The closing document can be considered as the functional framework of SLT education in the EU that each SLTs has to be conform with in order to qualify for professional SLT activities.

Zakariás Lilla, Kas Bence: A deficit in speech motor planning: issues of etiology, assessment and treatment of acquired apraxia of speech

Acquired apraxia of speech (AOS) is a disorder of motor speech programming or planning. It frequently co-occurs with aphasia, but it can also occur in the absence of aphasia. As the nature of this disorder and its relationship to aphasia are still not fully understood, the present paper will focus on its terminology and symptoms, especially the symptoms that are significant for the differential diagnosis of AOS. In addition, a treatment method used in the rehabilitation of articulation deficits associated with AOS will be described. Furthermore, cognitive psychological models of speech motor planning and the neuroanatomy of AOS will be briefly addressed.

Keywords: apraxia of speech, motor programming and planning, phonetic-motoric disorder, differential diagnosis, aphasia, articulatory-kinematic treatment

Zakariás Lilla, Órley Zita: The effects of practice with the workbook „Topics in everyday conversations (in Hungarian: Beszédtéma)” in aphasia: a multiple case study

In the current study we investigated the effects of practice with the workbook „Topics in everyday conversations [in Hungarian: Beszédtéma]” in five individuals with moderate, or moderately severe aphasia. We used a picture naming task, a scene description task and the Western Aphasia Battery (WAB) as outcome measures. Results at the individual level showed that all participants improved significantly in the picture naming task. At the group level we found significant improvements in the picture naming task, the naming and the repetition subtests of the WAB, and a tendency for improvement in the scene description task and the spontaneous speech subtest of the WAB. We also hope that the paper will contribute to promoting evidence-based practice in aphasia rehabilitation.

Keywords: aphasia, language therapy, semantic therapy, multiple case study, functional communication, generalisation

Molnárné Bogáth Réka, Plavec Dóra: Does the cat catch the mouse? A case study of a stuttering child

The present case study approaches the phenomenon of stuttering from the viewpoint of the client's personality. Semi-structured interviews administered with the stuttering child, the family and professionals explore stuttering from therapy through school performance to future perspectives of the child. What might be the underlying cause of stuttering in a supporting and loving family? Analyses of drawing assessments revealed atypical familial hierarchy in which the stuttering child feels himself inferior to his smaller brother. Moreover, drawings show a significant distance between father and son that is not visible in real life. However, the child's self-image is realistic, there is no negative impact of stuttering on his personality. The remaining question is how to resolve the distance caused by the habitual differences of the father and his son. Is it still possible that the cat and the mouse will be friends?

Keywords: stuttering, complex art therapy, Eysenck Personality test, projective drawing test, case study

Content

Introduction.....	4
Welcome message from the Editorial Board	5
<i>Articles</i>	
Lajos Péter: Expected competences for newly qualified Speech and Language Therapists (SLTs) in the light of a European research.....	7
Zakariás Lilla, Kas Bence: A deficit in speech motor planning: issues of etiology, assessment and treatment of acquired apraxia of speech	23
Zakariás Lilla, Órley Zita: The effects of practice with the workbook „Topics in everyday conversations (in Hungarian: Beszédtéma)” in aphasia: a multiple case study	41
Molnárné Bogáth Réka, Plavec Dóra: Does the cat catch the mouse? A case study of a stuttering child	51
<i>Reviews</i>	
Lőrík József: Rules of Hungarian spelling. Twelfth Edition	65
Szöllősi Izabella: „Don’t forget your word!” Papers in honour of Zoltán Bánréti	67
Mészáros Éva: Broca and Wernicke are dead – it’s time to rewrite the neurobiology of language	74
Tar Éva: Praxis Sprache és Forschung Sprache.....	76
Lőrík József: Report of the Commissioner for Fundamental Rights.....	77
Abstracts.....	78

