

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2013 – XLI. évfolyam

4

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

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

A szerkesztőség elérhetősége: gyogypedszemle@gmail.com

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

HU ISSN 0133-1108

2013. október–december

Felelős kiadó:

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

DR. ZÁSZKALICZKY PÉTER dékán – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar
1097 Budapest, Ecseri út 3. Tel: 358-5500

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

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

További információ: 06 80/444-444

Egy szám ára: 700,-Ft

Indexszám: 25 359

Megjelenik negyedévenként.

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

Nyomda:

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

Felelős vezető: Földes Tamás ügyvezető igazgató

NEA

20 éves az nka

A MEGJELENÉST A NEMZETI EGYÜTTMŰKÖDÉSI ALAP ÉS
A NEMZETI KULTURÁLIS ALAP TÁMOGATTA.

*Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi Kar, Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet;
Csillagház Általános Iskola, Logopédia Munkacsoport*

Részvétől a részvételig

A partícipatív kommunikációs koncepció érvényesítésének lehetőségei a logopédiai tevékenységben

BOKOR TAMÁS – BOKOR BACSÁK GYÖRGYI
tamas.bokor@uni-corvinus.hu, bobagyi@gmail.com

Absztrakt

E tanulmány a logopédia mint gyógypedagógiai tevékenység egy újszerű megvilágítását tűzi ki célul, kommunikációelméleti perspektívából tekintve tárgyára. A diszciplináris rekonstrukció a kommunikációs partícipációs felfogására épít, miközben releváns megállapításokat igyekszik tenni a logopédiai gyakorlat irányában. Az írás két alapvető feladatot hajt végre. Egyfelől tisztázni kívánja a kommunikáció állapot-központú fogalmát, szakítva a logopédus-képzésben széles körben oktatott és elterjedt folyamat-alapú kommunikációfogalommal. E perspektívaváltás révén ajánl alternatív perspektívát a logopédia koncepciója számára. Másfelől – az interdiszciplinaritásra helyezve a hangsúlyt – érzékeltetni kívánja, hogy a kommunikációelmélet és a logopédia szinoptikus felfogása, egységben szemlélése képes lehet hatékonyabbá tenni a gyógypedagógusok kommunikációfejlesztő munkálkodását. Ez utóbbi kapcsán új lehetőségeket mutat fel a logopédiai tevékenységben.

Kulcsszavak: logopédia, kommunikáció, beszédfejlesztés, nyelvi zavar, beszédzavar, afázia, diszfázia

*„A szótlán szív se hallgat;
beszél, s ki érti, annak
többet, mint nagy szavak.”
(Keresztury Dezső)*

Kommunikáció: folyamat és állapot

Alapfogalmakból építkező koncepciók esetén a kutatók számára a továbbgondolkodás érdekében létfontosságúnak, ugyanakkor rendre problémásnak bizonyul a felhasznált fogalmak jelentésének pontos meghatározása, a jelentésárnyalatok tisztázása. Természetesen nincs ez másképp a kommunikáció fogalmával sem. Túlterheltsége és különböző kontextusokban tapasztalható rendkívül gyakori használata számos félreértésre és félreértelmezésre ad okot, hiszen a *kommunikáció* kifejezés önmagában annyira különböző szintű jelenségekre referál, hogy abból a definíciós kísérletek során legtöbbször csak bábeli zűrzavar ered. E definíciós és jelentésbeli probléma egészen addig a pontig csupán játék lenne a szavakkal, ameddig nem ütközünk a nyomában olyan gyakorlati akadályokba, amelyek legyőzésekor kiderül, hogy valójában a fogalmi pontatlanságok

okoztak módszertani hibákat, meg nem értéseket. Különösen fontos ezt felismerni a gyógypedagógiai tevékenységben, amelynek kiemelt feladata a kommunikáció fejlesztése, legyen az akár verbális, akár nonverbális, bármilyen sérültségű és életkorú kliensek esetén.

A kommunikációról való gondolkodásban a legkorábbi időktől kezdve az szolgált kiindulópontként, hogy információ áramlik egyik helyről egy másikra. Másként: a kommunikáció egy feladó tevékenysége, amely arra irányul, hogy információ jusson el egy vevőhöz. Információn itt természetesen nem csak újdonságértéket kell érteni, hanem a feladó érzelmeiről vagy a kommunikációs összeköttetés (csatorna) állapotáról szóló üzeneteket is. Ezt a közkeletű, információátvitelen alapuló képet szokták a kommunikáció *tranzaktív* felfogásának (vagy modelljének) tekinteni (SHANNON–WEAVER 1949). A kommunikatív jelenségszféra azonban értelmezhető más felfogások keretében is. Közülük az egyik legkézenfekvőbb az, amit *interaktív* felfogásnak szokás nevezni (NEWCOMB 1953). „Eszertint a jó kiindulópont a kommunikatív jelenségszféra vizsgálatakor nem az információtranszfer, hanem egy sajátos interakció. Az interakcióban résztvevők akciójukkal vagy éppen aktivitásukkal egy közös cél elérésén igyekeznek. Ez lehet valaminek a megértése valakivel, vagy lehet egy közös nézet kialakítása valamiről, és sok minden egyéb. Természetesen nem tekinthető minden interakció kommunikációnak. A kommunikáció interaktív modelljének értelmében a kommunikáció során nem egyszerűen (információ)átadás történik, hanem a közös (együttes) cselekvésnek valamilyen információban kifejeződő (és korábban nem feltétlenül létezett) *eredménye* jön létre” (BÉRES–HORÁNYI 1999: 7–8).

Egy harmadik felfogás, a kommunikáció *kultivációs* koncepciója jellegzetesen más kiindulópont lehetőségére irányítja a figyelmet. Ez eredetileg a tömegkommunikáció jelenségeinek értelmezésével kapcsolatban fogalmazódott meg; fő üzenete, hogy a „kommunikáció” kifejezés nem egyszerűen a kommunikatív jelenségek felszínén megjelenő esetlegességeket kategorizálja. A kommunikáció ugyanis az, ami meghatározza, hogy mit tekintünk létezőnek, mit fontosnak, mit helyesnek, illetve helytelennek, és mit mivel tekintünk összefüggésben levőnek (jó áttekintést ad róla GERBNER 1969 és GERBNER 1972).

E három felfogásmód és a belőlük levezetett különféle elméletek voltaképpen igen-igen különböző kommunikációfogalmat operacionalizálnak, másképp fogalmazva: különböző szinteken, különböző perspektívákból vizsgálják a kommunikációt. „Különbözőek például a felfogásmódok konstituens fogalmai, még ha vannak is – természetesen – hasonlóságok közöttük. (Így például mind a tranzaktívban, mind az interaktívban konstituens a kód vagy a csatorna fogalma; míg azonban a tranzaktív esetén megkülönböztethető egymástól a beszélő és a hallgató, mint különböző szerepű ágensok, az interaktív esetén voltaképpen nem értelmezhető az ágensok között efféle szerepkülönbözés.) És eltérőek lesznek azok a jelenségszférák is, amelyekre ezek a különböző modellek érvényesek (lehetnek), még akkor is, ha az egyes modellek érvényességének tartományai esetleg átfedik egymást. Például a tranzaktív modellel leírható a *levél*, de nem – vagy csak nehézkesen – írható le a *dialógus*; az interaktívval leírható a dialógus, de nem írható le a levél; a kultivációssal pedig nem írhatók le *egyes* kommunikatív események, hanem csak *teljes eseményrendszerek* – vagy mondjuk így: csak tömegjelenségeként értelmezett kommunikációk írhatók le” (BÉRES–HORÁNYI 1999: 8).

A kommunikáció ilyen szerteágazó koncepciói közepette célul lehet kitűzni, hogy a fenti három modell mellett legyen egy olyan felfogásmód is kidolgozva, amely a teljes jelenségszféra tartományát tárja fel. Ilyen „metaelméletként” kínálkozik a kommunikáció

participációs felfogása (a „Participative Theory of Communication” angol kifejezésből képzett betűszóval a továbbiakban PTC-ként hivatkozunk rá), amelynek részletes kifejtése helyett jelen írásban megelégszünk azon alkotóelemek és alapmotívumok ismertetésével, amelyek a logopédiai tevékenységre nézve különösen relevánsak. (A máig alakuló elmélet eddig kidolgozott részleteiről szóló „munka közbeni jelentést” olvashatjuk HORÁNYI 2007. A munka alapját képező, időről időre bővített, pontosított Szinopszis 7.3-as változatát [HORÁNYI 2009], míg a PTC interdiszciplináris alkalmazási lehetőségeiről szóló tanulmánygyűjteményt [BAJNOK és mtsai 2012] tartalmazza.)

Az elmélet egyik kiindulópontja az ágens, a probléma és a kommunikatív fogalma. Az ágens (a parsonsi szociológiai gondolkodásból kölcsönzött fogalom) olyan cselekvő, amely valamilyen értelemben képes hatni a környezetére, akár akaratlanul is. A gyógy-pedagógia szempontjából tekintve itt és most praktikusán humán ágensekről, mégpedig individuálisokról (emberek) és kollektívokról (embercsoportok) beszélhetünk. A problémát tekinthetjük olyan *különbségnek*, amely az adott ágens *valamely alkalommal való helyzete* és egy számára ugyanakkor *kívánatos helyzet* között fennáll, és meghaladja az ágens számára akkor és ott tolerálható mértéket (a kritikus *küszöbértéket*); természetesen akkor és csak akkor, ha az ágens ezt a komplex helyzetet identifikálja és/vagy eliminálja. A kommunikatív valamely probléma felismeréséhez (identifikálásához) és/vagy megoldásához (eliminálásához) egy ágens számára szükséges releváns felkészültség lehetséges helyeként jelenik meg a PTC fogalmi rendszerében. Jelentős egyszerűsítéssel szólva: a PTC alapgondolata, hogy a kommunikációt (pontosabban a kommunikatív állapotba kerülést) valamely problémakezelés igénye vagy maga a problémakezelés hívja életre. Ha egy ágens olyan problémával szembesül, amelyet saját belső felkészültségei (tudása, képességei, jártasságai, készségei, logikája, kompetenciái, netán hiedelmei) segítségével nem képes megoldani vagy legalábbis kezelni, akkor kommunikatív állapotba kerül, más ágensekhez fordulva, azok felkészültségeiből részesedve (participálva) megoldhatja vagy eliminálhatja problémáját.

A fent ismertetett három kommunikációfelfogás szemléletmást markánsan különbözik a PTC-től. A *tranzaktív* az információ átadásában látja a kommunikatív lényegét, az *interaktív* a kommunikatívot a résztvevő ágensek közös (vagyis együttműködő) és eredményes erőfeszítésében látja, s vannak felfogások, amelyek *aktusként* (vagy *akcióként*, vagy *tevékenységként*, vagy éppen *eseményként*) tekintenek rá. Ezek a participációs felfogás szempontjából a *problémakezelésre való felkészültség változásának vagy éppen változtatásának perspektívájából* tekintenek a kommunikatívra, s ezért látják a kommunikatív lényegét valamiféle változásban (HORÁNYI 2009). A PTC a kommunikatívra mint *állapotra* tekint, amelyben a részvétel, a (felkészültségekből való) részesedés a kulcsszó.

Horányi Özséb, a PTC koncepciójának kidolgozója számára a kommunikáció „részvétel a közösségekben, tehát a társadalmi rendszerben. A közösségben van meg az egyén helye a szerepeken át, de a közösség maga is lehet ágens és forrása a közösség nevében történő perlokúciós kommunikációnak” (BUDA 2012: 21). Az elmélet „olyan kiindulópontot kínál a kommunikációkutatás számára, amely azzal kecsegtet, hogy segítségével a kommunikáció valamennyi jelenségtípusa egységes keretben válik leírhatóvá” (HORÁNYI 2007: 14). Magyarázó modellként szolgál tehát, de nem a szó köznapi értelmében: olyan elméletalkotás ez, amely a társadalomtudományok számára egyetlen vezérfonal mentén – jelen esetben a kommunikáció révén – *magáról a társadalomról* mond valamit. Relevanciája túlmutat a diszciplináris kommunikációkutatás, de még a társadalomtudományok akadémikus keretein is. „A kommunikációkutatásnak az lehet

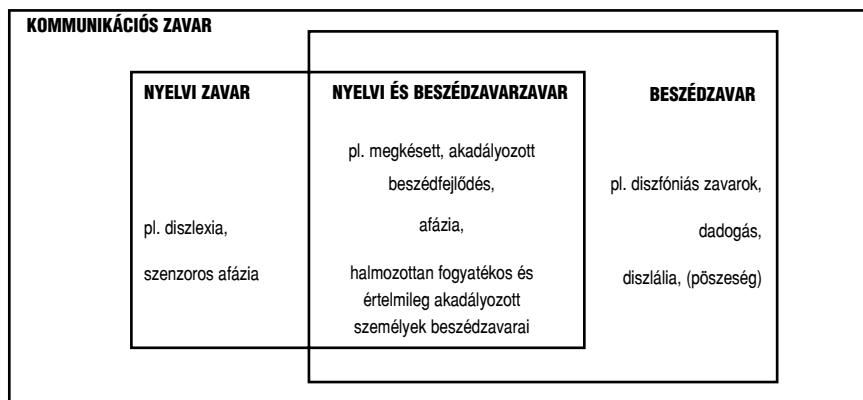
most feladata, hogy a társadalom és a társas világ más területei számára is felmutassa, hogy érdemben hozzá tud járulni az ott folyó diskurzushoz” (HAMP 2012: 198). A következőkben tehát szándékoltnan egy interdiszciplináris megközelítés szerint igyekszünk hozzájárulni a logopédia konkrét feladatairól folyó diskurzushoz. Eszközünk, nyelvezetünk a logopédiai tudományon belül – nézetünk szerint csupán *még* – nem használatos nyelvezet, a PTC lesz, értelmező keretünk pedig a PTC interdiszciplináris kommunikációfogalma.

Logopédia: beszéd- és kommunikációfejlesztés

Önálló tudományként való létezésének kezdete óta a logopédia a beszédnevelést jelöli meg fő célkitűzéseként. E diszciplína „a gyógypedagógia elsődleges és másodlagos kommunikációs zavarokkal foglalkozó ága, [...] a hang-, beszéd- és nyelvi zavarok kutatásával, megelőzésével, diagnosztikájával és korrekciójával, terápiájával foglalkozó integratív tudomány” (FEHÉRNÉ 2004: 542). A logopédiai elmélet kimondatlanul is azzal az axiómával lép fel, amely szerint a kommunikáció és a beszéd – ha nem is egyenlő, de – valamiképpen ekvivalens fogalmak.¹ Az „ekvivalens” itt nem logikai egyenlőséget, csupán használati megfeleltethetőséget jelent: személyközi kommunikációt végezni beszéddel *a leginkább célravezető*, és aki beszél, az természetesen kommunikál is. Ennek megfelelően a logopédiai módszertan jelentős részben a beszéd- és nyelvi fejlesztésre épít, egyértelmű prioritást tulajdonítva a verbális kommunikációnak. Ezt a nézetet támogatja a logopédiai oktatás is, amikor Jakobson hattényezős kommunikációmodelljét veszi igénybe a kommunikáció folyamatának leírásához. (A modell első rendszerezett leírását adja [JAKOBSON 1960], magyarul [JAKOBSON 1972].) A jakobsoni kommunikációmodell nyelvészeti ihletettsége jól tükröződik abban, hogy alkotója nyelvi funkciókat rendel az egyes verbális megnyilvánulásokhoz – s a lingvisztikai fogalomalkotás abban a tényben is tetten érhető, hogy a modellről szóló első leírás egy nyelvészeti konferencia záró előadásaként hangzott el. A logopédiai oktatás nem kárhoyzatható ezért a preferenciáért, hiszen a kommunikációelmélet egyik sarokköveként számon tartott megközelítés az egyetemi és főiskolai kommunikáció szakok tananyagában is gyakran hivatkozott keretül szolgál. Ez a modell azonban – újfent hangsúlyozva – a közlőfolyamatban a beszédre és annak funkcióira, pontosabban a verbális kommunikáció prioritására helyezi a hangsúlyt, alig törődve a nonverbális kommunikációban rejlő lehetőségekkel. Csupán az 1960-as évek végén történt meg a kommunikációelméletben és -kutatásban az az áttörés, amelynek nyomán a kommunikációkutatás felfigyelt a nonverbális kommunikáció fontosságára és – pl. Birdwhistell kísérletei nyomán – arra a tényre, hogy emocionális közléseink mintegy 65%-ához a nonverbális csatornákat vesszük igénybe (BIRDWHISTELL 1970). Ezután Amerika „művelt nagyközönségének” körében valóságos társasjátékká nőtte ki magát a testbeszéd dekódolása (KÁLMÁN 2006: 46), ám a kommunikációelmélet nyelvészeti orientációja alapvetően érintetlen maradt, sőt a kognitív tudományok megerősödésével a kommunikációtudomány és a nyelvészet egyaránt új erőre kapott.

¹ „Beszédesen” példázzák ezt a megállapítást a honi logopédia első évtizedeinek szegregációs és integrációs vitáiról készült történeti összefoglalóban előforduló fogalmak: beszédosztály, beszédiskola, beszédtanfolyam. A beszédhibások kezelésére alakult első magyarországi intézmény, az Orthophonikus Intézet a népiskolákba járó beszédhibás gyermekek kiejtésfejlesztését ambuláner végezte (VASSNÉ 2004: 369–372).

A verbális és nonverbális kommunikáció viszonyának – a logopédia egészében meglehetősen aszimmetrikus – koncepciója mellett a beszéd és a nyelv viszonya jól körülhatárolt. A beszéd- és nyelvi zavarok, mint a logopédiai tevékenység során kezelt fő problémák, hierarchikus rendszerben helyezkednek el. Amint Gósy Mária rámutat, a beszédzavarok általában a nyelvi zavarok megjelenési formái (Gósy 1999). „Csupán néhány olyan beszédzavar létezik, amelyeknek a háttérben nem áll nyelvi zavar, legalábbis a kezdetekben. A leggyakoribb kiváltó ok a pszichés trauma vagy valamiféle fiziológiai probléma. Ezek – a kezdetben csak beszédzavarnak tűnő eltérések – sokszor nyelvi zavarok kialakulásához vezethetnek, és súlyos kommunikációs nehézségeket eredményezhetnek” (Gósy 2000: 213). A nyelvi zavar, valamint ennek manifesztációja, a beszédzavar tehát tisztázott hierarchikus viszonyban áll egymással. A kommunikáció, mint alapkategória azonban továbbra is differenciálatlan fogalomként jelenik meg a beszédképesség zavarairól szóló diskurzusban (1. ábra).



A beszédproduktót és a beszédfeldolgozást érintő zavarok kategorizálása során fajsúlyos módszertani kérdéssé vált, hogy milyen fejlesztés végezhető azokkal a páciensekkel, akiknél a beszédalapú kommunikáció kialakítására különböző okokból eleve – átmenetileg vagy egyáltalán – nincs mód. Megoldást kínál erre a problémára az augmentatív-alternatív kommunikáció (angolszász eredetiben „Augmentative and Alternative Communication” néven, röviden AAC-ként hivatkozott kifejezés), amely az 1950-es évek Amerikájában, majd kicsivel később Kanadában jelent meg, célként tűzve ki, hogy a beszédképtelen páciensek számára olyan jelrendszert biztosítson, amelyet eredménnyel használhatnak személyközi kommunikációs aktivitásuk során. Az Amerikai Beszéd-, Nyelv- és Hallástársaság (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) meghatározása szerint e módszer célcsoportjához tartoznak mindazok, akik „a gesztusok, a beszéd és/vagy az írásos kommunikáció átmeneti vagy végleges zavara miatt nem képesek ezek révén kielégíteni valamennyi kommunikációs igényüket. Ebből fakadó súlyos kommunikációs nehézségeik az AAC segítségével enyhíthetők. A kommunikációs akadály elsődleges oka ezeknél a személyeknél nem a halláskárosodás. Bár e csoport egyes tagjainál fellelhető bizonyos mennyiségű beszéd, a fentieknek megfelelően ez soha nem elegendő arra, hogy a változatos kommunikációs igényeknek megfeleljen” (ASHA 1991: 10). A szervezet definíciója sejteni engedi, hogy igen nagyméretű populációról van szó, ha az AAC módszerének potenciális használóiról beszélünk. Az elérhető adatokat összevetve látható, hogy világszerte a teljes populáció 0,2-0,4%-a szenved átmenetileg vagy tartósan súlyos kommunikációs zavarban. A fejlettebb

országok magasabb értékeit feltehetően a jobb statisztikai mérések és az erőteljesebben megjelenő igények adják (KÁLMÁN 2006: 72), és minden bizonnyal a gyógypedagógiai intézményrendszer fejlettsége is hozzájárul ahhoz, hogy a fejlett világ országaiban nagyobb az AAC-re szoruló populáció (mért és nyilvántartott) kiterjedése. Összességében világszerte sok millió teljes beszédképtelenséggel érintett páciensről tanúskodnak a mérések.

Hol máshol lenne helye és szerepe egy átfogó és univerzálisan használható kommunikációs szemléletnek, mint a logopédia azon szakterületein, ahol (mint fentebb látható, például szervi okokból) *ab ovo* fizikailag lehetetlen (vagy a gyakorlatban legalábbis annak bizonyul) a hangzóbeszéd elsajátítása? A gyógypedagógia egészen sajátos kommunikációfogalmat operacionalizál, amely a diszciplínán belüli fejlesztési területek között is komoly önellentmondásba képes keveredni. E belső feszültséget az okozza, hogy „a szakirodalomban találkozhatunk a kommunikáció fogalmának olyan szintű kibővítésével, ami már minden magatartásmódot és viselkedésformát kommunikációnak nevez. Nem célszerű ez a kiszélesítés, hiszen így nehéz lenne értelmezni és rendszerezni a kommunikációt, illetőleg különválasztani a viselkedéstől” (MÁRKUS 2004: 280). A probléma tehát több helyen és több szinten is jelentkezik: a viselkedés és a kommunikáció, a beszéd és a nyelvhasználat, a verbális és a nonverbális kommunikációs csatornák, a közvetlen és a mediatisált kódváltozatok, stb. elkülönítésének eltérő felfogásaiban – s természetesen hosszan folytatható lenne a felsorolás. A gond tehát a gyakorlati nehézségek „földt”, fogalmi szinten jelentkezik.

E helyütt csupán egyetlen példát említünk a fenti problémák egyikére. A gyógypedagógia két, egymással átfedésben lévő területe, a halmozottan fogyatékos személyek fejlesztése és az augmentatív és alternatív kommunikációfejlesztés által használt különböző kommunikációfelfogások ütköznek egymással. A súlyosan, halmozottan fogyatékos személyek individuális és orientációs kommunikációjáról szóló gondolatok közt *in expressis verbis* kimondatik, hogy „az audiovizuális, audutív és vizuális médian keresztül közvetített információk [...] nem jelentenek kommunikációt, a kölcsönösség hiánya miatt” (MÁRKUS 2004: 281). Ez szöges ellentétben áll az augmentatív és alternatív kommunikáció felfogásával, amelynek némely változata nagyban függ az audutív és vizuális médiaeszközök adta technikai feltételektől (KÁLMÁN 2004). Természetesen az AAC-t használó személyek sokszor évekig kell, hogy türelmesen próbálkozzanak a kommunikációval, mire adekvát reakciókat kapnak a környezetüktől, de e kölcsönös dinamika hiányában is szokatlan lenne a sérült személy kommunikációs törekvésétől elvitatni a *kommunikatív* jelzőt, még akkor is, ha médiaeszközt vesz hozzá igénybe. A mediatisált kommunikáció kizárása a személyközi kommunikációból azért lehet mégis indokolt, mert a tömegkommunikációs eszközök (pl. televízió) elé ültetett halmozottan fogyatékos személy köznapi értelemben természetesen nem tud kommunikációt folytatni: a tévével való beszélgetésre irányuló törekvése a legjobb esetben is egyoldalú marad. Ez esetben azonban az audio- és/vagy vizuális médiaeszközről alkotott fogalom szorultna pontosításra, hiszen e fogalom alá sorolandó a számítógép is, mint az AAC-ben közreműködő, orientációs személyközi kommunikációt megvalósítani képes technikai eszköz.

Ez az útkereső, tisztázatlan fogalomhasználat nemcsak a logopédia elméletében okoz problémát, hanem a gyakorlatban is, amennyiben kommunikációnak azt az élő, dinamikus fejlődő folyamatot nevezi, amely a kommunikátor szándékolt döntésének eredménye, és kölcsönösségen alapul (MÁRKUS 2004: 281). Ugyancsak problémát (vagy éppen megoldhatatlan kihívást) jelenthet, ha a verbális (hangzó) beszédet tekinti a logo-

pédus a fejlesztés fő céljának. A nonverbalitás bekapcsolása a fejlesztő munkába nemcsak azt igényli, hogy a nonverbális és a verbális kommunikáció különbségei és összefüggései világosan látszódnak, hanem azt is, hogy a beszéd és a kommunikáció fogalma differenciált legyen. E helyütt kell még szót ejteni arról, hogy a kommunikáció és a beszéd elhatárolásának szokásos megalapozása szerint a jelrendszerek között analóg és digitális kódokról beszélhetünk; a digitális kódokból (zárt jelrendszer, egymástól definitíven elhatárolható véges fajtájú elemmel) a beszéd és az írás kódjait, az analóg kódokból (nyitott jelrendszer, definitíven nem meghatározott, elvben végtelen sokféle elemmel) pedig a nonverbális kommunikáció különböző „csatornáit” lehet levezetni. (Ez a felosztás a kommunikáció jelenségszféráját nem egészében, annak folyamat- vagy állapotjellege szerint kategorizálja, csupán a kommunikatív létrehozásához használatos kódokat tipizálja). A logopédiai kommunikációfelfogás e tekintetben egyértelműen a verbális, digitális kódok használatára koncentrálnak.

A problémák sorolásában szükséges még egy anomáliára rámutatni. A beszéd – nyelv – kommunikáció tengely mentén a logopédiai fejlesztés hangsúlyosan a beszéd- és nyelvi fejlesztést tűzi ki célul, ennyiben a szintaktika – szemantika – pragmatika nyelvi tagolásában az első kettőre koncentrálnak (FEHÉRNÉ 2004: 545). Figyelemre méltó, hogy a pragmatikai szint egyáltalán nem szerepel abban a koncepcióban, amely a logopédusok számára tisztázza a nyelvi fejlesztésben megjelenő szinteket (idézett ábra uo.): a használt nyelv *eredményességének* kérdése (pragmatikai szint) háttérben marad a *helyes* kiejtés, nyelvtanhasználat és megértési képesség (fonetikai, szintaktikai és szemantikai szint) kialakításához és fejlesztéséhez képest. Saussure *langue*- és *parole*-fogalmának recepciója már megtörtént a logopédiában, de a *langage* (*langue* és *parole* egysége) még nem kapott megfelelő figyelmet (2. ábra). Tradicionális logopédia és AAC talán ezért találja meg nehezen a maga kapcsolódási pontjait egymás között: történeti hagyományaiból adódóan a logopédia legtöbb ágazata a beszédfejlesztéssel foglalkozik, az AAC pedig ott lép be a képbe, ahol a beszédfejlesztés gyakorlati akadályokba ütközik. Eredeti célkitűzésük azonban azonos: a páciens kezébe adni saját maga hatékony megértésének képességét.

Nyelvi szintek a szemiotikában	Nyelvi szintek Saussure-nél	A szintek viszonyrendszere	A szintekhez tartozó nyelvi kompetenciák
Fonetika	Langue	Hangviszonyok	Helyes hangképzés
Szintaktika	Langue	Jelviszonyok	Helyes nyelvtanhasználat
Szemantika	Parole	Jel és jelölt viszonya	Helyes jelentéshasználat és megértés
Pragmatika	Langage	Jel és jelölő viszonya; jel és jelrendszeren kívüli tényezők viszonya	A megértetés képessége

2. ábra. Nyelvi szintek és kompetenciák

Az emberi kommunikáció funkcióit – a már idézett Jakobsonon kívül is – számos kutató kategorizálta. A PTC elméleti keretében a kommunikatív viselkedést (ha úgy tetszik: a kommunikációs szándékot) mindig valamilyen probléma megléte hívja elő. E perspektívából

nézve a kommunikatív (a más ágensek számára elérhetővé tett szignifikáció, vagyis jelentéstulajdonítás) korántsem csak a beszédre vonatkozik, hanem tágabb értelemben *bármely eredményes állandó vagy alkalmi jelhasználatra* (kapcsolódva ezzel a szemiotikához), amely segíti az ágenszt a problémamegoldásban. A fentieket figyelembe véve kézenfekvőnek tűnik a kommunikáció és a beszéd markáns megkülönböztetésének igénye. E distinkció természetesen megtörtént már az elmélet szintjén, de szükséges, hogy megtörténjen *a terápiás gyakorlat színterein is*. A modernitás előtti korokban kevésbé volt releváns e kettősség, de sajátos módon éppen a medicinális és a fogyatékosügyi intézményrendszer modern kori fejlődése tette azzá. A tudományok és segítő szakmák mai felkészültsége mellett – legalábbis a fejlett világban – nincs okvetlenül halálra ítélve, aki nem képes a hangzóbeszédre. Ugyanakkor a társadalmi integráció elősegítése érdekében ki kell tudnia elégíteni kommunikációs igényeit még teljes beszédképtelenség fennállása esetén is, vagyis a PTC nyelvén szólva: *tudnia kell participálni*, hogy hozzáférjen olyan felkészültségekhez, amelyekkel eredendően nem rendelkezik.

Diszfázia és afázia a logopédiában és a kommunikációfejlesztésben

A kommunikációra a PTC fent vázolt perspektívájából rátekintve világosan látható, hogy a kommunikatív verbális és/vagy nonverbális kódváltozatának mibenléte másodlagos kérdés a problémamegoldási potenciálhoz képest. Mivel a logopédia célja *a kommunikáció komplex fejlesztése*, valamint a többi gyógypedagógiai tudományterület is célul tűzi ki a kommunikációs kompetenciák fejlesztését, felmerül a kérdés, ki a kommunikációfejlesztés nonverbális ágáért (is) felelős szakember. Az ép és a sérült ember tekintetében egyaránt releváns kérdés, hogy e téren a logopédus-e a kizárólagosan kompetens személy.

A logopédia az elmúlt négy évtizedben fontos változáson ment keresztül, mert felvállalta a diszfáziás, (még vagy egyáltalán) nem beszélő, feltehetően csak nyelvi sérüléssel élő kisgyermek vizsgálatát és terápiáját, saját intézményrendszerét is kialakítva hozzá. Ez a tevékenység az igen korai életszakaszban adott diagnózissal, a lehetséges terápiák korai kijelölésével jó prognózisú terápiás folyamatot eredményez, amelynek következményeképpen hatékonyan integrálhatók a korai terápiába bevont diszfáziás személyek. A gyermekek terápiáját teljes iskolai pályafutásuk alatt segítik, gondozzák, és biztosítják a pluszjogokat (pl. diszlexia esetén). Ugyanakkor a terápiába való bevonásnak alapvető kritériuma, hogy a nyelvi sérülésen kívül más fogyatékoság ne legyen, azaz e lehetőség alapvetően csak ép értelmű gyermekek számára nyitott – és így a halmozottan fogyatékos (esetünkben a nyelvi zavaron kívül más fogyatékosággal, pl. értelmi sérüléssel is rendelkező) páciensek kívül rekednek a kommunikációfejlesztő terápián.

A logopédia az afázia terápiáját is jó ellátórendszerrel, kialakult intézményekkel végzi, gyakran egyáltalán nem beszélő emberekkel kezdve a terápiát. A hangképző szervek műtét utáni rehabilitációját is intézményes keretek között látja el, gyakran a beszéd újratanítását is felvállalva, pl. a gégeműtött páciensek esetében. Ez esetben – újratanításról lévén szó – a terapeuta meglévő beszédkompetenciát feltételez, vagyis a páciensnek az afáziaterápia esetén is kell, hogy legyen egy korábban megszerzett és meglévő (ám időközben elveszített vagy korlátozott) felkészültsége a beszédprodukcióra.

A diszfázia- és afázia-ellátórendszer fejlesztésével a logopédia ugyan nagyszámú betegcsoportot lát el, de a beszédképtelen emberek közé további jelentős létszámú csoportok is tartoznak. A szakértői és rehabilitációs bizottságok szakvéleményében náluk általában anarthria diagnózisa jelenik meg. Ilyenek pl. a halmozottan sérült gyermekek (súlyosan mozgássérültek, autisták, súlyos értelmi fogyatékosok, értelmileg akadályozottak). Az *anarthria* mint kategória lényege nehezen adható vissza magyarul; akár nembeszélésnek, beszédképtelenségnek is lehet fordítani, de az oki hátteret ezzel nem árultuk el. Helyesebbnek véljük a „nem hangzóbeszéddel kommunikáló” körülírással jellemezni, axiómaként elfogadva, hogy nem kommunikálni lehetetlen.²

A *nembeszélő* kifejezés azt sugallja, hogy a páciens valamilyen affektív ok miatt nem beszél. E szó a mutizmus, esetleg az autizmusból eredő állapot leírására lehet alkalmas, míg a „beszédképtelen” kifejezés (amely utalhat a szándék meglétére és a beszédcselekvés technikai kivitelezhetetlenségére) sokszor nem fedi pontosan a valóságot, mert hangok, szókezdemények legtöbbször e személyek esetében is megtalálhatók.

E csoportok terápiája természetesen szakgyógyopedagógusok közreműködésével zajlik. Esetükben eldöntetlen, kinek a kompetenciája a kifejezetten nyelvi, illetve kommunikációs fejlesztés, főként abban az esetben, ha – legalábbis egyelőre – nem hangzó beszéddel kommunikál a gyermek.³

1993-ig a súlyosan halmozottan fogyatékos beszédképtelen gyermekek kiszorultak a magyar közoktatási rendszerből, mert „képezhetetlenek” számítottak. A Csillagház Általános Iskola jogelődjében megalakulása, 1973 óta folyt beszédképtelen gyermekek nevelése-oktatása. Az 1973-ban indult első csoportban a nyolc gyermekből kettő volt anarthriás, kettő pedig súlyos dysarthriás, egyikük sem volt azonban súlyosan halmozottan fogyatékos, „csupán” halmozottan fogyatékos. (A súlyos halmozott fogyatékoság alatt ebben a megkülönböztetésben az értelmi képességek súlyos, tartós akadályozottságát értjük.) A súlyosan halmozottan fogyatékos gyermekek a fejlesztő iskolai rendszer bevezetésével, 1993-ban léptek be a közoktatási rendszerbe. Az 1993-as közoktatási törvény még csak a képzési kötelezettséget vezette be a korábban képezhetetlennek nyilvánított gyermekek számára. A fejlesztő iskolai oktatást később az 1993-as közoktatási törvény 2006. január 1-jén életbe lépett módosítása tette lehetővé (30/A §). A fejlesztő szakemberek felkészültsége és gyakorlata azonban számos esetben nem mutatkozik megfelelőnek ahhoz, hogy ezekkel a páciensekkel érdemi terápiás munkát végezhesenek.⁴

Honnan szerezhetnek megfelelő kompetenciákat az e színtereken megjelenő tanárok? A hagyományos, kétszakos gyógypedagógus-képzésben bizonyos szakpárosítások esetén (pl. szomatopedagógia és logopédia, illetve értelmileg akadályozottak pedagógiája és logopédia) a megszerzett ismeretek integrálása nyomán megindulhat a megfelelő szakmai segítségnyújtás. Az egyszakos logopédusképzés azonban dominánsan a verbalitás fejlesztésére helyezi a hangsúlyt, ami bezárja a kaput a diszfázia- és afáziakezelés eszköztárának elsajátítására előtt.⁵ A valóságban a halmozottan sérült, beszéd-

2 A Palo Alto-i iskola kommunikációelméleti 1960-as évekbeli kutatásainak első számú axiómája e megállapítás.

3 A kompetenciaviták mellett természetesen kitűnő példák találhatók az együttműködésre is, pl. a Mozgásjavító Általános Iskola Csillagház Tagozata és a Bliss Alapítvány között.

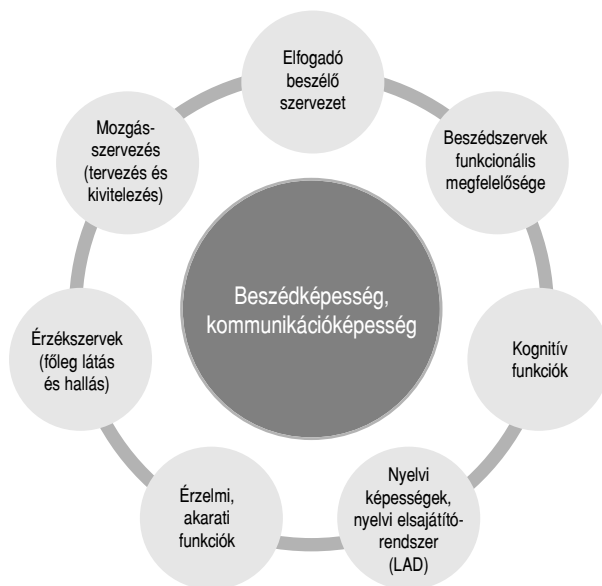
4 Az érintett populáció kiterjedésének felmérése máig sem történt meg. Közeli adatokat adni is nehéz, mivel bizonyos specifikus állapotok (pl. az autizmus) ugyancsak együtt járhatnak afáziával, diszfáziával, és halmozott sérülésekkel. A kategorizáció a tünetek és betegségek komplexitása miatt igen körülményes. (A halmozottan fogyatékos populációval kapcsolatos mérés és statisztika-készítés problémáiról bővebben ír [Márkus 2005].)

5 Amennyiben a hallgató például az alternatív-augmentatív kommunikáció tárgykörében szeretne ismereteket szerezni, külön képzést kell elvégeznie a Bliss Alapítványnál.

képtelen gyermek vagy nem találkozik logopédussal, vagy ha mégis, ez esetben a logopédus csak akkor tud fejlesztő munkába kezdeni, amikor a gyermek már beszédképes – s ez utóbbi kritérium sokak esetében (szervi, motoros, illetve értelmi sérülés, vagy ezek bármely kombinációja esetén) nem teljesíthető.

A kommunikációs és beszédképesség számos készség (felkészültség) együttes megjelenésével és alkalmazásával alakul ki. Ezek a kulcsfontosságú felkészültségek egyformán fontosak, bármelyikben is jelentkezik sérülés, az nyelvi és beszédzavart okozhat. E részterületek sérülése jellegzetes mintázat szerinti, így segítségükkel különböző diagnózisokat különböztetünk meg. A szomatologopédiai munka feladatának tekinti, hogy ezeket a területeket mélyrehatóan és részleteiben megismerje, diagnosztizálni tudja a részterületek sérüléseit, fejlődésbeli elmaradásait, és azok kompenzálására terápiás utat jelöljön ki. A halmozott sérülés a súlyos cerebrálparetikus gyermekek esetében általában több terület együttes sérülését hozza magával. Emiatt a terápia nem állhat csak nyelvi vagy csak mozgásfejlesztésből, hanem mindezt komplexen kell szemlélni és a terápiába bevonni. Túl a fizikai és a pszichológiai vonatkozásokon, a szociális vonatkozásokat (azaz a környezet szerepét) is felmérni hivatott (BOKOR–BACSÁK 2011: 20–21).

A hét kulcsfontosságú részterület a következő:



3. ábra. A kommunikációs és beszédképességhez szükséges felkészültségek

Mint látható, a beszédképességhez közvetlenül hozzájáruló elemek mellett a szélesebb értelemben vett kommunikációs készséghez számos olyan további felkészültség társul, amelyekre a beszédfejlesztés maga nem tud ráhatni. A halmozott problémák végső soron komplexebb megoldásokat követelnek, s a komplexebb megoldások összetettebb, differenciáltabb kommunikációfogalmat igényelnek.

A PTC logopédiai potenciálja: útban a részvétel-alapú kommunikációfogalom felé

„A beszédhibák változatos képét még színesebbé teszi, hogy a tüneteket vizsgálva figyelembe kell vennünk a beszéd fogyatékoság fokának *súlyosságát* (sic!), a rendelkezés megjelölésének *idejét és eredetét*. Végül összefüggését egész személyiségével” (ILLYÉS és mtsai 1978: 164, kiemelések az eredetiben). Számos szerző állapítja meg, hogy a hangos beszéd a társas viszonyulások kialakításának döntő szabályozója, amely kognitív funkciói mellett affektív és emotív funkciókat is ellát, sőt az emberek egymás iránti szimpátiájának és antipátiájának, egyáltalán: a szociális atmoszféra kialakulásának elsődleges forrása (ILLYÉS és mtsai 1978: 168). Az általunk vázolt gondolatmenetben humán ágensek kommunikatív törekvéseiről esett szó, ám egyelőre anélkül, hogy tisztázódott volna, a kommunikáló ember (vagy ahogyan az ógörög filozófia közhelyszerűségig gyakran idézett megállapítása nyomán sokszor hangoztatják: az ember, mint társas lény) voltaképpen micsoda. A WHO által bevezetett rendszer, amely az embert három részrendszerből álló létezőként (bio-, pszicho- és szociális rendszerként) tételezi, nem új keletű. Niklas Luhmann, a konstruktivista szociológia és a rendszerelmélet gondolkodójának tekintélyes életművében⁶ ugyancsak felbukkan e hármass osztályozás: Luhmann az embert biológiai, szociális és pszichikai rendszer egységének tekintette. Felfogásában a személy az a „tulajdonsághalmaz”, amely a pszichikai rendszerből egy-egy szociális kontextusban relevánssá válik, azaz ahogyan az interakciók során mások *meg- vagy félreértik* őt. E szempontból tekintve a kommunikációelmélet számára irreleváns, hogy a kétféle „értés” közül melyik következik be, a kimenetel lényege így is, úgy is egyforma: interakció jön létre, s ez az interakció formálja a kommunikáló személyek személyiségét, azaz az aktuális kontextus függvényében releváns tulajdonságok rendszerét.⁷ Másképp: az interakcióban résztvevő partnerek által észlelt személyiség komplexitása és árnyaltsága nagyban függ attól, hogy az egyén hogyan és milyen mértékben képes magát kommunikatív módon megmutatni.

A logopédiai szemlélet számára korántsem lehet mindegy, hogy meg- vagy félreértés történik – hiszen a nyelvi pragmatika és a hús-vér interakciós partnerek számára ez a valódi probléma a dinamikus kommunikatív együttműködésében. Igazodva a PTC fogalmi készletéhez, a kommunikáló ember, mint ágens rendelkezik sajátvilággal, valamint aktori működéssel: a sajátvilág a kommunikációban résztvevő többi ágens számára hozzáférhetetlen, sőt egyes részei (szokásos pl. tudatalattinak nevezni), magának az ágensnek a számára sem érhető el. Sajátvilágának (gondolatainak, érzéseinek stb.) azon elemeit, amelyeket hozzáférhetővé kíván tenni, aktori működése (a környezetére gyakorolt hatása) révén engedi mutatni. Ennek legcélszerűbb módja a kommunikatív jelhasználat, amely a PTC felfogása szerint mindig valamilyen problémamegoldó törekvés mentén valósul meg.⁸ Amennyiben a biológiai és a pszichológiai működések korlátozzák az ágensnek e törekvését, a szociális rendszerben való részvétele korlátozott lesz.

Álláspontunk szerint a logopédia számára gyümölcsöző lehet egy alternatív (a PTC-re épülő) kommunikációfogalom és terápiás szemlélet bevezetése, amelynek karakterisztikus jegyei az alábbiakban foglalhatók össze.

6 Luhmann szociális rendszerelmélet összefoglalóját adja (LUHMANN 2006).

7 Ld. LUHMANN 1984

8 A probléma fogalmát ilyen széles értelemben határozva meg: az ágens aktuális és számára ugyanakkor kívánatos állapota közötti kritikus különbség.

– A közvetlen emberi kommunikációra mint állapotra tekint, nem pedig mint folyamatra. (Ezzel nem állítja, hogy a kommunikatív megnyilvánulásoknak ne lenne időbelisége és kölcsönösségen alapuló dinamikája, csupán más perspektívában ragadja meg annak lényegét: a kommunikációs szükségletet, mint problémamegoldó törekvést helyezve fókuszba.)

– A közvetlen emberi kommunikáció ágenseinek terápiája során azok *meglévő (eredendő)* felkészültségeire építve segíti fejlődésüket. (Nem kényszeríti bele őket olyan *külső (szerzett)* felkészültségek elsajátításába, amelyek a páciens percepció modalitásai számára nem adottak vagy éppen és abban a szakaszban, itt és most nem hozzáférhetőek – pl. a teljes beszédképtelenség kórképei esetében a terápia kezdetén nem okvetlenül a hangzóbeszéd elsajátítását kell célul kitűzni.)

– A vokális kommunikációs felkészültségek direkt fejlesztése helyett a páciens, mint ágens *problémamegoldó törekvéseinek* lehetőségeit szélesíti (pl. AAC technikák tanítása és alkalmazása révén).

– A közvetlen emberi kommunikációt nem mint *n* számú ember interakcióját definiálja, hanem mint az ágens és *teljes humán környezete* jelhasználaton (szignifikáción) alapuló közös problémamegoldó törekvését (kommunikatív aktivitását).

– A terápiás folyamatban egyenrangúként (egyformán legitim eszközként) tekint az analóg és digitális kódváltozatok alkalmazására. A kommunikációs csatorna minél tökéletesebb használata (fonetika, szintaktika, szemantika) helyett a megértetés képességére (pragmatikai szint) helyezi a hangsúlyt.

Az előző három alfejezetben leírtakat – a logopédia és a kommunikációfejlesztés terápiás gyakorlatában megjelenő hangsúlyeltolódást és a belőle eredő gyakorlati problémákat – megfontolva lényegbevágó kérdés, hogy a logopédus beszédtanárként vagy kommunikációfejlesztőként funkcionáljon-e, s ha az előbbi feladatkört veszi magára, a nem hangzóbeszéddel kommunikáló páciensekkel tud-e eredményes terápiát folytatni. Amennyiben a beszédprodukcióra koncentrálna a participatív (résztevő, problémamegoldó) kommunikáció fejlesztése helyett, a részvétel helyett sok esetben be kell érnie a részvétellel – s ennek nyomán a páciens is inkább iránta tanúsított részvétellel találkozik a környezetében, mint a számára részvételt biztosító, megérteni és megértetni képes kommunikációval. Ha azonban a terapeuta a kommunikáció fogalmába – legitimált módon – beleérti a nonverbális kifejezősmódokat is, és szem előtt tartja a fent vázolt szempontokat, jó eséllyel képes eszközt adni a páciensek kezébe, amellyel kibontakoztathatják teljes személyiségüket, és kommunikatív kódváltozataiktól függetlenül részt vehetnek a kommunikációban – amely közösséget és *közös-séget* épít.

Irodalomjegyzék

- ASHA, American Speech-Language-Hearing Association (1991) Report: Augmentative and Alternative Communication". *ASHA* 33, 5, 9–12.
- BAJNOK A.–KORPICS M.–MILOVÁN A.–PÓLYA T.–SZABÓ L. (szerk.) (2012): *A kommunikatív állapot. Diszciplínáris rekonstrukciók*. Typotex Kiadó, Budapest.
- BÉRES I.–HORÁNYI Ö. (szerk.) (1999): *Társadalmi kommunikáció*. Osiris Kiadó, Budapest.
- BIRDWHISTELL, R. (1970): *Kinesics and Context: Essays on Body Motion Communication*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- BOKOR-BACSÁK GY. (2011): „*Szomatologopédia*”. *Logopédia balmazottan fogyatékos, cerebrálpáretikus személyekkel*. Szakdolgozat, ELTE BGGYK, Budapest.

- BUDA B. (2012): Részvétel a kommunikációban. Horányi Özséb participációs elmélete a társadalmi kommunikációban. In BAJNOK A.–KORPICS M.–MILOVÁN A.–PÓLYA T.–SZABÓ L. (szerk.) (2012): *A kommunikatív állapot. Diszciplináris rekonstrukciók*. Typotex Kiadó, Budapest. 17–26.
- FEHÉRNÉ KOVÁCS Zs. (2004): Fejlesztő diagnosztika a logopédiában. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.) *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 541–559.
- GERBNER, G. (1969): Toward „cultural indicators: the analysis of mass mediated public message system. In GERBNER, G. et al. (eds): *The Analysis of Communication Content. Developments in Scientific Theories and Computer Techniques*. John Wiley, New York, 123–132.
- GERBNER, G. (1972): Communication and social environment. *Scientific American*, 227, 3, 153–160.
- GÓSY M. (1999): *Pszicholingvisztika*. Corvina Kiadó, Budapest.
- GÓSY M. (2000): A beszédképesség zavarai. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest. 211–238.
- HAMP G. (2012): A kommunikációs stílusról. Bevezetés a mandarinba. In BAJNOK A.–KORPICS M.–MILOVÁN A.–PÓLYA T.–SZABÓ L. (szerk.) (2012): *A kommunikatív állapot. Diszciplináris rekonstrukciók*. Typotex Kiadó, Budapest. 193–200.
- HORÁNYI Ö. (2007): *A kommunikáció mint participáció*. Typotex Kiadó, Budapest.
- HORÁNYI Ö. (2009): Arról, ami szignifikatív és arról, ami kommunikatív; valamint arról, ami problematikus (szinopszis, 7.3 változat). In BAGDY E.–DEMÉTRÓVICS ZS.–PILLING J. (szerk.): *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 201–235. Interneten elérhető: http://ozseb.horanyi.hu/participacio/szinopszis7_3.htm
- ILLYÉS GY.–ILLYÉS S.–JANKOVICH L.–LÁNYI M. (1978): *Gyógypedagógiai pszichológia*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- ILLYÉS S. (szerk.) (2000): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest.
- JAKOBSON, R. (1960): Linguistics and Poetics. In SEBOK, T. A. (ed.): *Style in Language*. New York. 350–377.
- JAKOBSON, R. (1972): *Hang – Jel – Vers*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- KÁLMÁN Zs. (2004): A gyógyító pedagógia legifjabb ága: augmentatív és alternatív kommunikáció. In GORDOSNÉ SZ. A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 433–461.
- KÁLMÁN Zs. (2006): *Mással-hangzók. Az augmentatív és alternatív kommunikáció alapjai*. Bliss Alapítvány, Budapest.
- LUHMANN, N. (1984): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- LUHMANN, N. (2006): *Bevezetés a rendszerelméletbe*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- MÁRKUS E. (2004): Különleges élethelyzetű, súlyosan-halmozottan sérült emberek pedagógiai kísérése. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 271–295.
- MÁRKUS E. (2005): *Súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek nevelésének elméleti és gyakorlati problémái*. Doktori értekezés, ELTE PPK Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest.
- NEWCOMB, T. M. (1953): An Approach to the Study of Communicative Act. *Psychological Review*, 60, 393–404. (Magyarul uő: A kommunikatív aktus. In HORÁNYI Ö. [szerk.] [1977]: *Kommunikáció 1.*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest. 51–67.)
- SHANNON, C. E.–WEAVER, W. (1949): *The Mathematical Theory of Communication*, UIP. (Magyarul uők [1986]: *A kommunikáció matematikai elmélete. Az információelmélet születése és távlatai*. OMIKK, Budapest.)
- VASSNÉ KOVÁCS E. (2004): Integráció a logopédiában, különös tekintettel a diszlexiásokra. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 369–385.

A fonológiai profil feltárásának szerepe Down-szindrómás gyermekek logopédiai ellátásában

TAR ÉVA

evatar@barczi.elte.hu

Absztrakt

A Down-szindrómások viselkedésbeli tüneteit feltáró kutatások rámutatnak arra, hogy a genetikai eredet által meghatározott neurológiai deficit az értelmi érintettséggel járó egyéb kórképektől jól elkülöníthető beszédbeli, nyelvi és kommunikációs képességet eredményez, mely egyúttal meghatározza a logopédiai intervenció prioritásait is. A károsodást létrehozó faktorok eltérő kombinációja ugyanakkor csoporton belüli diverzitást eredményez, mely jelenség az általánosítások kerülésére, az egyéni képességprofil felrajzolására, szükségességére hívja fel a figyelmet. Jelen tanulmány egy spontán beszédében teljesen érthetetlen gyermek produktív fonológiai tudása jellemzőinek részletes feltárásával kívánja bemutatni azokat az általános és specifikus vonásokat, amelyek szükséges, de nem elégséges elemként az egyénre szabott terápia alapját képezik.

Kulcsszavak: Down-szindróma, atipikus nyelvfejlődés, fonológiai elemzés

Bevezetés

A Down-szindróma (a továbbiakban: DSZ) a leggyakoribb genetikai eredetű értelmi érintettséggel járó kórkép, a hazai statisztika szerint regisztrált gyakorisága 1,6 ezrelék (2009-es adat: BÉRES–VALEK–MÉTNEKI 2011). A kromoszóma-eltérés, a 21-es triszómia, a magzat agyi struktúráinak fejlődését befolyásolva strukturális és viselkedésben is megnyilvánuló sajátosságokat eredményez. A viselkedéses tünetek fejlődési szakaszokhoz köthetők (PATERSON 2001), legjelentősebb vonásaik egyike a nyelvi képességek súlyos elmaradása. A nyelvi teljesítmény a mentális korhoz képest gyengébb, a nyelvi és nem nyelvi kognitív képességek közt jelentős diszkrepancia áll fenn (CHAPMAN–HESKETH 2000, magyarul: PLÉH–KAS–LUKÁCS 2008). Kutatási eredmények azonban arra is rámutatnak, hogy a nyelv különböző területeit illetően a károsodás eltérő mértékű (CHAPMAN–SCHWARTZ–KAY–RAINING BIRD 1991; KUMIN 1996, 2006; MILLER 1999; LAWS–BISHOP 2004; NAESS et al. 2011). Az expresszív aspektus elmaradása kifejezettebb a feldolgozó, receptív oldalhoz képest; különösen figyelemreméltó a beszéd érthetőségét kedvezőtlenül befolyásoló tényezők magas száma. A nyelvi tudás általában megfigyelhető sajátossága a formális (fonológia, morfológia, szintaxis) szinteken megmutatkozó deficit, jobban megőrzött szemantika mellett.

A fejlődési komponens, illetőleg az életkor szerepe a beszéd, a nyelv és a kommunikáció területén sem hagyható figyelmen kívül (pl. CHAPMAN et al. 1991; CARR 2005). Gyermekkorban a sikeres kommunikációt leginkább akadályozó tényezők a beszéd *nehezen érthetősége*, illetőleg *a fonológiai fejlődés elmaradása*, ebből adódóan számos kutatás próbálta feltárni e fejlődési szakasz sajátosságait. Az eredményeket összefoglalva

elmondható, hogy a fonémarendszerbe *később* épülnek be az olyan – egyébként a tipikus fejlődés során is később kialakuló – hangosztályok, mint a réshangok, az affrikáták és a likvidák (STOEL-GAMMON 1980). A hibamintázat azonban a perzisztáláson, vagyis egy adott fejlődési szintre jellemző hibázás tartós fennállásán túl nagyfokú *variabilitást*, valamint a tipikus fejlődésben nem, vagy ritkán előforduló, *szokatlan hibázásokat* (DODD-THOMPSON 2001; McCANN et al. 2008) is mutat, ezzel a fonológiai rendszer kiépülésének atipikus jellegére hívja fel a figyelmet. Az érthetőséget negatívan befolyásoló hibázások száma a közlés hosszával nő (KUMIN 1994), az elmaradás spontán beszédben kifejezettebb, mint utánmondás során (DODD 1976).

A fentiekben vázolt elmaradás *szindróma-specifikus*; a teljesítmény bizonyos nyelvi mutatók tekintetében elmarad az IQ-ban illetett, nem specifikus kórereditű intellektuális képességzavart mutatók teljesítményétől (CHAPMAN 2006; magyar morfológia területe: RADVÁNYI-PLÉH 2002; RADVÁNYI 2005), s jelentős azon tanulmányok száma is, mely különböző, eltérő értelmi fejlődést eredményező szindrómákkal összevetve is a DSZ speciális nyelvi-kommunikációs gyengeségeit fogalmazza meg (ABBEDUTO et al. 2001; RING-CLAHSEN 2005). Másrésztől azonban az eredményeket megfigyelve az is látható, hogy a teljesítmények megítélésében kerülni kell az általánosításokat. A kutatások azt mutatják, hogy a nyelvi, beszédfejlődést befolyásoló faktorok – mint például a neuroanatómiai eltérés, a specifikus orofaciális profil, a hipotónia, a halláskárosodás, a verbális rövidtávú emlékezet, az elme-teória – egyénenként eltérő súlyossággal és kombinációban károsodnak; a mintázat egyénenként különböző képességprofil, ezzel együtt a beszédbeli, nyelvi és kommunikációs képességeken belül megfigyelhető jelentős egyéni eltéréseket eredményez (PRYCE 1994, ABBEDUTO et al. 2001; JARROLD-BADDELEY-PHILLIPS 2002; PURSER-JARROLD 2005; MCPHERSON et al. 2007; SHOJI-KOIZUMI-OZAKI 2009).

A Down-szindrómás gyermekeknél általában megfigyelhető artikulációs ügyetlenség és szegényes fonológiai tudás, valamint a fejlődést befolyásoló faktorok eltérő kombinációja fontos klinikai implikációval bír, nevezetesen felveti egy részletes, a nyelvi és beszéd teljesítmény aktuális szintjét meghatározó fonológiai vizsgálat elvégzésének szükségességét. Jelen tanulmány célja, hogy egy *esetismertetés*en keresztül bemutassa, hogyan képes a nyelvi fejlettség egy területét, a produktív fonológiai tudást tükröző beszéd és nyelvi adatok elemzése feltárni az adott fonológiai rendszerre jellemző speciális gyengeségeket, – amelyek további vizsgálati eredményekkel együtt lehetővé teszik a beszédhanghiba pontos azonosítását, erre épülően pedig az egyénre tervezett terápiát.

Módszer

Az esetbemutatás alanya egy transzlokációs Down-szindrómás 10;00 éves fiúgyermek (a továbbiakban F), akinél kromoszóma-rendellenességhez társuló értelmi akadályozottságot és hipotóniát diagnosztizáltak. A gyermek kommunikációs helyzetbe kerülve sokat és szívesen kommunikál, bár spontán beszéde szűkebb és tágabb környezete számára is *teljesen érthetetlen*.

A szegmentális fonológiai profil feltárása egy e célra összeállított vizsgáló eljárással történt (a vizsgálati anyagról és módszerről részletesebben: S. TAR 2006), melynek során egy 125 itemből álló szólistához tartozó képanyagot kellett a gyermeknek először önállóan megnevezni, majd – a Down-szindrómások vizsgálatánál rutinszerűen alkalmazott

eljárásnak megfelelően – utánmondani. A két vizsgálati helyzetet ötperces mozgásos aktivitás választotta el egymástól.

A nyelvi adatok elemzése a beszédhang és fonémaállomány összetételére, a szó- és szótagstruktúra sajátosságaira, valamint a hibázások jellegére tért ki. Egy adott beszédhang meglétének *kritériuma* az volt, hogy a gyermek legalább *egy alkalommal* felismerhetően artikulálja azt, függetlenül attól, hogy nyelvi funkciójában jól használta-e a gyermek. A fonémaállomány feltérképezésében a kíváncsi az volt, hogy egy adott beszédhang legalább *két esetben* nyelvi funkciójában (tehát a megfelelő szó megfelelő pozíciójában) jelenjen meg, és a torzítás mértéke – ha volt ilyen – nem lépjen át fonémahatárt. A hibázások természetének megítélése az egyszerűsítések típusán, valamint a hibamintázat jellegzetességein alapult. Az *egyszerűsítések* kategorizálása a Grunwell (1987) által javasolt alkategóriák: rendszer-egyszerűsítés, struktúraegyszerűsítés, interakciós egyszerűsítés különböző típusai (pl. zárhangúsítás, mássalhangzó-kapcsolat redukciója, harmonizációs folyamatok) alapján, a *hibamintázat* értelmezése: tipikus folyamatok perzisztálása, kronológiai diszharmonia, szisztematikus hangpreferencia, szokatlan vagy idioszinkretikus folyamatok (GRUNWELL 1992) figyelembevételével történt. Az *egyszerűsítések* abban az esetben voltak beszédre jellemző sajátosságként értékelve, ha típusonként legalább kétszer előfordultak a beszédmintában. Az egyszerűsítési típusokról és az atipikus hibamintázat jellemzőiről részletesebben: S. Tar (2006, 2011). A tipikus nyelvi fejlődéssel való összevetés Lórik (1982), Gósy (1984, 1998), valamint S. Tar (2006, 2007) munkái nyomán történt.

Eredmények

Spontán megnevezés

A spontán megnevezés során F a 125 itemből 23 önálló megnevezésére volt képes. Az így előállt beszédminta nem szolgáltatott elégséges alapot a további elemzés számára. Mindazonáltal e vizsgálati szakasz során egyértelművé vált az is, hogy a gyermek által felismert itemek száma (melyek jelentésére gesztusokkal, hangutánzással, rámutatással utalt) lényegesen több mint az érhetően produkált szóalakoké.

Utánmondás

Az utánmondás során nyert adatok (115/125) alapján a beszédhang- és fonémaállomány elsajátítottnak értékelt mássalhangzó-elemeit az *1. táblázat* tartalmazza. A táblázatból látható, hogy a **beszédhangállomány** csaknem teljes, a *hiányzó elemek* a zöngés alveoláris és posztalveoláris réshangok (*z*, *zs*) és affrikáták (*dz*, *dzs*), valamint a legyintő hang (*r*). A fonetikai pozíció jelentősen befolyásolja a beszédhangok megjelenését; a szóvégi pozíció mutatja a legerősebb korlátot, mind az artikulált elemek számát, mind pedig minőségét tekintve. Néhány szegmentum egyszeri előfordulásától eltekintve e fonetikai helyzetben a zöngétlen szibilánsokat artikulálja a gyermek.

A magánhangzók állománya a felső nyelvvállású labiális palatális kivételével (*ü/ű*) teljes.

Fonémaállomány. Az artikulációsan sikeresen kivitelezett mássalhangzók nyelvi funkciójukban mind rendszerbeli státusukat, mind disztribúciójukat (a lehetséges fonetikai helyzetekben való előfordulásukat) tekintve erőteljes korlátokat mutatnak.

A fonémarendszernek nem része a *nazálisok és a likvidák hangosztálya*. Az obstruensekben belül *nem alakult ki zöngésségi oppozíció* (azaz hiányoznak a zöngés zárhangok, réshangok és affrikáták); a képzési helyet tekintve pedig a réshangokon belül az alveoláris (sz). Szó eleji fonetikai helyzetben lényegesen több fonéma realizálódik, mint szó belsejében, avagy szóvégiben: szó belsejében az alveoláris zárhang (t) és palatális approximáns (j), szóvégiben az alveoláris réshang (sz) jelenik meg. A szó eleji helyzet meghatározó szerepét mutatja továbbá, hogy stabil fonémahasználat (a lehetséges előfordulások legalább 75%-ában helyes megvalósulás) is e fonetikai pozícióban figyelhető meg, bár igen szűk azon szegmentumok köre, melyek az elsajátítottságnak e szintjét elérték.

A *magánhangzók állománya*, a beszédhangoknál írtaknak megfelelően, a felső labiális palatális (ü/ű) kivételével elsajátított. A szó eleji szótagokat elemezve azonban csak az *á, e, é, o* esetében láthatunk stabil használatot.

SZÓ ELEJE				SZÓ BELSEJE				SZÓ VÉGE		
<i>p</i> (<i>b</i>)	<i>t</i>		<i>k</i>	<i>t</i>	<i>d</i>		<i>k</i>	<i>g</i>	(<i>p</i>)	(<i>t</i>)
<i>f</i> (<i>v</i>)	<i>sz</i>	<i>s</i>		<i>sz</i>	<i>s</i>				<i>sz</i>	<i>s</i>
	<i>c</i>	<i>cs</i>	<i>ty</i>		<i>cs</i>		(<i>gy</i>)		(<i>c</i>)	(<i>ty</i>)
(<i>m</i>)	<i>n</i>		(<i>ny</i>)	<i>n</i>					(<i>m</i>)	
			<i>j</i>	<i>l</i>			<i>j</i>			
			<i>b</i>							
<i>p</i>	<i>t</i>		<i>k</i>	<i>t</i>						
<i>f</i>	<i>sz</i>	<i>s</i>							<i>sz</i>	
		<i>cs</i>	<i>ty</i>							
			<i>j</i>				<i>j</i>			
			<i>b</i>							

1. táblázat. A vizsgált gyermek beszédhang- (felső táblázat) és fonémaállományának (alsó táblázat) mássalhangzói. A szegmentumok megjelenítése soronként a képzési mód, a sorban balról jobbra haladva a képzési hely, illetőleg zöngésség szerint történt. A szegmentumok besorolása Szende (1997) nyomán. A beszédhangállomány zárójelben szereplő elemei a kritérium szerinti minimális (egyszeri) előfordulást, a fonémaállomány vastagon szedett elemei a **stabil** használatot jelölik.

A **szóstruktúra** is erőteljes korlátokat mutat, mind a szótagszámot, mind pedig a szótagstruktúrát illetően. A fellelhető maximális szótagszám három, a preferált szótagszám kettő. Az elsajátított szótagstruktúra a CV és (mindössze a lehetőségek 17%-ában produkálva) a CVC (ahol C a mássalhangzót, V a magánhangzót jelöli); mássalhangzó-kapcsolatot tartalmazó szavak használata nem fordul elő.

Hibátípusok. A hibázások többségükben a *strukturális és interakciós* egyszerűsítések körébe tartoznak. A leggyakoribb *strukturálegyszerűsítés* a mássalhangzó- és magánhangzó-kapcsolatok redukciója, valamint a szóvégi mássalhangzó elhagyása (pl. *trón*→*tó*). Ritkábban előforduló, de jellemző strukturális egyszerűsítés a szótagkihagyás (pl. *papucs*→*pacs*), a szóeleji mássalhangzó elhagyása (pl. *fecske*→*ekke*), valamint a szótagbetoldás. A *szóvégi mássalhangzó- és a szótagtörlés* figyelemreméltó tulajdonsága,

hogy főként zárhangokra és zöngés szegmentumokra irányul (pl. *szűnyog*→*szű*, *szív*→*szí*). Az utánmondott szavak 7%-át egyszerűsíti a gyermek *betoldással*; az érintett szóstruktúra többségében egyszótagú, zárlatot tartalmazó szóalak (azaz CVC), mely egy szóvégi helyzetben ejtett hozzáadott magánhangzó következményeként a gyermek által preferált CVCV alakot veszi fel (pl. *pötyt*→*potto*).

Az *interakciós egyszerűsítések* körébe tartozó *szerkezetisméltés* (a hangkörnyezet egy vagy több tulajdonságának ismétlése pl. *csésze*→*csécse*), *szerkezetátrendezés* (egy vagy több hangtulajdonságnak nem az előírt pozícióban való megjelenése pl. *csengő*→*kecsón*) és *fúzió* (a szóalak legalább két pozíciójára előírt hangtulajdonságainak egy pozícióban való megjelenése pl. *strand*→*csazsa*) mindegyike nagy számban jelen van a hibázások között.

Rendszeregyeszerűsítés a magánhangzók esetében fordul elő, típusai a nyitás és hátrahelyezés; az előbbiben érintett szegmentumok az *i* és az *a* (pl. *gyík*→*éé*, *óra*→*ólá*), az utóbbiban az *ü* és az *ö* (pl. *tű*→*tú*, *öv*→*ov*). A mássalhangzós hibázások legfőbb sajátossága *a szavak közti variabilitás*, melynek során egy még nem elsajátított szegmentum különböző szavakban ejtve eltérő módon realizálódik (pl. a legyintőhang /r/ megvalósulásaira *rák*→*há*, *óra*→*ólá*, *rózsa*→*tájá*).

A *strukturális és interakciós* hibázások következtében előálló, a gyermek által leggyakrabban (az esetek 60%-ában) használt szóalak a CV, illetve CVCV alakzat (pl. *szív*→*szí*, *rózsa*→*tájá*). A célszavak *struktúrájára vonatkozó részleges tudást* mutatja azonban például a hibázásoknak az a *szabályszerűsége*, mely a célszavak és az egyszerűsítés nyomán előálló realizációk szótagszáma közt fedezhető fel: a CV-re egyszerűsített szavak 75%-a egy szótagú célszó, míg a CVCV szerkezet célszavai közt 7% az egy szótagúak aránya, 55% a két szótagúaké és 38% a három szótagúaké.

Hibamintázat. A fentebb említett *strukturális egyszerűsítések* többsége, a *szerkezetisméltések*, valamint a magánhangzós *rendszeregyeszerűsítések* a tipikus nyelvi fejlődésű, fiatalabb gyermekek beszédében is megfigyelhető hibázások; hat éves kor után azonban előfordulásuk nem jellemző, így a fejlődésbeli elmaradás e területen jelentős. Különösen figyelemre méltó e tekintetben azon strukturális és interakciós egyszerűsítések jelenléte, melyek a *fonológiai fejlődés kezdeti szakaszának hibázásait* idézik (pl. szótagkihagyás, szerkezetisméltés).

A hibázások együtt járása több tekintetben is *atipikus* mintázatot mutat. Látható ez egyrészt abból, hogy a fonológiai rendszer sajátosságai nem feleltethetők meg egészében egy korábbi fejlődési szakasz sajátosságainak sem. E *kronológiai dízsharmóniára* utal egyrészt a fejlődésben később megjelenő rendszerelemek (veláris zárhang: /k, g/, posztalveoláris affrikáta /cs/), illetőleg a korai fejlődési szakaszra jellemző hibatípusok együttes jelenléte (szótagtörlés, a fonetikai pozíció erőteljes korlátozó hatása, szerkezetisméltések magas száma). A *beszédhangállományt* tekintve látható, hogy a tipikus fejlődés során is később kialakuló elemek nem részei a rendszernek, kivétel ez alól az alveoláris affrikáta, mely hiánya a posztalveoláris affrikáta megléte mellett nem magyarázható fejlődési tényezőkkel. A *fonémaállomány* zár-, réshangokra, affrikátákra és approximánsokra korlátozódik; a réshangok, affrikáták megléte a nazálisokkal szemben szintén olyan sajátossága F fonéma-rendszerének, mely *nem illeszkedik* az elsajátítás tipikus sorrendjéhez.

Az atipikus fejlődésmenet további sajátossága a tipikus fejlődésben ritkán előforduló hibázások jelenléte, mint például a szó eleji mássalhangzó elhagyása, illetőleg a szerkezetátrendezéssel realizált szóalakok magas száma is.

Összegzés

Jelen tanulmány célja volt, hogy egy esetismertetés keretein belül megmutassa, mennyiben segítheti egy részletes fonológiai profil az *etiológia-alapú* (azaz, az ismert kóreredet alapján bejósolható specifikus elmaradásokat figyelembe vevő), ugyanakkor személyre szabott beavatkozás megtervezését.

Az eredmények megerősítik a Down-szindrómások spontán beszéde és utánmondása közt fennálló érthetőségbeli különbséget hangsúlyozó kutatási eredményeket. A korlátozott fonémaállomány, egyszerű szó- és szótagstruktúra, valamint az érthetőséget negatívan befolyásoló, esetenként szokatlan (atipikus) hibázások szintén a szindrómát leíró beszédbeli, nyelvi specifikusok körébe tartoznak. Az eredmények indirekt módon a szavak hangalakjára és referenciális jelentésére vonatkozó tudás közti eltérésre is rámutatnak.

A produktív fonológiai tudás aktuális realizálódása a fonológiai profil sajátosságait összefoglalva a következőképp alakul.

A fonémaállomány *erősen korlátozott*, szemben a csaknem teljes beszédhangállománnyal. Ez a sajátosság a produktív fonológiai tudásnak *nem kizárólag* az artikuláció nehezítettségéből adódó hiányosságaira hívja fel a figyelmet.

A *preferált fonetikai pozíció a szó eleji*, az elsajátított szegmentumok, különösen a fonémák nagy része ebben a fonetikai helyzetben jelenik meg, a gyermek beszédére jellemző sajátos fonotaktikai mintázatot hozva ezzel létre.

A szavak és szótagok struktúrája többségében a kanonikus gagyogás időszakában megfigyelhető CV-kapcsolatból, illetőleg azok sorozatából áll.

Összességében F beszéd és nyelvi állapota *atipikus* fonológiai profillal jellemezhető, melynek jellegzetessége *a fonémaállományban és a szóalak struktúrájában* tapasztalható 4–8 éves elmaradás, a tipikus fejlődésben *szokatlan* hibázások jelenléte, valamint a tudásnak és hibázásoknak *a korábbi fejlődési szakaszok egyikének sem megfelelő* sajátos együtt járása.

A fejlődés fonológiai aspektusának e sajátosságai felhívják a figyelmet arra, hogy a fejlesztés során a hagyományos artikulációs terápián kívül egyéb, a *szóstruktúra* és *a fonémarendszer kiépítését* szolgáló, valamint a *variabilitást csökkentő* intervenciók eljárásokat is számításba kell venni. Az elemzés a hiányosságokon és azok sajátosságain kívül *az elsajátított tudáselemeket* is feltárta. A terápia tervezésében a hiányosságok *célként*, az erősségek *kiindulási pontként* fognak megjelenni.

A rendelkezésre álló adatok elemzése a pontos diagnosztikai kategória (fonológiai zavar vs. verbális diszpraxia) megállapítását nem teszi lehetővé. A diagnózis felállításához a beszéd és nyelvi állapotról további információt nyújtó, valamint a beszédszervi működést leíró vizsgálatokra van még szükség. A háttérben zajló kognitív mechanizmusok (különös tekintettel az auditoros feldolgozás és a verbális munkamemória) működését feltáró vizsgálatok pedig a részletes fejlesztési terv kidolgozását segítik majd.

Addig is azonban, míg a beszéd csatornája elérhetővé nem válik a gyermek számára, képességeihez illeszkedő alternatív kommunikációs eszköz bevezetésére van szükség, lehetővé téve ezzel kommunikációs igényei kielégítését.

Felhasznált irodalom

- ABBEDUTO, L.–KARADOTTIR, S.–PAVETTO, M.–O'BRIEN, A.–KESIN, E. –WEISSMAN, M. D.–CAWTHON, S. (2001): The linguistic and cognitive profile of Down syndrome: Evidence from comparison with fragile X syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 7/1, 9–15.
- BÉRES J.–VALEK A.–MÉTNEKI J. (2011): *A Down szindróma (DS) szűrési eredményei a VRONY adatai alapján*. http://www.oefi.hu/rendezv/vrony/Down_sz_szuresi_eredmenyei.ppt#256,1.
- CARR, J. (2005): Stability and change in cognitive ability over the life span: A comparison of populations with and without Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 915–928.
- CHAPMAN, R. S. (2006): Language learning in Down syndrome: The speech and language profile compared to adolescents with cognitive impairment of unknown origin. *Down Syndrome Research and Practice*, 10/2, 61–66.
- CHAPMAN, R. S.–SCHWARTZ, S. E.–KAY-RAINING BIRD, E. (1991): Language skills of children and adolescents with Down syndrome I: Comprehension. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 1106–1120.
- CHAPMAN, R. S.–HESKETH, L. J. (2000): Behavioral phenotype of individuals with down syndrome. *Mental retardation and developmental disabilities research review*, 6, 84–95.
- DODD, B. (1976): A comparison of the phonological systems of mental age matched, normal, severely subnormal and Down's syndrome children. *British Journal of Disorders of Communication*, 11, 27–42.
- DODD, B.–THOMPSON, L. (2001): Speech disorder in children with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 308–316.
- GÓSY M. (1984): Hangtani és szótani vizsgálatok hároméves gyermekek nyelvében. *Nyelvtudományi Értekezések 119*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- GÓSY M. (1998): A szavak hangalakjának változása a gyermeknyelvben. *Beszédkutatás*. Szófonetikai vizsgálatok. MTA Nyelvtudományi Intézet, Budapest. 1–39.
- GRUNWELL, P. (1987): *Clinical Phonology*. Croom Helm, London–Sydney.
- GRUNWELL, P. (1992): Assessment of Child Phonology in the Clinical Context. In FERGUSON, A. C.–MENN, L.–STOEL-GAMMON, C. (eds): *Phonological development. Models, research, implications*. Timonium, York Press, Maryland. 457–483.
- JARROLD, C.–BADDELEY, A.–PHILLIPS, C. E. (2002): Verbal short-term memory in Down syndrome: A problem of memory, audition, or speech? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 531–544.
- KUMIN, L. (1994): Intelligibility of speech in children with Down syndrome in natural settings: parents' perspective. *Perceptual and Motor Skills*, 78/1, 307–313.
- KUMIN, L. (1996): Speech and language skills in children with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 2, 109–115.
- KUMIN, L. (2006): Speech intelligibility and childhood verbal apraxia in children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 10/1, 10–22.
- LAWS, G.–BISHOP, D. V. M. (2004): Verbal deficit in Down's syndrome and specific language impairment: a comparison. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39/4, 423–451.
- LÓRIK J. (1982): Állami gondozott óvodások fonémaállományának fejlettsége. *Gyógypedagógiai Szemle* 10/2. 100–112.
- MCCANN, J.–WOOD, S.E.–HARDCASTLE, W. J.–WISHART, J. G.–TIMMINS, C. (2008): The relationship between speech, oromotor, language and cognitive abilities in children with Down's syndrome. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45/1, 83–95.
- MCIPHERSON, B.–LAI, S. P.–LEUNG, K. K.–NG, I. H. (2007): Hearing loss in Chinese school children with Down syndrome. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71, 1905–1915.

- MILLER, J. F. (1999): Profiles of language development in children with Down syndrome. In MILLER, J. F.–LEDDY, M.–LEAVITT, L. A. (eds): *Improving the communication of people with Down syndrome*. Brooks Baltimore. 11–40.
- NAESS, K. B.–LYSTER, S. H.–HULME, C.–MELBY-LERVAG, M. (2011): Language and verbal short-term memory skills in children with Down syndrome: A meta-analytic review. *Research in Developmental Disability*, 32, 2225–2234.
- PATERSON, S. (2001): Language and number in Down syndrome: The complex developmental trajectory from infancy to adulthood. *Down Syndrome Research and Practice*, 7/2, 79–86
- PLÉH Cs.–KAS B.–LUKÁCS Á. (2008): A nyelvi fejlődés zavarai. In KÁLLAY J.–BENDE I.–KARÁDI K.–RACSMÁNY M. (szerk.): *Bevezetés a neuropszichológiába*. Medicina, Budapest.
- PRYCE, M. (1994): The voice of people with Down syndrome: An EMG biofeedback study. *Down Syndrome Research and Practice*, 2/3, 106–111.
- PURSER, H. R. M.–JARROLD, C. (2005): Impaired verbal short-term memory in Down syndrome reflects a capacity limitation rather than atypically rapid forgetting. *Journal of Experimental Child Psychology*, 91, 1–23.
- RADVÁNYI K. (2005): Kromoszóma-rendellenesség miatt fejlődési elmaradást mutató Down-szindrómás személyek nyelvi készségeinek vizsgálata. In GERVAIN J.–KOVÁCS K.–LUKÁCS Á.–RACSMÁNY M. (szerk.): *Az ezerarcú elme. Tanulmányok Pléh Csaba 60. születésnapjára*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 88–101.
- RADVÁNYI K.–PLÉH Cs. (2002): Középsúlyos értelmi fogyatékos iskoláskorú gyermekek beszédének néhány nyelvtani jellemzője. *Pszichológia*, 22/3, 245–263.
- RING, M.–CLAHSEN, H. (2005): Distinct patterns of language impairment in Down's syndrome and Williams syndrome: The case of syntactic chains. *Journal of Neurolinguistics*, 18, 479–501.
- SHOJI, H.–KOIZUMI, N.–OZAKI, H. (2009): Linguistic lateralization in adolescents with Down syndrome revealed by a dichotic monitoring test. *Research in Developmental Disability*, 30, 219–228.
- SEBESTYÉNNÉ TAR É. (2006): *A 3–6 éves kori fonológiai fejlődés kronológiai mintázata a magyarban*. Open Art, Budapest.
- SEBESTYÉNNÉ TAR É. (2007): Magánhangzó-kapcsolatok megjelenése a tipikus nyelvfejlődés 3–6 éves életkori szakaszában és a (nem következményesen) atipikus nyelvi fejlődésben. *Beszédgyógyítás*, I, 1–29.
- SEBESTYÉNNÉ TAR É. (2011): Atipikus fonológiai fejlődés és fonológiai folyamatok. *Gyógypedagógiai Szemle*, 39/3–4, 196–205.
- STOEL-GAMMON, C. (1980): Down syndrome phonology: Developmental patterns and intervention strategies. *Down syndrome research and practice*, 7/3, 93–100.
- SZENDE T. (1997): *Alapalak és lazítási folyamatok*. *Studia et dissertationes* 22. Magyar Tudományos Akadémia Nyelvtudományi Intézete, Budapest.

„Emberhez méltó jobb lakó- és életkörülmények nekik is”. Értelmileg akadályozott emberek életminősége és a kitagolás kérdése

RADVÁNYI KATALIN (1), REGÉNYI ENIKŐ MÁRIA (1), CSORBA JÁNOS (2)
katalin.radvanyi@barczy.elte.hu

Absztrakt

A jogi környezet áttekintése után a szerzők nemzetközi kitekintésben bemutatják az értelmi fogyatékos populáció életkörülményeit, lakhatási lehetőségeit és az általános de-institucionalizációs folyamatot, ezen belül az előzményekkel, a nemzetközi tapasztalatokkal és Finnország pozitív példájával foglalkoznak. Megvitatják a témakör elméleti és gyakorlati aspektusait, részletezik a hazai helyzetet és körvonalazzák a kitagolás lehetséges optimális céljait.

Kulcsszavak: értelmi fogyatékos; lakhatási körülmények; de-institucionalizáció (kitagolás); külföldi és magyar tapasztalatok

Bevezetés.

Jogi környezet és speciális igények, előzmények

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 17.§-a biztosítja a fogyatékos személy jogát ahhoz, hogy fogyatékoságának, személyes körülményeinek megfelelő – családi, lakóotthoni, intézményi – lakhatási formák közül választhasson. A 29.§ (5) bekezdése előírja, hogy a fogyatékos személyek számára tartós bentlakást nyújtó intézményeket fokozatosan, de legkésőbb 2010. január 1-ig át kell alakítani olyan módon, hogy az önálló életvitelre személyi segítséggel képes fogyatékos személyek ellátása kisközösséget befogadó lakóotthonban történjen, továbbá az arra rászoruló súlyos fogyatékos személyek számára humanizált, modernizált intézményi ellátást kell biztosítani.

Az 1998. évi XXVI. törvény alapelvei az intézménytelenítési reformra is érvényesek. Olyan bentlakásos ellátásokat kell létrehozni, amelyek:

- Nem zárják el a fogyatékos embereket a társadalomtól, hanem lehetővé teszik, hogy az épekhez hasonló körülmények között éljenek normál lakókörnyezetben található házakban vagy lakásokban.
- Mindenkinél a képességei szerinti önállóságot biztosítják, és nem korlátoznak feleslegesen. Akinek nincs szüksége állandó felügyeletre, az nem kap állandó felügyeletet – így csökken a „túlgyógyítás”. Akinek viszont fokozott gondoskodásra van szüksége, az valóban kiemelt figyelmet élvezzen. Ehhez az kell, hogy az ellátások a jelenleginél kisebb ellátotti és nagyobb dolgozói létszámmal, és rugalmasabb feltételek között működjenek.

- Lehetővé teszik az egyén képességeinek legteljesebb kibontakoztatását, szinten tartását és fejlesztését.
- Ehhez biztosítani kell a megfelelő szakembereket, szolgáltatásokat és módszereket (PORDÁN 2008).

Magyarország 2007-ben csatlakozott a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezményhez (lásd: 2007. évi XCII. törvény). Ennek 19. cikke szól az önálló életvitelről és a közösségbe való befogadásról, amelynek területei: egyenlő jog a közösségben való élethez és a szabad döntéshez; teljes közösségi befogadás és részvétel; a lakóhely (hol és kivel) megválasztásának joga; nem kötelezhetőek bizonyos megszabott körülmények között élni; többféle otthoni, intézményi és egyéb közösségi támogató szolgálat; személyes segítség a közösségben éléshez és a közösségbe történő beilleszkedéshez, a közösségtől való elszigetelődés és kirekesztődés megelőzéséhez; a mindenkire számára nyújtott közösségi szolgáltatások és létesítmények azonos alapon hozzáférhetőek a fogyatékossgal élő személyek számára is, és igényeikhez igazítottak (HORVÁTH 2007).

2010 márciusában változtak a törvényi előírások, az Országgyűlés döntött az 50 férőhelynél nagyobb férőhelyszámú szociális intézmények kiváltásáról, 2011 tavaszára kidolgozásra került „A fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról” szóló dokumentum (a továbbiakban: Stratégia), majd az 1257/2011. (VII.21.) Kormányhatározat 8. pontja rendelkezett a Stratégiában megfogalmazott elvek társadalmi elfogadása érdekében nemzeti kampány indításáról, amelynek forrását a TÁMOP 5.4.1. „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” pályázat biztosította.

A Stratégia célja (5. o.) a lakókörnyezetbe integrált elhelyezést nyújtó, széles szolgáltatási kínálattal rendelkező, az öngondoskodásra való képességre épülő és az azt fejlesztő szolgáltatási rendszer irányába történő elmozdulás. A bentlakásos intézmények által nyújtott komplex szolgáltatás most önálló életvitelt segítő szociális szolgáltatásokra (pl. rehabilitáció, fejlesztés, gondozás, szállítás), valamint a lakhatási szolgáltatásra bomlik szét, a lakhatási szolgáltatás az egyéni szükségleteknek megfelelően három formára bomlik szét, ezek a lakás (maximum 6 fő részére), a lakóotthon (maximum 12 fő részére) és a lakócentrum (maximum 6 fő részére). A Stratégia fontos eleme, hogy valamennyi helyzetben szétváljanak a lakhatás és a napközbeni tartózkodás terei.

A lakók áthelyezésénél fontos szempont az igényeik figyelembe vétele és a felkészítés az új helyzetre.

2. Az intézménytelenítés nemzetközi és hazai folyamatairól

2.1. Nemzetközi előzmények

2006–2007-ben az Európai Bizottság támogatásával egy nagyszabású nemzetközi kutatás során 28 európai országban (EU27 és Törökország) gyűjtöttek adatokat a fogyatékos és a pszichiátriai betegségben szenvedő beteg emberek tartós bentlakást biztosító intézményeiről. A projekt célja az „intézménytelenítés” (*de-institucionalizáció*) és a közösségi alapú ellátások eredményeinek és költségeinek a feltérképezése, az intézeti és

a közösségi ellátások költségeinek és költség-hatékonyságának összehasonlítása volt (MANSSEL et al. in KOZMA 2008). A kutatás definíciója szerint – amelyet az Európai Bizottság határozott meg – „*az intézet az a 30 férőhelynél nagyobb, tartós bentlakást lehetővé tevő intézmény, ahol a lakók legalább 80%-a fogyatékos vagy pszichiátriai beteg*”.

A felmérés néhány eredménye:

- Európa 28 országában mintegy 1,2 millió fogyatékos vagy pszichiátriai beteg ember él bentlakásos intézményben.
- A felmérésben résztvevő országok mintegy felében az értelmi fogyatékosnak minősülő felnőttek számára a 6–30 férőhelyes ellátások a jellemzőek.
- Csak az Egyesült Királyságban és Svédországban olyan az ellátási helyzet, hogy hat főnél kisebb otthonokban található a férőhelyek nagy része. Svédországban éves statisztikák készítésével követik nyomon, hogyan alakul a kiscsoportos lakóotthonok kialakítása. Statisztikáik szerint még több év szükséges ahhoz, hogy minden felnőtt értelmi fogyatékos 2-3 fős elhelyezésben élhessen (THEUNISSEN 2007).

A nagy létszámú otthonokban az önmegvalósítás Metzler (METZLER 2000 in RADVÁNYI 2008) szerint a következők miatt akadályozott:

- A lakókat olyan csoportokba helyezik, amelyek nagyságát az intézmény határozza meg, a csoport összetételébe a lakóknak nincs beleszólásuk
- Egyágyas elhelyezésre és így a személyes visszavonulásra csupán a lakók 38%-ának van lehetősége, 18%-ban még három, vagy több ágyas szobában laknak.
- A segítők kiválasztásában a lakók nem játszanak szerepet, pedig ők azok, akikkel az idejük nagy részét töltik, és akik a privát szférájukba is betekintést nyernek.
- A lakócsoportok mesterségesen összeállított közösségek, sikeres működésük a professzionális segítők ötletességén, kompetenciáin és a lakók alkalmazkodóképességén múlik. Az egyéni kívánások alig kerülnek előtérbe, a csoportműködésnek van kiemelt szerepe.
- A mindennapi tevékenységek az intézmény ritmusához és a lehetséges szolgáltatásokhoz alkalmazkodnak, nem pedig a lakók igényeihez.
- Sok intézményben az előírt gondozási rendszer miatt korlátozottak az egyéni aktivitás és egyéni felelősségvállalás lehetőségei, pedig ezek a kompetenciák fejlődésének és az önértékelés növelésének alapfeltételei.

Németországban például a normalizációs elv hatására az intézmények tárgyi, szervezeti és személyi feltételei a 80-as évektől megváltoztak, jóllehet a normalizációs elvet sokáig korlátozottan értelmezték (THEUNISSEN 1996), ezért a kitagolásnál nem a lakóotthoni elhelyezést helyezték előtérbe, hanem a nagy intézeteket kezdték el „humanizálni”, vagyis átépítették, renoválták azokat, kisebb helyiségeket és csoportszobákat alakítottak ki, a bútortatot megváltoztatták. A tradicionális, nagy intézetek közül csak néhány változott meg a társadalmi integráció deklarált céljának megfelelően. A deficitorientált szemlélet alig változott, és az érintetteknek alig, vagy egyáltalán nem volt beleszólásuk abba, hogy mi történik velük.

Külföldi tapasztalatok alapján elmondható, hogy:

- a kis létszámú ellátási formák jobb minőséget nyújtanak, mint a nagy intézetek.
- a kiscsoportos, lakóközösségbe integrált lakóotthoni ellátási forma alkalmas minden fogyatékos ember ellátására, fogyatékoságának súlyosságától és életkorától függetlenül.
- A felnőtt fogyatékos emberek bentlakásos ellátásai egyre közelednek a „normál” lakhatáshoz, elismerik a magánszférához és az önrendelkezéshez való jogot. A lakóot-

honok felnőtt emberek lakóközösségei, kialakításuk és működtetésük is ennek megfelelő (PORDÁN 2008).

Külföldi kutatások megerősítik, hogy a leggyakrabban vizsgált életminőség-dimenziók a kis létszámú közösségekben javulnak, ugyanis a kis létszámú otthonokban élőknek:

- több választási és döntési lehetőségük van a mindennapi életüket érintő alapvető kérdésekben (STANCLIFFE–ABERY 1997).
- több társas kapcsolatuk és barátjuk van, mert a nagy létszámú intézményekben az összezártságból számos konfliktus is adódik, ami sok esetben elszigetelődéshez, magány kialakulásához vezet. A lakóotthonok a kisebb létszám következtében kevesebb a sűrűlódás lehetősége, illetve az elhelyezési körülményeknek köszönhetően több lehetőség van a visszavonulásra, nagyobb a privát szféra (EMERSON–MCVILLY 2004).
- gyakoribb és szorosabb kapcsolatban állnak családjukkal
- nagyobb mértékben vesznek részt a helyi közösség életében és veszik igénybe a közösségi szolgáltatásokat, pl. járnak boltba, moziba, színházba, uszodába stb.
- több lehetőségük van készségeik fejlesztésére. Például az intézetből lakóotthonba költözők önállóbbá válnak, javulnak készségeik, különösen a személyes higiénia és az önellátás területén.
- idejük nagyobb részét töltik aktívan, értelmes tevékenységgel (pl. fejlesztésben való részvétel, házimunka, hobbi gyakorlása stb.) és kevésbé volt jellemző a passzivitás. Javult az egy segítőre jutó lakók aránya.
- Kézenfekvő, de kutatások is megerősítik (KEBBON–WINDAHL 1986; EMERSON és mtsai 2001), hogy a destruktív hatású agresszív és autoagresszív események részben összefüggnek a lakhatási körülményekkel és az összezártság miatt gátolt mobilitással
- Ezekhez vehetjük még, hogy kisebb közösségeknél szorosabb a kooperáció a tagok között, nagyobb a lehetőség barátságok kialakítására, még igen eltérő igényű személyiségek között is, mint amorf, nagyobb létszámú csoportos együttlét esetén.

A lakóotthonba költözők, lakóotthonban élők elégedettebbek körülményeikkel és életükkel, mint az intézetben élők. Többségük nem szeretne visszaköltözni az intézetbe.

A nemzetközi folyamatok jellemzőit jól modellálja Finnország rehabilitációs – szociális rendszerének alakulása, amit az alábbiakban, példaadó jellege miatt részletezünk.

2.2. Egy pozitív példa: Finnország.

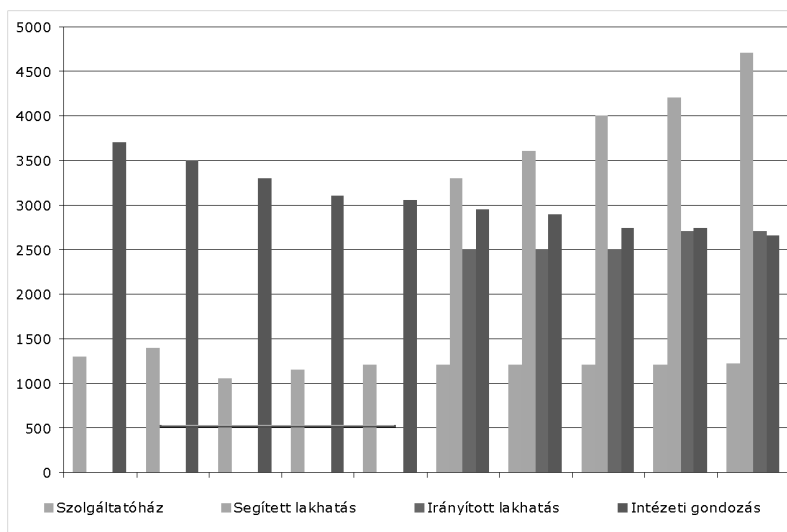
Intézményes lakhatási formák Finnországban

Az értelmileg akadályozott személyekkel foglalkozó intézeti rendszert Finnországban az 1950 és 1970 között hozták létre. Jelenleg 20 intézet működik, melyekben értelmileg akadályozott emberek gondozása, rehabilitációja zajlik. Ezekben az intézetekben egy 2007-es adat szerint összesen 2 200–2 300 gondozott él. (1. ábra. NIEMALA–BRANDT 2007).

Az 1980-as évektől számos kritika érte az intézeteket mind a média, mind az állampolgárok részéről. A legnagyobb horderejű változás az 1996-ban, az értelmi fogyatékos emberekre vonatkozó törvény (1369/1996), 9.§-ának módosítása volt, melynek értelmében a speciális gondoskodást nyújtó intézmények nem kötelesek értelmileg akadályozott személyeket ápoló intézeteket fenntartani (NIEMALA–BRANDT 2007).

A fent említett változásokat elősegítette, hogy Finnország követni kezdte a többi északi állam modelljét, vagyis kezdett áttérni a kisebb és egyénibb lakhatási formák kialakítására, és nem alapítottak újabb intézeteket. Néhány meglévő létesítményt be is

zártak, és több intézetben lényegesen csökkent a gondozottak száma. A nagy létesítmények teljes felszámolását tűzték ki célul, de a folyamat ellenére az ország különböző területei között jelentős különbségek maradtak (NOUKO-JUVONEN 2000).



1. ábra. Értelmi fogyatékos személyek által használt lakhatási formák változása Finnországban 1995–2004 (STM2006) (PELTO-HUIKKO–KAAKINEN–OHTONEN 2008)

2.2.1. Lakhatási formák a finn rehabilitációs-szociális rendszerben Intézeti ellátás

Az értelmi fogyatékkal élőket támogató szervezet felmérése alapján 1987-ben a rehabilitációs szolgáltatásokban részesülő értelmi fogyatékos személyek csaknem fele lakott otthon a szüleivel, vagy más hozzátartozójával és 6,7%-uk, vagyis 1 169 fő élt különböző lakóotthonokban. Intézetekben lakott 24,7%, azaz 4 337 fő, ezen kívül értelmileg akadályozott személyek laktak még öregek otthonában és elmeegógyintézetben is, sőt 1,487 fő önállóan lakott.

Lakóotthonok

Az utóbbi évtized hozadékai közé tartozik, hogy elterjedtek a felnőtt korú értelmi fogyatékos személyek számára létrehozott kis létszámú, 5–18 személyes lakóotthonok. A kis közösségekre épülő differenciált szolgáltatások kiépülése és ezek széles körű szakmai támogatása jelenleg is a cél.

Az 1990-es években a lakóotthonok leginkább családi házakban voltak, ahol az együttlétre egy nagy konyha szolgáltatta a helyet. Az épületeket általában 5 személyre tervezték, de az akkori gazdasági válság miatt akár 6 embert is elhelyeztek bennük, sokszor három házban is ugyanaz a személyzet látta el az éjszakai ügyeletet. Az irányított lakóotthonok inkább emeletes házak lakásaiban vagy sorházakban kaptak helyet. Férfiak és nők együtt laktak. A csoportos lakóotthonok helyett 2000-től egyre inkább megjelentek a szolgáltató házak, ahol a lakónak saját szobája vagy garzonja van.

Segített lakhatási forma

Ez olyan lakóotthon, amely községi vagy magán- finanszírozású, és ahol a személyzet egész nap felügyeli a bentlakókat.

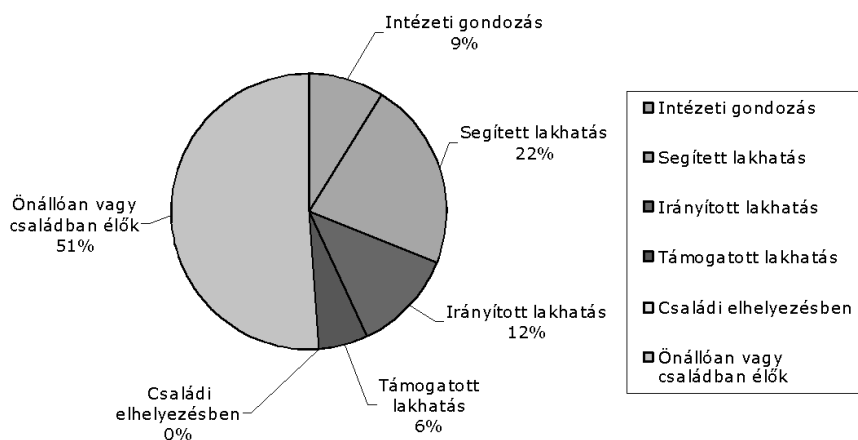
Támogatott lakhatási forma

Saját vagy bérelt lakásban való önálló élet, de mégis úgy, hogy egy segítő személy egy héten néhány órát jelen van és segít. Az irányított lakhatási forma után következő lépcsőfok, ha a személy rendelkezik az önálló életvezetéshez szükséges jártasságokkal. Szatellit lakhatási formának nevezik, amikor ezek a lakások egy segített lakóotthon köré csoportosulnak, így a szükséges ellátás gyorsan, megfelelő szakértelemmel rendelkező segítőtől érkezik. A legtöbb lakónak leginkább a pénzügyekben van szüksége irányításra (POSSUTH 2010).

Lakhatási mód	Számuk	Arányszám
Otthon, szülőkkel	6 746	38,5%
Más családtagnál	980	5,6%
Önállóan	1 487	8,5%
Ért. fogy. ápoló gond. intézete	4 337	24,7%
Lakóotthonban	1 169	6,7%
Családi elhelyezésben	602	3,4%
Elmeógyógyintézetben	744	4,2%
Öregek otthonában	680	3,9%
Súlyosan fogyatékosok lakóotthonában	118	1,1%
Máshol	296	1,7%
Nincs tudomás róla	309	1,7%
Összesen	17 538	100,0%

1. táblázat. Értelmi akadályozott személyeket támogató finnországi szervezet (*Kebitysvammaisten tukiliitto*) 1987-ben készített felmérése a lakhatásról (POSSUTH 2010).

Az 1. táblázat és a 2. ábra adatainak összehasonlításából jól látszik a finn fogyatékos személyek lakhatási formáinak, illetve az ellátásnak a fejlődése az eltelt tizenöt évben.



2. ábra. Lakhatási formák megoszlása 2002-ben Finnországban (PUUSTIJARVI 2003 in POSSUTH 2010)

2.3. A magyarországi helyzet

2.3.1. Törvényi szabályozás változásai

A szociális igazgatásról és ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény a bentlakást biztosító ellátások területén kiadásának évében a felnőtt fogyatékos emberek és pszichiátriai betegek ellátását elsősorban a nagy létszámú intézetekre építette. Az azóta eltelt években azonban többszöri változáson keresztül a hangsúlyosabbá váltak a különböző életminőség-javító tendenciák, például:

- az intézmények profiljának tisztulása, (vö.: Szociális törvény 67. § (2))
- lakóotthonok kialakítása (vö.: Szociális törvény 57. § (2); 188/1999 sz. Kormányrendelet, 9/1999 sz. Szociális és Családügyi Minisztériumi rendelet)
- az intézményben élők foglalkoztatása. (vö.: Szociális törvény 99/B – E§; 112/2006 sz. Kormányrendelet)

A korábbi szociális törvény négyféle tartós bentlakásos intézményt és egy átmeneti ellátást ismert:

- **ápoló-gondozó otthon** vagy **lakóotthon** gondoskodik az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes fogyatékos és/vagy elmebeteg személyek ellátásáról, abban az esetben, ha ellátásuk más módon – elsősorban családjukban – nem megoldható.
- a **fogyatékos személyek otthonába** az a fogyatékos személy vehető fel, akinek oktatására, képzésére, foglalkoztatására, valamint gondozására csak intézményi keretek között van lehetőség.
- **rehabilitációs intézményben** vagy **rehabilitációs célú lakóotthonban** az enyhébb fokban sérültek bentlakásos ellátása történhet. A fogyatékosok rehabilitációs intézménye előkészíti az ott élők családi és lakóhelyi környezetbe történő visszatérését, valamint megszervezi az intézményi ellátás megszűnését követő utógondozást.
- a **fogyatékos személyek gondozóházát** átmeneti ellátásként határozza meg a jogszabály, amely legfeljebb két éven keresztül azok számára biztosít bentlakásos ellátást, akiknek a gondozása családjukban nem biztosított, vagy az átmeneti elhelyezést a család tehermentesítése indokoltta teszi.

Azonban sok esetben ezek a leírások a gyakorlatban nem, vagy nem kellő mértékben valósultak meg (különösen jelentős ez a rehabilitációs célú intézményeknél, ahol a visszatérés a társadalomban korántsem olyan mértékű, mint azt a jogszabályban megfogalmazottak alapján várnánk.).

Az 1998. évi XXVI. törvény alapelvei az intézménytelenítési reformra is érvényesek. Ezek szerint olyan bentlakásos ellátásokat kell létrehozni, amelyek:

- Nem zárják el a fogyatékos embereket a társadalomtól, hanem lehetővé teszik, hogy az épekhez hasonló körülmények között éljenek normál lakókörnyezetben található házakban vagy lakásokban.
- Mindenkinek a képességei szerinti önállóságot biztosítják, és nem korlátoznak feleslegesen. Akinek nincs szüksége állandó felügyeletre, az nem kap állandó felügyeletet – így csökken a „túlgondozás”. Akinek viszont fokozott gondoskodásra van szüksége, az valóban kiemelt figyelmet élvezzen. Ehhez az kell, hogy az ellátások a jelenleginél kisebb ellátotti és nagyobb dolgozói létszámmal, és rugalmasabb feltételek között működjenek.
- Lehetővé teszik az egyén képességeinek legteljesebb kibontakoztatását, szinten tartását és fejlesztését.

- Ehhez biztosítani kell a megfelelő szakembereket, szolgáltatásokat és módszereket (PORDÁN 2008).

A bentlakásos intézményrendszer megreformálását számos egyezmény is sürgeti. A már idézett ENSZ egyezmény 19. cikke pl. kimondja, hogy a fogyatékosokkal élő személyeknek egyenlő joga van a közösségekben való élethez. Az Európai Unió 2003 óta egyre határozottabban foglal állást az intézménytelenítés (de-institucionalizáció), a nagy létszámú intézetek átalakítása és az otthon-közeli kis létszámú ellátások mellett.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 2010. május 1-től hatályos szövege kimondja: 2013. december 31-ig legalább 1500 fogyatékos és pszichiátriai beteg személynek ellátást nyújtó intézményi férőhely kiváltásához kell biztosítani pénzügyi forrást. 2010. december 31-ig az Országgyűlés ütemtervet fogad el a kötelezettek és a végrehajtás határidejének rögzítésével. A szociális igazgatásról és a szociális szolgáltatásokról szóló 1993. III. törvény szövege pedig kimondja: 2011. január 1-jét követően fogyatékos személyek ápolást-gondozást nyújtó intézményi ellátása céljából új férőhelyet csak lakóotthoni formában lehet létrehozni.

Végül, de nem utolsósorban: a szakmán belül is egyre nagyobb igény jelentkezik a változásra, kis létszámú, integrált ellátások biztosítására, de csak olyan feltételekkel, amelyek legalább azt az életminőséget biztosítják a személyeknek, amelyben addig részük volt, munkát és a kikapcsolódási lehetőségeket. Nagyon fontos az áthelyezésnél a fokozatos átmenet biztosítása. Különösen értelmi akadályozottság esetén súlyos, nem pusztán szakmai, de etikai hiba is a személyt a megszokott körülmények közül hirtelen, minden átmenet nélkül kiszakítani.

2.3.2. A valós helyzettel kapcsolatos felmérések

A 90-es évek végén, a Soros Alapítvány közreműködésével épített lakóotthonok jelenleg működnek, de egyéb érdemi, számszerűsíthetően jelentős nagy változás 2010-ig nem történt. A pályázatokból nyert pénzekből néhány intézetet felújítottak. Ennek is köszönhető, hogy az ország különböző – többnyire meglehetősen elszigetelt – pontján működő, nagy létszámú intézetekben élő emberek életkörülményei nagyon változóak. Nem lehet egységesen negatív képet festeni valamennyiről, sok helyen építészeti alakították át az intézeteket, modernizálták, sok helyen a partnerkapcsolatokat is lehetővé tevő kis létszámú szobák, közös helyiségek, terápiás termek kerültek kialakításra, amely az ott élők életminőségét jelentős mértékben pozitív irányban mozdították el.

A magyarországi lakóotthonok és a nagylétszámú intézmények összehasonlításáról nem készült reprezentatív felmérés. Helyi összehasonlító vizsgálatok azt mutatják (a feldolgozás szakdolgozati szinten van), hogy a lakók önrendelkezésének – a külföldi kutatások eredményeivel egybehangzóan – nagyobb teret biztosít a kis létszámú ellátási forma. (HORVÁTH 2007; KÁROLY 2008; MÜLLER 2006; SZAKÁLL 2009; VARGA 2007; VERÉBNÉ 2007; HERCZEG 2008) Megállapítható, hogy ezeken a helyeken:

- A lakók egy-két ágyas szobákban élnek.
- Lakótársukat maguk választják.
- Személyes életterüket saját tárgyaikkal rendezhetik be, alakíthatják ki.
- Napirendjüket, mindennapi tevékenységeiket (a reggeli rutin és a munka kivételével) saját igényeik szerint alakíthatják.
- Viszont segítők megválasztásában általában kevés szerephez jutnak.

A több helyen tapasztalható nehézségek közül kiemelkedik az általános gondozó- és szakemberhiány, a szakmai szemlélet hiányos előrehaladása, a feleslegesen sok szabályozás, továbbá a szakmai felügyelet, tanácsadás és szupervízió hiánya, elérhetetlensége, nehézségei.

Az értelmi fogyatékos felnőttek szociális helyzetével Illyés Sándor és Radványi Katalin kezdtek el foglalkozni 1994-ben. A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolán a magyarországi bentlakásos intézményekben lakók helyzetével kapcsolatos kutatás 18 fővárosi és vidéki, értelmi fogyatékos személyek bentlakását biztosító intézet részvételével történt (ILLYÉS–RADVÁNYI 1995).

Az 1994-es felmérés kérdőívét alkalmaztuk 2009-ben, amikor egy megyére terjedt ki a kontroll felmérés (Tolna megye), viszont a megyei intézményi vertikumot teljes körűen átfogtuk (a megye öt intézetéből 4 intézetet vizsgáltunk meg, az ötödik intézmény elutasította a kutatásunkban való részvételt). Összehasonlítást kívántunk végezni a 15 évvel korábbi állapotokhoz képest, hogy jelenleg kik, milyen létszámban és milyen képességekkel élnek ezekben az intézetekben. Ennek eredményeiről egy következő tanulmányban számolunk be.

A 2009 őszi felmérés a korábbihoz képest kiegészült egy magatartás-vizsgáló kérdőívvel és egy pszichiátriai tünetlistával is, az ún. „Kihívást jelentő magatartás” felmérésének céljával, ezek eredményeit már publikáltuk (CSORBA–RADVÁNYI–REGÉNYI 2010; CSORBA–RADVÁNYI–REGÉNYI–DINYA 2011).

Demeter (1998) majd Bánfalvy (1998) a Soros Alapítvány Kitagolás programjának támogatásával a tartós bentlakásos intézetekről készített felmérés eredményeit összegzi, és 105 intézet adatai alapján megállapítja:

1. Az intézmények városoktól, községektől távol helyezkednek el.
 - Az épületek nagy része nem felel meg a funkciójának
 - Az intézetek távol vannak az érintettek eredeti lakóhelyétől
 - A távolság korlátozza a családtagokkal való kapcsolattartás
 - A távolság néhány intézetre komoly anyagi terheket ró, például: meg kell szervezni a külső munkahelyen dolgozó lakók szállítását is.
2. A felnőtteket ellátó intézmények szakember-ellátottsága nem megfelelő:
 - Egy gyógypedagógusra, fejlesztő szakemberre több mint 50 lakó jut
 - Magas arányú a helyi munkaerő kínálat befolyása, az egyéb szakképzettséggel rendelkező munkatársak foglalkoztatásának javára, ezért nem érvényesül megfelelően a „gyógypedagógiai szemlélet”, az ellátást a helyi kínálat szabja meg.

A Kézenfogva Alapítvány szervezésében 2007-ben készült másik reprezentatív felmérés egyik területe a felnőtt értelmi fogyatékos emberek helyzetének vizsgálata. Ennek keretében az intézetben élő személyek helyzetének feltárására is sor került. A vizsgálat szerint 2006-ban a fogyatékos emberek számára tartós bentlakást biztosító intézményekben több mint 16 267 férőhely működött, pszichiátriai betegek otthonában 8 132 férőhely volt. A fogyatékos embereket ellátó férőhelyek száma az 1990-es évek elejétől viszonylag dinamikusan bővült, de az új férőhelyek jelentős része még a szakosítások és profiltisztítások nyomán jött létre és nem jelentett nettó növekedést.

Tekintettel arra, hogy lakóotthon működhet önállóan és intézet részeként is, nincsenek pontos adatok a lakóotthonok és férőhelyek számáról, összetételéről (intézet területén, településbe integráltnak). A lakóotthonok száma 2010-ben 300 körülire volt tehető.

A felmérések szerint ebben az időben (jelenleg is!) a bentlakásos ellátásokat az (értelmi) fogyatékos emberek csak egy szűkebb csoportja veszi igénybe, nagyobb részük családjával él. Az intézeti ellátások iránti keresletet befolyásolják a családoknak nyújtott

	1993	1995	2000	2004	2005	2006
Fogyatékosok otthona, gondozóháza összesen*	12 666	14 349	15 346	16 126	16 307	16 267
Ebből lakóotthon	—	—	n.a.	969	1 062	1 183
Pszichiátriai betegek otthona összesen	n.a.	n.a.	8 133	7 965	8 074	8 132
Ebből lakóotthon	—	—	n.a.	122	186	230

*Forrás: Magyar Statisztikai Évkönyv 2008, KSH

2. táblázat. Fogyatékos és pszichiátriai beteg emberek tartós és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményeiben ellátottak száma 1993 és 2006 között

	Telephelyek	Férőhelyek	Kihasználtság (%)	Tízezer lakosra jutó ellátott
Fogyatékosok otthona, gondozóháza	291	16 855	96,5	16,2
Pszichiátriai betegek otthona	83	8 103	100,4	8,1

Forrás: Magyar Statisztikai Évkönyv 2008, KSH

3. táblázat. Fogyatékos és pszichiátriai beteg emberek számára tartós és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézmények, 2006

támogatások és szolgáltatások, valamint az egyéb szociális ellátások (pl. lakhatás támogatása stb.), illetve a kínálati oldal tényezői is, úgymint a megközelíthetőség, az elérhetőség (hogyan lehet a szolgáltatáshoz hozzájutni), az ár (tértési díj), az intézmény által kínált szolgáltatások (komfortfokozat stb.) A bentlakásos ellátások tervezésénél fontos ezeket a tényezőket és összefüggéseket is figyelembe venni.

A bentlakásos ellátások igénybevevői túlnyomórészt a középsúlyos, súlyos értelmi fogyatékos (együtt: értelmileg akadályozott) emberek közül kerülnek ki. Ez az a népesség, amely folyamatos kísérésre, támogatásra szorul és közülük sokan nagy eséllyel vesznek igénybe szervezett, "intézményes" segítségnyújtást életük jelentős részében. A modern társadalmakban a fejlett és jól kiépült nappali ellátórendszerek és a családokat támogató szolgáltatások mellett is jelentős igény van lakhatást biztosító szolgáltatásokra. Az igénybe vevők jóval szűkebb köre kerül ki az enyhe fokban értelmi fogyatékos emberek közül.

Magyarországon 30 éve nem készült átfogó prevalencia-vizsgálat a felnőtt értelmi fogyatékos népességről. A 2001-es Népszámlálás megpróbálta számba venni a különböző fogyatékosággal élő emberek létszámát. Eszerint az értelmi fogyatékos emberek létszáma 57 ezer fő volt. Ennek az adatnak a megbízhatósága módszertani szempontból kérdéses, ezért nem tekinthető alkalmasnak szociálpolitikai tervezésre.

2004-ben a Kézenfogva Alapítvány a súlyosan-halmozottan fogyatékos emberek helyzetéről készített országos felmérést (BASS 2004). Eszerint létszámuk 12 ezer fő körül van, ám az anyag hangsúlyozza, hogy gyakorisági becslések bizonytalanabbak az idősebb korosztályok és az intézetben élők körében, ezért a valós létszám ennél akár jóval magasabb is lehet. Már Illyést is foglalkoztatta az értelmi fogyatékosok számának megbízható becslési módszere, álláspontjának rekonstrukciója nemrég történt meg (ILLYÉS–RADVÁNYI–CSORBA 2012).

Bass (2007) egy 2006-07-ben készített országos reprezentatív felmérés eredményeit összegezte. A nemzetközi tanulmányok alapján 1% körüli prevalencia-értékből kiindulva százezer főre teszi az értelmi fogyatékos népesség nagyságát, ami hozzávetőlegesen

megfelel az egyéb nyilvántartásokban szereplő adatoknak. Ezen belül a súlyos, közép-súlyos értelmi fogyatékos emberek létszáma 25 ezer fő körül van, vagyis a teljes népesség 0,25%-a. Ezt a feltételezést támasztják alá saját vizsgálataink is. A 18 intézeti adatait felölelő 1994-es vizsgálatunkban az intézeti gondozottak számából extrapolálva (ILLYÉS–RADVÁNYI–CSORBA 2012) 0,13%-ra tettük a 40-60 éves korcsoportokban az értelmi fogyatékos népesség arányát. Az egy éven belül mért gyakoriságértékek megyénként eltérnek, a Tolna megyei vizsgálat (2009) alapján a 40-60 év közötti gyakoriság 0,25%, a megyei 20 év felettiekre számított előfordulás 0,49%, volt, ha a gyermekkorúakat is hozzászámolnánk, nyilvánvaló, hogy a megyei prevalencia-érték fél-egy százalék közé lenne tehető, ami megfelel a Bass által számított előfordulásnak.

2.3.3. Epilógus. Egy újabb vizsgálat indokoltsága

A törvényi szabályozás változása várhatóan maga után vonja a nagy létszámú bentlakásos intézetek felszámolását. Fontos, hogy az ott élők számára más, egyéni állapotuknak és képességeiknek megfelelő lakóhelyet találjunk. Ahhoz, hogy megfelelő helyszíneket nevezünk meg, szükséges tudni, hogy kik élnek ezekben az intézményekben, milyen szükségleteik vannak.

Ha a fogyatékoság súlyosságával kapcsolatosan szeretnénk adatokhoz jutni csoportokat képezve a tervezhetőség érdekében, körültekintően kell eljárunk. A diagnózis (amennyiben van ilyen) nem mutat pontos képet a személy képességeiről és szükségleteiről. Részletes, az életminőség szempontjából fontos jelenségeket figyelő vizsgálatra van szükség.

Mivel gyakran élnek az intézetekben együtt az értelmi fogyatékos és a pszichés problémákkal küzdő (vagy ilyené vált) személyek, továbbá értelmi fogyatékos személynek is lehet komorbid pszichiátriai betegsége, magatartás- és pszichiátriai tünetfelmérő kérdőív segítségével képet kaphatnánk arról, hogy a kognitív képességek elmaradása mellett milyen egyéb viselkedésproblémákkal, esetleg pszichiátriai tünetekkel küzdenek a bentlakók, ami további életútjuk szempontjából egyáltalán nem hanyagolható el. Egy több területre kiterjedő, komplex egyéni felmérés kiindulópontja lehet az életminőségük javítását szolgáló, a normalizáció, integráció, participáció elveit figyelembe vevő kitagolási folyamatnak.

A tanulmány végső formába öntése óta eltelt időszakban a feldolgozott téma kapcsán több változás is történt hazánkban. Ezek közül igen jelentős és ezért feltétlen említést érdemel az intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiája és annak végrehajtása (1257/2011. (VII. 21.) Kormányhatározat) kapcsán zajló képzések és mentorhálózat kialakítása, valamint a támogatott lakhatás bekerülése a szociális szakosított ellátások körébe (1993. évi III. törvény 75. §-a, 29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet 25. § (1)-(3) bek. 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet 110/A. – 110/I. §-ai.) és ennek szakmai tartalmának, személyi, tárgyi feltételeinek szabályozása (55/2013. (VII. 29.) EMMI rendelet).

Irodalom

- BASS L. (szerk.) (2004): *Jelentés a súlyosan-balmozott fogyatékos embereket nevelő családok életkörülményeiről*. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.
- BASS L.–LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (szerk.) (2008): *Amit tudunk és amit nem*. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.
- BÁNFAIVY CS. (1998): Az intézetekben élő értelmi fogyatékosok életminősége és a kitagolás aktualitása. In ZÁSKALICZKY P. (szerk.): *A függőségtől az autonómiáig. Helyzetértékelés és jövőkép a kics csoportos lakóotthonokról*. Kézenfogva Alapítvány – Soros Alapítvány, Budapest. 177–190.

- CSORBA J.–RADVÁNYI K.–REGÉNYI E. (2010): Magatartásprofil és pszichiátriai tünetdimenziók vizsgálata értelmi akadályozottsággal gondozott intézeti betegeken. *Psychiatria Hungarica*, 25, 3, 221–232.
- CSORBA, J.–RADVÁNYI, K.–REGÉNYI, E.–DINYA, E. (2011): A study of behaviour profiles among intellectually disabled people in residential care in Hungary. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 5, 1757–1763.
- DEMETER M. (1998): A tartós bentlakást nyújtó állami (önkormányzati) fenntartású intézetek és a bennük élő értelmi fogyatékos emberek jellemzői – különös tekintettel az eddigi és a folyamatban lévő kitagolási kezdeményezésekre. In ZÁSKALICZKY P. (szerk.): *A függőségtől az autonómiáig*. Kézenfogva Alapítvány, Budapest. 99–127.
- EMERSON, E.–KIERNAN, C.–ALBORZ, A.–REEVES, D.–MATSON, H.–SWARBRICK, R. (2001): The prevalence of challenging behaviour: a total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 1, 77–93.
- EMERSON, E.–MCVILLY, K. (2004): Friendship activities of adults with intellectual disabilities in supported accommodation in northern England. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 191–197.
- HERCZEG Cs. (2008): *Az értelmileg akadályozott felnőttek lebetőségei a felnőtt, önrendelkező életre*. Szakdolgozat, ELTE BGGYK, Budapest
- HORVÁTH K. (2007): *Értelmileg akadályozott felnőttek lebetőségei az önrendelkező életre intézményes keretek között*. Szakdolgozat, ELTE BGGYK, Budapest.
- ILLYÉS S.–RADVÁNYI K. (1995): *Az értelmi fogyatékoság prevalenciája 40 és 60 év közötti korcsoportban Magyarországon*. Előadás, Ábrahámhegyi Napok, Ábrahámhegy.
- ILLYÉS S.–RADVÁNYI K.–CSORBA J. (2012): Az értelmi fogyatékoság prevalenciája 40 és 60 év közötti korcsoportban Magyarországon. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1, 48–63.
- KÁROLY P. (2008): *Életminőség egy budapesti lakóotthonban*. Szakdolgozat, ELTE BGGYK, Budapest.
- KEBBON, L.–WINDAHL, S. I. (1986): Self-injurious behaviour: results of a nationwide survey among mentally retarded persons in Sweden. In BERG, J. M. (ed.): *Science and service in mental retardation*. Methuen, New York. 142–148.
- Kehitysvamma-alan verkkopalvelu: <http://verneri.net/yleis/tietopankki/asuminen.html>
- Kehitysvammahuollon tietopankki: <http://www.saunalahti.fi/kup/sopalvel/tukiasum.htm>
- Magyar Statisztikai Évkönyv 2008*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- METZLER, H. (2000): Hilfebedarf und Selbstbestimmung. Eckpunkte des Lebensbehinderten Menschen im Heim. In FRANKE, H.–WESTECKER, M. (Hrsg.): *Behindert Wohnen. Perspektiven und europäische Modelle für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen*. Düsseldorf. 25–37.
- NIEMALA, M.–BRANDT, K. (2007): *Yksilölliseen asumiseen. Toimintaohjelma siirtymiseksi pitkäaikaisesta laitosboidosta yksilöllisempiin asumisratkaisuihin*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki.
- NOUKO-JUVONEN S. (2000): *Kehitysvammopalvelut ja muutoksen vuosikymmen*. Sosiologinen väitöskirja. Kehitysvammaliito ry, Helsinki
- PELTO-HUIKKO, A.–KAAKINEN J.–OHTONNEN, J. (2008): "Saattaen muutettava". *Kehitysvammaisten laitosboidon bajauttamisen seurantaraportti*. Helsinki.
- PORDÁN Á. (2008): Vezetői összefoglaló. In *Szakértői anyag a fogyatékos emberek számára tartós bentlakást nyújtó intézményrendszer átalakításához*. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.
- POSSUTH K. (2010): *Értelmi akadályozott felnőttek munkavállalási és lakatási lebetőségei Finnországban*. Szakdolgozat, ELTE BGGYK, Budapest.
- RADVÁNYI K. (2008): *Szakértői anyag a fogyatékos emberek számára tartós bentlakást nyújtó intézményrendszer átalakításához*. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.
- ROSENTHAL, E. (1997): *Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország*. (Bakos Anita ford.). Human Rights and Mental Health: Hungary. Mental Disability Rights International (MDRI) vizsgálata. Washington. (ún. Rosenthal-jelentés)
- STANCLIFFE, R.–ABERY, B. (1997): Longitudinal study of deinstitutionalization and the exercise of choice. *Mental Retardation*, 35, 159–169.

- SAKÁLL O. (2009): *Önrendelkezés lebetőségének összehasonlító vizsgálata az időskori értelmileg akadályozott és idős emberek körében*. Szakdolgozat, ELTE BGGYK, Budapest.
- THEUNISSEN, G. (1996): *Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment mit schwerstbehinderten Menschen*. Bonn.
- THEUNISSEN, G. (2007): *Empowerment behinderter Menschen*. Lambertus V., Freiburg.
- VARGA V. (2007): *Felnőtt értelmileg akadályozott emberek élete, a falakon innen és a falakon túl (nagyintézmény, lakóotthon)*. Szakdolgozat, ELTE BGGYK, Budapest.
- VERÉBNÉ D. J. (2007): *A lakóotthonok jelentősége az értelmileg akadályozott emberek életminőségének változásában*. Szakdolgozat, ELTE BGGYK, Budapest.

Jogszabályok

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről
- 188/1999. (XII. 16.) Korm. rendelet. a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény és a falugondnoki szolgálat működésének engedélyezéséről
- 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet. a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet. a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról

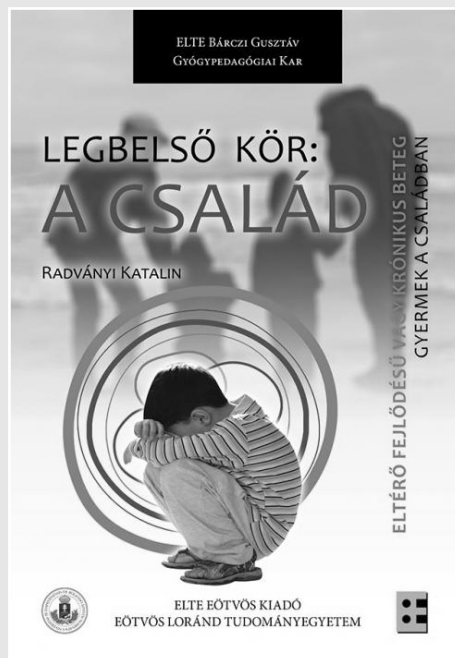
MEGJELENT

RADVÁNYI KATALIN

Legbelső kör: A család

Az utóbbi évtizedekben megnőtt az olyan kiadványok száma, amelyek szülők beszámolóit tartalmazzák, és ezek alapján foglalkoznak az eltérő fejlődésű vagy krónikusan beteg gyermeket nevelő családokra jellemző problémákkal.

Gyógypedagógus- és pszichológushallgatók szakdolgozataikban gyakran számolnak be a szülők körében végzett ilyen témájú kutatásairól. A család a gyermek számára elsődleges fontosságú, a humánológiai modell „legbelső köre”, a társadalmi részvételre történő felkészítés legfontosabb eleme. A családtagok a gyermek eltérő fejlődése vagy krónikus egészségügyi problémái esetén az egyéni és a környezeti tényezők függvényében a helyzetet igen különböző szinteken képesek kezelni – vagy kevésbé kezelni. Fontos feladatunk, hogy a társadalom érzékenységét ezek iránt a családok iránt megnöveljük, hogy a családtagok számára kellő mértékű, megfelelő időben nyújtott egyéni segítséget biztosítsunk. A pozitív folyamat indikátorai azok a szakemberek, akik a családdal kapcsolatba kerülnek, és akikkel tudatos felkészülésre, felkészítésre van ahhoz szükség, hogy munkájukat kitartóan, hatékonyan és saját pszichés állapotuk sérülése nélkül végezzék.



A nem verbális fluencia fejlődési mintázata 3. és 5. osztály között

FONT ORSOLYA (3) – KÓBOR ANDREA (1,2,3,) – TAKÁCS ÁDÁM (1,3)
fontorsolya@gmail.com, kobor.andrea@ttk.mta.hu, takacs.adam@ppk.elte.hu

Absztrakt

Vizsgálatunk középpontjában egy végrehajtó funkciós működéseket igénybe vevő kognitív képesség, a nem verbális fluencia áll, melynek kutatása hazánkban nem elterjedt, és mérése jellemzően klinikai és összehasonlító kutatásokban fordul elő. A tanulmány célja, hogy megvizsgálja a nem verbális fluencia lehetséges prediktív kognitív tényezőit, életkoronkénti jellemzőit egy 139 fős, 3., 4. és 5. osztályosokból álló, tipikusan fejlődő iskolai mintán. A nem verbális fluenciát mérő teszt kvalitatív jellemzői (stratégiahasználat, ábrák komplexitása) mellett további kognitív készségek moderáló hatása kerül elemzés alá (általános fluencia készség, elemi téri munkamemória, figyelmi működés). Legfőbb bejósoló változóknak a stratégiahasználat, a komplexitás, illetve az általános fluencia készség bizonyulnak. A stratégiahasználat az 5. osztályosoknál válik igazán fontossá, ugyanis ekkor a nem verbális fluencia teljesítménnyel még szorosabban összefonódik. A komplexitás magas foka életkortól függetlenül jelentősen csökkenti a feladaton mutatott teljesítményt. A verbális és a nem verbális fluencia közötti együttjárás egy általános produktivitási készség szerepét feltételezi. Az eredmények rámutatnak a fejlődő metakognitív funkciók fontos szerepére, és a kognitív képességek lineáris fejlődési trendjére, ami a Piaget-féle konstruktivista modellt támaszthatja alá. A nem verbális fluencia hazai iskoláskori normatív adatainak hiányában, egy tipikusan fejlődő mintán végzett vizsgálatunk kezdő lépésként szolgálhat a fő jellemzők feltárására, mely felhasználható a fejlődés-neuropszichológiai gyakorlatban is.

Kulcsszavak: fejlődés-neuropszichológia, kognitív bejósoló tényezők, metakogníció, nem verbális fluencia, végrehajtó funkciók

A fluencia mint végrehajtó funkciós aspektus vizsgálatának hazai helyzete

A neuropszichológiai tesztek között hazánkban egyre elterjedtebbé vált a végrehajtó funkciók különböző aspektusait vizsgáló tesztek alkalmazása. A *végrehajtó funkciók* közé tartoznak azok magasabb szintű ellenőrző folyamatok, melyek a frontális lebenyhez köthető működési típusokat alkotják. A cselekvéskontroll működésével lehetővé teszik a célirányos, szándékvezérelt viselkedés megtervezését, szervezését, kivitelezését térben és időben; ezek monitorozását, a feltételekhez való rugalmas alkalmazkodást (CsÉPE 2005). A fennálló fogalmi tisztázatlanságok, és a funkció körülhatárolásának nehézsége folytán nem területáltalános végrehajtó funkciókat vizsgáló, hanem specifikus aspektusokat mérő tesztek terjedtek el a kutatásokban és a klinikumban egyaránt, mint például a vigilanciát, gátlásmechanizmust, tervezést, koncepcióváltást, és fluenciát vizsgáló feladatok.

Vizsgálatunk fókuszában az utóbb említett készség jellemzőinek részletes bemutatása és mérőeljárásának ismertetése áll. A fluencia készsége olyan feladatokban nyilvánul

meg, ahol az egyedi, meg nem ismételt válaszok produkálása, és a válaszmaksimalizálás a cél. Működése számos végrehajtó funkciós aspektust igénybe vesz, mint például a szervezett keresést, a tudatos stratégiahasználatot, a feladatmonitorozást, a nem helyes válaszok gátlását, és a rugalmas váltást.

Hazánkban problémát jelent, hogy a végrehajtó funkciókat mérő tesztek sztenderdizálása a legtöbb esetben még nem történt meg (KÓBOR és mtsai 2010), ami korlátozza gyakorlati használhatóságukat. Kóbor és munkatársai (2010) összegyűjtötték a 2005 és 2009 közötti hazai, végrehajtó funkciókra és ADHD-ra (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder – Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) irányuló klinikai és összehasonlító vizsgálatokat, mely összegzés szerint a fluencia képességének mérése nem elterjedt. Az ilyen jellegű tesztek alkalmazása ADHD és más frontostriatális érintettségű gyermek-pszichiátriai atipikusságok vizsgálata (KÓBOR és mtsai 2010; MÉSZÁROS és mtsai 2008; TAKÁCS és mtsai 2010; TÁRNOK és mtsai 2007) mellett diszlexia- és afáziakutatásban (CSÉPE és mtsai 2007; MÉSZÁROS–KÓNYA 2010), illetve a végrehajtó funkciók épségét is figyelembe vevő egyéb vizsgálatokban (CSERJÉSI 2009; GAÁL és mtsai 2006) jelenik meg. Mindezek mellett a fluencia képességről más kontextusban a kreativitás és divergens gondolkodás irodalmában is szót ejtenek (ZÉTÉNYI 2008; ZÉTÉNYI 2010). A gyakorlati igény a fluencia normatív adataira megmutatkozik, ugyanis a képesség mérésére kidolgozott tesztek a klinikai diagnosztikában és a fejlesztőpedagógiában is alkalmazzák. Jelenleg csak külföldi kutatások szolgálnak viszonyítási alapot jelentő adatokkal (VIK–RUFF 1988; KORKMAN et al. 2001), hazai eredmények híján így a teszteredmények értelmezése szubjektív és tapasztalatokon alapuló marad. Jelen vizsgálat e hiány betöltésére tesz kezdő lépéseket, melyben a nem verbális fluencia készség kerül részletes elemzés alá egy tipikusan fejlődő mintán.

A nem verbális fluencia készség definíciója, mérése, és jellemzői

A *fluencia* képességet jelent stratégiák alkalmazására annak érdekében, hogy maximáljuk a válaszproduktív, miközben igyekszünk elkerülni az válaszméltelést (RUFF et al. 1994), emellett a divergens gondolkodás egyik meghatározó komponense (LEZAK 1995). E válaszproduktív alapvetően két típusát, a *verbális* és a *nem verbális* fluenciát különböztetik meg. A fluencia feladatokban való jól teljesítésnek feltétele lehet a 8-10 éves korban kialakuló, minden megismerési működésre kiható metakogníció, a saját gondolatainkról való gondolkodás képessége. Lehetővé teszi egy adott feladat nehézségének felmérését, a rugalmas megoldáshoz szükséges stratégia kiválasztását, a bonyolultabb feladatok monitorozását (VIK–RUFF 1988). A fluencia tesztek olyan, főként végrehajtó funkciók alá tartozó működéseket igényelnek, mint a produktivitás, flexibilitás, gátláskontroll, szervezett keresés és stratégiahasználat.

A legelső publikált nem verbális fluencia teszt Jones-Gotman és Milner (1977) nevéhez fűződik. Ezt követően a korábbinál strukturáltabb, a gyakorlatban könnyebben használható tesztek váltak elterjedtebbé: a *Five-Point Test* (REGARD et al. 1982), a *Ruff Figural Fluency Test* (RUFF 1988), és a *NEPSY-I Mintázatfluencia teszt* (KORKMAN et al. 1998). Mint a legtöbb neuropszichológiai eszközt, a fluencia feladatokat is elsősorban agyi sérüléssel és fejlődési atipikussággal foglalkozó klinikai kutatásokban alkalmazzák. Legjellemzőbbek a jobb frontális lézió hatásainak vizsgálatait (FOSTER et al. 2005; RUFF et

al. 1994; TUCHA et al. 1999), az ADHD, Tourette-szindróma, kényszeres zavar (OCD – Obsessive Compulsive Disorder), és más, a prefrontális kéreg működését érintő fejlődési atipikusság vizsgálatai (MÉSZÁROS és mtsai 2008; HURKS et al. 2005; TÁRNOK és mtsai 2007; TUCHA et al. 2005). De egyéb zavarok kutatásában – például Alzheimer-kór (MICKANIN et al. 1994), skizofrénia (PHILLIPS et al. 2004) – is előfordulnak ilyen jellegű feladatok.

A fluencia feladatokban az életkorral járó teljesítményfejlődés nyilvánvaló (MATUTE et al. 2004; KORKMAN et al. 2001; REGARD et al. 1982; RUFF et al. 1987; VIK–RUFF 1988). Matute és munkatársai (2004), valamint Korkman és munkatársai (2001) iskolásokat tesztelve megállapították, hogy elsősorban az 5-8. életévben megy végbe gyors változás, az ezt megelőző és a későbbi fejlődésről kevesebb adat áll rendelkezésünkre. Vizsgálatunk egyik fő kérdésköre, hogy életkorral fejlődő nonverbális fluencia teljesítményt milyen megoldási stílusok, kognitív tényezők befolyásolják: a nonverbális fluencia specifikus jellemzői (tudatos stratégiaalkalmazás, ábrák komplexitása), vagy inkább az általánosabb képességek (általános fluenciafejlődés, munkamemória kapacitása, figyelmi pontosság). A fejlődésben lévő kognitív képességek a különböző életkorokban másképpen befolyásolhatják egymást (CSÉPE 2005). Érdemes megfigyelni, hogy e készségek milyen fejlődési trendet mutatnak egymáshoz képest. Vik és Ruff (1988) a nem verbális fluencia fokozatos lineáris fejlődését állapították meg, és a teljesítménynövekedés a Piaget-féle konstruktivista elmélet alapján a formális operacionális logikai szintjén mutatkozik, a fejlődő metakogníciónak köszönhetően (az elmélet részletes leírása magyarul lásd: INHELDER–PIAGET 2004). Karmiloff-Smith (1994/1996) fejlődéselméleti megközelítésében a reprezentációk újraírását, vagyis az implicit reprezentációk folyamatosan explicitté válását hangsúlyozza, mely által azok tudatosan elérhetővé, rugalmassá, manipulálhatóvá válnak a gyermek számára. Az elmélet feltételezi, hogy az újraírási folyamat során a kognitív teljesítmény átmenetileg visszaeshet – vagyis elképzelhető a nemlineáris fejlődés is –, ugyanis a figyelem a belső reprezentációs változásokra összpontosul.

Stratégiahasználat és komplexitás

A nonverbális fluencia mérésével foglalkozó kutatásokban a teljesítmény elemzésekor az egyedi ábrák száma mellett már egyre inkább figyelembe veszik a kvalitatív adatokat, vagyis az alkalmazott stratégiákat és az ábrák komplexitást is (ROSS et al. 2003; TUCHA et al. 2005; VIK–RUFF 1988). A fluencia feladatokban alkalmazott stratégiahasználat két fontos műveleten, a csoportképzésen, és a váltáson alapszik. Csoportképzéskor valamilyen logikai alapon szerveződő, egymás után előhívott elemek alkategóriái határozhatóak meg, a rugalmas váltáskor pedig az adott csoport kimerülésével egy új csoportra történő gyors váltás történik. (MÉSZÁROS és mtsai 2011). Segítségükkel gyorsan, hatékonyan lehet teljesíteni a feladatot, áttekinthetőbbé válnak a korábbi válaszok, csökkentve ezzel a korábbi elemek ismétlésének esélyét. Ez egy olyan kognitív érettséget, absztrakt gondolkodást kíván, ami elősegíti képzeletbeli manipulációt, a tervezést, a szabályalkalmazást és a rugalmas váltást. Vik és Ruff (1988) kimutatták, hogy az életkorral nő az alkalmazott stratégiák gyakorisága, amit a kialakulóban lévő metakognitív funkciókkal hoztak összefüggésbe. A komplexitás azt mutatja meg, hogy a személy átlagosan milyen bonyolult, vagyis hány vonalból álló ábrákat készít. A komplex ábrákkal való dolgozás csökkentheti a teljesítményt, mert időigényes, illetve nehezíti a stratégiák alkalmazását.

Általános fluencia teljesítmény

Ha a teljesítmény növekedését befolyásoló tényezőket keressük, akkor fontos figyelembe venni az általánosabb kognitív képességek hatását is. Feltételezhetjük, hogy az általános kognitív flexibilitás is befolyásolja a jobb nonverbális fluenciát. Ez úgy tesztelhető, hogy ha más képességeket igénybe vevő, de szintén a produktivitás tesztelésére kialakított feladat eredményeivel vetjük össze a nem verbális fluencia feladaton mutatott eredményeket. A verbális fluencia tesztek hagyományosan a szemantikus memória, a mentális lexikon, és a végrehajtó funkciók vizsgálatára alkalmasak. Legelterjedtebb formái a fonémikus és szemantikus fluencia feladatok, melyben megadott kezdőbetűk, illetve kategóriák alapján kell szavakat előhívni (MÉSZÁROS és mtsai 2011). A szavak mennyisége és a hibázások mellett az alkalmazott stratégiák is a teljesítmény mutatóiként szolgálnak. Gyermekkel és felnőttekkel egyaránt végzett vizsgálatok szerint a verbális fluencia teljesítményt elsősorban az összetartozó szócsoportok képzése mellett az azok közötti váltás, vagyis a flexibilitás határozza meg (TROYER 2000; KOREN et al. 2005; SAUZÉON et al. 2003). A korábbi kutatások eddig nem igazolták a verbális és a nem verbális fluencia együttes fejlődését (KORKMAN et al. 2001; MATUTE et al. 2004). Ezzel kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy e feladatok nem teljesen azonos kognitív működéseket vesznek igénybe. A verbális fluencia a mentális lexikonból való előhíváson, míg a nonverbális fluencia új mintázatok generálásán alapszik (TUCHA et al. 2005). Azonban jelenleg nem állnak rendelkezésünkre más olyan fluenciatesztek, melyekkel e probléma kikerülhető lenne.

Munkamemória és figyelem

A fluencia magas teljesítményét befolyásolhatja a munkamemória működése is, ugyanis a fluencia egyik lényeges szempontja az egyedi, vagyis nem ismételt szavak/ábrák előhívása/létrehozása. Ehhez meg kell tudni tartani az emlékezetben az előző produktumokat, ami a munkamemória épségét igényli. A munkamemória életkori fejlődése mögött a feldolgozási sebesség és a gátlás kognitív funkciói állnak (RIBAUPIERRE 2002). E készségek a legtöbb, szelektív figyelmet igénylő feladatban is részt vesznek, így a munkamemória és a figyelmi működés is alapvető jelentőséggel bírhatnak a nonverbális fluencia teljesítményben.

Hipotézisek

Összefoglalva az eddigieket, vizsgálat részletesen kitér:

- a) a verbális és nem verbális fluencia, a munkamemória és a figyelem életkoronkénti eltéréseire, ahol növekvő teljesítményre számítunk az iskolai osztályok mentén;
- b) illetve a nem verbális fluencia fejlődését bejósoló lehetséges specifikus (stratégiahasználat, komplexitás) és általános (általános fluencia, munkamemória, figyelem) tényezőkre, ahol feltételezzük, hogy a specifikus tényezők bírnak nagyobb magyarázóerővel.
- c) A főbb kognitív fejlődési modellek közül Vik és Ruff (1987) eredményei alapján a nem verbális fluencia lineáris fejlődési trendje várható.

Módszer

Résztevők

2010 első felében zajlott a mintagyűjtés. A speciális oktatási vagy egészségügyi ellátást (amennyiben ismert volt) kizárásos kritériumnak tekintettük. A vizsgálatvezetők pszichológusok, illetve erre a feladatra kiképzett pszichológia szakos hallgatók voltak. A vizsgálatot az ELTE Pszichológiai Intézetének Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá.

A tesztek általános iskolákban kerültek felvételre, Budapesten és hat vidéki városban. Összesen 139 gyermek került az elemzésbe. Az életkort az iskolai évfolyam alapján vesszük figyelembe, tekintettel arra, hogy az iskolában elsajátított készségek erősen befolyásolhatják a feladatjellegű tesztek eredményeit (VIK–RUFF 1987). A minta osztályonkénti adatait az 1. táblázat szemlélteti.

	3. osztály	4. osztály	5. osztály	Összesen
Elemzés (n)	68	41	30	139
Életkor átlaga (év)	9,04	10,05	11,00	9,76
Életkor szórása (év)	0,5	0,31	0,37	0,89
Életkor min/max (év)	8/10	9/11	10/12	8/12
Fiú/Lány arány (%)	48,5/51,5	41,5/58,5	40/60	44,6/55,4

1. táblázat. A minta leíró adatai osztályokra bontva

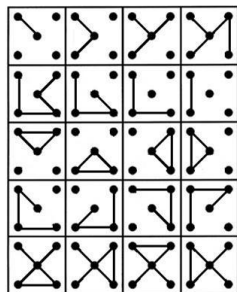
Mérőeszközök

A felhasznált mérőeszközök – a Corsi-kockák kivételével – Marit Korkman (1998) vezetésével kialakított *NEPSY-I* tesztbatteria részét képezik.¹ A NEPSY-I a neurokognitív fejlődés átfogó felmérésére szolgál, több országban is rutinszerűen alkalmazzák (KORKMAN et al. 1998; CSÉPE 2005; a hazai alkalmazásáról lásd CSÉPE és mtsai 2007).

A *Mintázatfluencia teszt* a Figyelmi/végrehajtó funkciók területét vizsgáló altesztek egyike. A lapot felosztó 35 cellában öt-öt pont van előre megadva, ezek összekötésével kell minél több egyedi mintázatot alkotni. A feladat két részből áll: a strukturált feltételben a pontok szabályosan helyezkednek el, a random feltételben pedig véletlenszerűen. A vizsgálati személynek mindkét feladatrész végrehajtására 60-60 másodperc áll rendelkezésére. A kvantitatív pontozást a NEPSY-I, a kvalitatív pontozást pedig VIK és Ruff (1988) leírásai alapján végeztük. Az egyedi, nem ismételt ábrák száma mutatja a személy teljesítményét. Kétféle stratégia került pontozásra: *rotációs* stratégia esetén legalább három egymást követő válasz azonos, de elforgatott ábrát tartalmaz (1. ábra, 3. 4. 5. sor). *Enumeratív* stratégiánál legalább három egymást követő válaszban az előző ábra kiegészül, vagy csökken egy-egy vonallal (1. ábra, 1. 2. sor). E két típus használatának összegzése adja a stratégiahasználat pontszámát.

A *Verbális fluencia teszt* a Nyelvi területet vizsgáló altesztek egyike, de végrehajtó funkciókat vizsgáló tesztként is elterjedten használják (CSÉPE 2005; PERNER et al. 2002; TAKÁCS és mtsai 2010; TÁRNOK és mtsai 2007). A szemantikai fluenciát mérő részében állatokat, illetve enni- és innivalókat kell felsorolni, a fonológiai fluenciát mérő részében pedig F, illetve SZ hanggal kezdődő szavakat kell mondani, részfeladatonként 60

1 A NEPSY-t az MTA Pszichológiai Kutatóintézet Fejlődés-pszichofiziológiai Csoportja kutatási célokra használja, a kiadó engedélyével.



1. ábra. Példák az enumeratív (1. 2. sor) és a rotációs (3. 4. 5. sor) stratégiákra a strukturált feltételben

adaptált számítógépes alapú Dyslexia Differential Diagnosis Maastricht (3DM-H) tesztbatteria része.² A feladat téri munkamemóriát vizsgálja: a képernyőn egymás után felvillanó kockákat kell ismételve megjelölni, ügyelve a sorrendre. A teszt a téri-vizuális kapacitásról ad információt. Mivel a Mintázatfluencia teszt egy nonverbális teszt, ezért a vizsgálat szempontjából a munkamemóriának ez a komponense válik fontossá.

Eljárás

A tesztek felvételét informált beleegyezés előzte meg. A vizsgálatok egyéb, jelen kutatásban nem szereplő tesztekkel együtt 45-60 percig tartottak. A feladatokat egymáshoz képest kötött sorrendben adtuk, a sorrendi hatás elkerülése végett a kezdőfeladatot rotáltuk (latin négyzetes elrendezés).

Eredmények³

A kognitív változók általános fejlődési mutatói

A vizsgált képességek leíró adatai a 2. táblázatban szerepelnek. Az iskolai osztályok közötti eltérések szignifikánsak, a post hoc elemzések alapján teljesítménybeli fejlődés eltérő mintázatai állapíthatók meg. Az 5. osztály minden képességben jobb a 3. osztályhoz képest. Továbbá a 4. osztály a Mintázatfluencia tesztben és a Vizuális figyelem tesztben szignifikánsan jobb a 3. osztálynál, és az 5. osztály a 4. osztályhoz képest is jobban teljesít a Verbális fluencia tesztben. A részletes eredményeket, és az osztályok közötti eltéréseket a 3. táblázat szemlélteti.

² Copyright: Csépe Valéria.

³ A statisztikai próbák elvégzése előtt az előfeltételek minden esetben ellenőriztük. Egyszempontos és kétszempontos varianciaanalízis: normalitás, szóráshomogenitás. Lineáris regresszióelemzés: multikollinearitás, reziduálisok függetlensége és normális eloszlása, homoszkedaszticitás. Korrelációs együtthatók sztenderdizált különbségeinek vizsgálata: együttes normális eloszlás. Az előfeltételek sérülése esetén az adott próbához tartozó robusztus eljárások eredményeit vettük figyelembe (Welch-féle varianciaanalízis, átlagok Games-Howell-féle páronkénti összehasonlítása, Spearman-féle rangkorreláció).

Változók	3. osztály		4. osztály		5. osztály	
	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás
Nem verbális fluencia	22,76	7,16	26,8	7,29	27,82	8,86
Verbális fluencia	47,6	12,9	51,36	11,47	62,43	16,9
Szemantikus fluencia	31,96	9,17	34,19	7,98	41,4	11,05
Fonémikus fluencia	15,63	5,76	17,17	5,94	21,03	7,06
Munkamemória	40,98	12,7	45,15	14,75	52,17	12,7
Vizuális figyelem	15,67	3,27	17,02	2,09	17,17	1,92

2. táblázat. A mért változók osztályonkénti átlagai és szórásai

	Kognitív tényezők	Osztályok közötti eltérések
Nem verbális fluencia:	$F(2,133) = 6,09; p < 0,01$	3. < 5. ($p < 0,01$); 3. < 4. ($p < 0,05$)
Verbális fluencia:	$F(2,134) = 12,47; p < 0,001$	3. < 5. ($p < 0,001$); 4. < 5. ($p < 0,01$)
Munkamemória:	$F(2,129) = 6,99; p < 0,001$	3. < 5. ($p < 0,05$)
Vizuális figyelem:	$F(2,125) = 4,41; p < 0,05$	3. < 5. ($p < 0,01$); 3. < 4. ($p < 0,05$)

3. táblázat. A kognitív tényezők osztályok közötti eltérései és a post hoc elemzések részletes eredményei

A nem verbális fluencia teljesítmény bejósoló tényezői: regressziós modell

A nem verbális fluencia teljesítmény bejósoló tényezőinek vizsgálatához először a prediktor változókat függetleníteni kellett a hozzávetőlegesen 9-10%-os életkori hatástól. Az életkortól független sztenderdizált reziduális értékeket használtuk tehát bemeneti változókként egy olyan lépésenkénti (stepwise) többszörös lineáris regresszió elemzésben, amelynek kimeneti változója a Mintázatfluencia teszt két részfeladatában kapott összteljesítmény volt (szintén sztenderdizált reziduális formájában).⁴

A stratégiahasználat bizonyult a legerősebb prediktornak ($R^2 = 0,28$), míg a komplexitás ($R^2 = 0,05$) és a verbális fluencia ($R^2 = 0,05$) a nem verbális fluencia teljesítmény heterogenitásának jóval kisebb hányadát magyarázta. A modell által megmagyarázott variancia összesen 38,3%. A regresszió elemzés részletes, lépésenkénti paramétereit a 4. táblázat mutatja be. A téri munkamemória és a figyelmi pontosság nem bizonyultak

Prediktor	Korrigált R^2	R^2 változás	Modell statisztika	β	p
1. Stratégiahasználat	0,28	0,28	$F(1) = 46,21;$ $p < 0,001$	0,36	< 0,001
2. Komplexitás	0,33	0,05	$F(2) = 30,3;$ $p < 0,001$	0,32	< 0,001
3. Verbális fluencia	0,38	0,05	$F(3) = 25,4;$ $p < 0,001$	0,24	< 0,001

4. táblázat. A regressziós modell eredményei a Mintázatfluencia teszt kimeneti változóra.

Megjegyzés. A β érték a sztenderdizált β együtthatóra utal; a Korrigált R^2 a populációbeli megmagyarázott hányad torzítatlan becslése.

⁴ A lineáris modell alkalmazásakor a változók lineáris hatásának feltételezéséből indultunk ki. Nem volt elméleti alapunk a bemeneti és a kimeneti változók közötti nemlineáris kapcsolatok feltételezésére.

szignifikáns prediktoroknak, a modellbe nem kerültek be. Összefoglalva, a hatékony stratégiaalkalmazás és a verbális fluencia magas szintje magasabb nem verbális fluencia teljesítménnyel párosul, míg a komplexitás mértékével való kapcsolat fordított, tehát minél bonyolultabb ábrákkal dolgoznak, annál inkább romlik a teljesítmény.

A bejósoló tényezők részletesebb vizsgálata, interakciós elemzések

A kapcsolatok részletesebb feltárása érdekében a háttérben álló kognitív készségek teljesítménybeli szintjeit hasonlítottuk össze a Mintázatfluencia teszt eredményei mentén. Ezekben az elemzésekben az iskolai életkor is szerepelt mint második független mintás szempont. A lineáris fejlődési modell alapján elvárható, hogy az életkorról növekszik bizonyos tényezők szerepe a nem verbális fluencia teljesítményben, így interakciós hatást is feltételezünk a kognitív készségek szintjei és az életkori csoportok között. A kétszemponos varianciaanalízis függő változója tehát a Mintázatfluencia teszt eredménye, csoportosító változói pedig az évfolyam és az életkortól független kognitív változók⁵ voltak. Az utóbbiakon mutatott teljesítmény alapján a mintát három-három övezetre bontottuk⁶. Így a vizsgálati személyek teljesítményük alapján a változók alacsony, közepes vagy magas szintjebe kerülhettek (például alacsony/közepes/magas verbális fluenciájú csoport). Mivel a stratégiahasználat eloszlása erősen ferde, ezért a csoportok az eredeti értékekből, osztályonként képződtek: stratégiát nem használókat, stratégiát próbálókat, és stratégiát alkalmazókat különböztettük meg.⁷ A kognitív háttérváltozókhoz kapcsolódó szempontok főhatásait, a csoportok átlagait és szórásait a Mintázatfluencia tesztben, illetve a csoportok közötti különbségeket az 5. táblázat szemlélteti. Az osztály főhatása minden esetben szignifikáns volt ($p < 0,01$). Szignifikáns osztály*kognitív tényező csoportjai interakciókat az elvártakkal ellentétben nem kaptunk, de helyenként tendenciaszintű interakció kimutatható.

A Mintázatfluencia feladatban a stratégiát nem használók teljesítettek a legrosszabbul, a stratégiát próbálók szignifikánsan jobbak voltak ($p < 0,01$), és a stratégiát alkalmazók eredménye a szignifikánsan jobb mindkét csoportnál ($p < 0,001$). Továbbá a stratégiahasználat és az osztály között tendenciaszintű interakció található ($F(4,128) = 2,28$; $p = 0,064$). Az interakció felbontásakor a stratégiai csoportokon belül egyszemponos varianciaanalízissel végzett utóelemzések szerint a stratégiát alkalmazók csoportjában jelentős különbséget találtunk az évfolyamok között ($F(2,49) = 6,95$; $p = 0,003$), ahogyan

5 A kognitív változókból képzett, életkortól függetlenített sztenderdizált reziduálisokat vettük alapul a csoportképzéshez, ilyen módon minden egyes változó esetén az összes személyt egymást kölcsönösen kizáró három-három csoportba soroltunk.

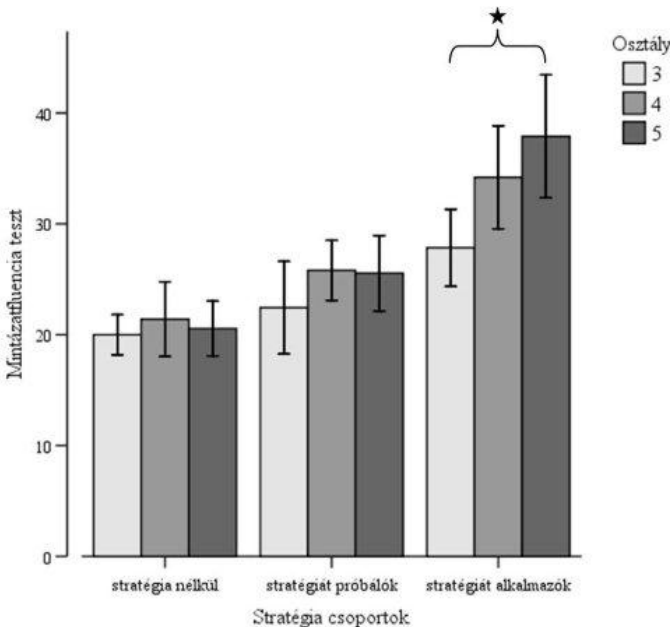
6 A változók eloszlásának vizsgálatát követően minden változó esetén két vágópontot határoztunk meg, így három, nagyjából azonos szélességű teljesítmény övezetet alakítottunk ki. Bár némelyik változónál a csoportok között nagyobb különbségek is előfordultak a szórás tekintetében, az alacsony elemszám miatt ügyelni kellett a kiegyensúlyozott alcsoport-elemszámokra is. E felosztás mellett szól az is, hogy a közepes teljesítményű gyermekek minden változónál hozzávetőleg az átlag körüli +/- 0,5 szórásnyi tartományba estek. A csoportok minimum és maximum értékei: komplexitás alacsony [-1,9, -0,5], közepes [-0,5, 0,5], magas [0,5, 3]; verbális fluencia alacsony [-2,2, -0,5], közepes [-0,5, 0,3], magas [0,3, 2,5]; szemantikus fluencia alacsony [-2,2, -0,5], közepes [-0,5, 0,5], magas [0,5, 2,5]; fonémikus fluencia alacsony [-2,7, -0,5], közepes [-0,5, 0,4], magas [0,4, 2,5].

7 A csoportok minimum és maximum értékei (stratégia pontok): 3. osztály stratégiát próbálók [1, 3], stratégiát alkalmazók [4, 13]; 4. osztály stratégiát próbálók [1, 4], stratégiát alkalmazók [5, 19]; 5. osztály stratégiát próbálók [1, 6], stratégiát alkalmazók [7, 21].

Kognitív változók A kognitív változók csoportjai, a csoportok átlagai és szórásai, és csoportközi eltérések a Mintázatfluencia tesztben

Stratégiahasználat	nincs	próbálók	alkalmazók
$F(2,128) = 40,81;$ $p < 0,001$	$M = 20,37; SD = 4,72$	$M = 24,6; SD = 6,47$	$M = 31,89; SD = 8,09$
	nincs < próbálók ($p < 0,01$)		
	próbálók < alkalmazók ($p < 0,001$)		
	nincs < alkalmazók ($p < 0,001$)		
Komplexitás	magas	közepes	alacsony
$F(2,128) = 16,11;$ $p < 0,001$	$M = 19,87; SD = 4,92$	$M = 25,79; SD = 7,37$	$M = 28,32; SD = 8,34$
	magas < közepes ($p < 0,001$)		
	magas < alacsony ($p < 0,001$)		
Verbális fluencia	alacsony	közepes	magas
$F(2,125) = 4,96;$ $p < 0,01$	$M = 22,75; SD = 6,55$	$M = 25,6; SD = 8,56$	$M = 26,91; SD = 8,07$
	alacsony < magas ($p < 0,05$)		
Szemantikus verbális fluencia	alacsony	közepes	magas
$F(2,125) = 6,11;$ $p < 0,01$	$M = 21,73; SD = 6,74$	$M = 26,51; SD = 7,55$	$M = 27,02; SD = 8,47$
	alacsony < közepes ($p < 0,01$)		
	alacsony < magas ($p < 0,01$)		

5. táblázat. A kognitív változók főhatásai a nem verbális fluenciára, és post hoc elemzések alapján a csoportok közötti eltérések.

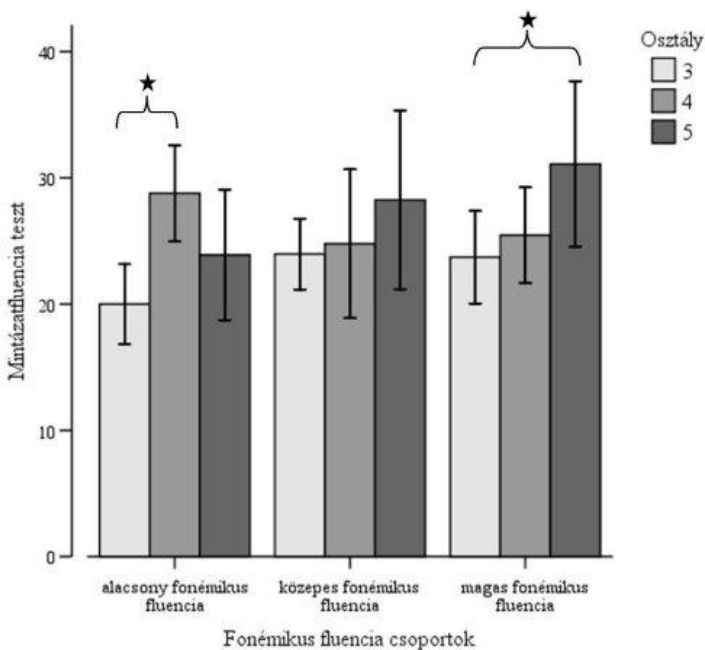


ez a 2. ábrán is megfigyelhető. Post hoc elemzés alapján ez az eltérés 3. és 5. osztály között mutatkozik, az ötödikes stratégiahasználók szignifikánsan jobban teljesítenek a nem verbális fluencia feladatban ($p < 0,01$).

A Mintázatfluencia tesztben rajzolt ábrák komplexitását vizsgálva, a post hoc eredmények szerint a magas komplexitású csoport teljesítménye szignifikánsan rosszabb a közepes ($p < 0,001$), illetve az

2. ábra. A 3., 4. és 5. osztályos tanulók teljesítménye a Mintázatfluencia tesztben a stratégiahasználati szinteken belül

alacsony komplexitású csoportok teljesítményéhez képest ($p < 0,001$). A változó és az iskolai életkor között nincs interakciós hatás. A Verbális Fluencia teszt eredményei alapján az alacsony szintű csoport teljesítménye a magas szintű csoporthoz képest rosszabb a Mintázatfluencia tesztben ($p < 0,05$). A szemantikus fluenciát külön elemezve már az alacsony és a közepes teljesítményűek között is különbség található ($p < 0,01$). A fonémikus fluenciának főhatása nincs, az azonban egy gyenge, tendenciaszintű interakciót mutat az iskolai életkorral ($F(4,125) = 2,173, p = 0,076$). A fonémikus fluencia csoportokon belül egyszempontos varianciaanalízissel végzett utóelemzések szerint az alacsony ($F(2,42) = 6,84; p = 0,003$) és a magas fonémikus fluenciájú csoportokon belül vannak eltérések ($F(2,42) = 3,1; p = 0,057$) az életkori csoportok között. Post hoc elemzések alapján (3. ábra) az előbbinél a 3. és 4. osztály között ($p < 0,01$), az utóbbinál pedig 3. és 5. osztály között mutatkozik különbség ($p < 0,05$).



3. ábra. A 3., 4. és 5. osztályosok teljesítménye a Mintázatfluencia tesztben a fonémikus verbális fluencia szintjein belül.

Korrelációs elemzések

A kognitív tényezők osztályonként eltérő hatásai a korrelációs együtthatók sztenderdizált különbségeit összehasonlító módszerrel is megállapíthatóak. Az adott kognitív változó és a nem verbális fluencia minden osztály szintjén kiszámított korrelációi közötti szignifikáns különbségek azt jelzik, hogy a változók közötti kapcsolatok szorossága nem azonos a különböző életkori csoportokban. Ez módszertanilag egy más megközelítést tesz lehetővé, amely alátámaszthatja a fent említett tendenciaszintű interakciós

eredményeket. Ez esetben az eredeti, és nem a kortól független értékeket alkalmaztuk. Az elemzések az előbb bemutatott eredményeket támasztják alá. A stratégiahasználat és a nem verbális fluencia együttjárása szignifikáns minden osztályban a Spearman-féle rangkorrelációk szerint (3. osztály: $r_s = 0,45$, $p < 0,01$; 4. osztály: $r_s = 0,56$, $p < 0,01$; 5. osztály: $r_s = 0,79$, $p < 0,01$). A stratégiahasználat jelentőségének az életkorral való növekedésére utal a 3. és 5. osztály együttthatói közötti szignifikáns különbség ($p = 0,01$), illetve a 4. és 5. osztály közötti tendenciaszintű eltérés is ($p = 0,09$). A Pearson-féle korrelációs együttthatók alapján a fonémikus fluencia az ötödik osztályban mutat pozitív együttjárást a nem verbális fluenciával, a harmadikosoknál ez a kapcsolat csak tendencia szintű (3. osztály: $r = 0,22$, $p < 0,1$; 4. osztály: $r = -0,15$, $p = 0,372$; 5. osztály: $r = 0,44$, $p < 0,05$). A 4. osztály korrelációs együttthatójának eltérése a 3. ($p = 0,079$) és az 5. osztályétól ($p = 0,017$) egyaránt kimutatható.

Megvitatás

A nem verbális fluencia általános jellemzőiről még kevés adat áll rendelkezésünkre, eddig hazai kutatásban sem igen foglalkoztak e képességgel. A nem verbális fluencia tesztek inkább klinikai jellegű kutatásokban jelennek meg. Exploratív hangsúlyú vizsgálatunkban a nem verbális fluenciát fejlődési szempontból elemeztük egy tipikusan fejlődő, általános iskolás gyermekekből álló mintán.

A vizsgált kognitív képességeknél (nem verbális fluencia, verbális fluencia, munkamemória, és vizuális figyelem) megfigyelhetőek a fejlődés mintázatai. A nem verbális fluencia fejlődése a 3. és 4. osztály, míg a verbális fluencia a 4. és 5. osztály között gyorsul fel jobban. Ez megegyezik azokkal a korábbi eredményekkel, amelyek szerint a verbális fluencia fejlődése tovább elhúzódik, akár a serdülőkorig is (KORKMAN et al. 2001; MATUTE et al. 2004).

A nem verbális fluencia képesség heterogenitását magyarázó tényezők a stratégiahasználat, a komplexitás, és a verbális fluencia. A jó teljesítményhez fontos a metakogníció kialakulása, ugyanis a nem verbális fluencia teszt olyan szintű feladatmegoldást igényel, amely során tudatosan megtervezzük a feladatot, stratégiákat alkalmazunk, illetve rugalmasan váltjuk azokat. Ezáltal válik a feladatvégzésünk hatékonyá, produktívvá. Az egyszerű ábrák tudatos alkalmazása is egyfajta stratégiának tekinthető, mivel fel kell ismerni azt, hogy a kevésbé bonyolult ábrák használata növeli a hatékonyságot, ugyanakkor a komplex és az egyszerű ábrák a cél szempontjából azonos értékűek. Az eredmények alapján a magas komplexitás jelentős teljesítményromlást eredményez. A verbális fluencia által magyarázott hányadból arra lehet következtetni, hogy létezik egy általános mentális produktivitási készség, amely megnyilvánul a verbális és a nem verbális teljesítményben is, bár ez a hatás nem kimondottan erős. Problémát jelent, hogy a két teszt eltérő kognitív működést igényel (TUCHA et al. 2005), emiatt nem kizárt, hogy az eredmények alapján az általános fluencia készség meglétét alulbecsültük.

A kognitív változóknak a nem verbális fluenciával való részletesebb kapcsolatát vizsgálva megállapítható, hogy a stratégiahasználat mértéke lineáris kapcsolatban áll a nem verbális fluencia készséggel, és életkorral nő a jelentőségük: az ötödik osztályosoknál a gyakori stratégiahasználat sokkal jobban növeli a teljesítményt, mint a harmadikosoknál, ami nem magyarázható csak az életkorral. Ilyen osztályok közötti eltérés nem található a stratégiát nem használók, és a stratégiát esetenként használók között.

Az ötödik osztályosok minőségiben jobb teljesítményéből a gondolkodás explicitebb, tudatos szintjére lehet következtetni.

A fő fejlődési modellek keretében a Piaget-féle konstruktivista nézet látszódik tükröződni: a különböző kognitív készségek fejlődése lineáris, és erre jó példa a stratégiahasználat fokozódó szerepe az 5. osztályosoknál. A fonémikus fluencia és a nem verbális fluencia vizsgálatának eredményei viszont azt mutatják, hogy bizonyos életkorokban (4. osztály) egyáltalán nem beszélhetünk lineáris kapcsolatról, ugyanis a két kognitív tényező nem mutat együttjárást. Fontos kiemelni, hogy a vizsgálatbeli eredmények egyik modellt sem támasztják alá, vagy zárják; ehhez szélesebb körű vizsgálatokra, erősebb interakciós hatásokra lenne szükség.

Összefoglalás, kitekintés

Az eredmények arra világítanak rá az alkalmazott pszichológia számára, hogy mivel kognitív képességek többtényezősök, és egymásra hatásuk fontos, ezért egy-egy képesség fejlesztéskor más területeket is figyelembe kell venni. A nonverbális fluencia esetében a metakognitív funkciók és logikai gondolkodás, illetve az általános fluencia teljesítményre gyakorolt hatása nyilvánul meg. A tipikusan fejlődő mintán végzett vizsgálat eredményei a jövőben fontos normatív adatokként szolgálhatnak a fejlesztőmunka számára.

Korlátok

A vizsgálat során leginkább felmerülő problémát az osztályok elemszámai közötti nagy különbségek, illetve az 5. osztály alacsony elemszáma jelentették. Ez elsősorban a többszemponthoz viszonyított varianciaanalíziseknél okozott gondot, mely eredményeket – bár módszerintelligens módon más szempontból megközelítve némileg alátámasztást nyertek – érdemes fenn tartással kezelni. Továbbá az egyértelmű fejlődési jellemzők és interakciók bemutatásához a jövőben még több életkori övezet bevonása szükséges.

Az elemzések nem támogatták a munkamemória és a vizuális figyelem bevonását a magyarázó modellbe, így szerepük tisztázatlan maradt. A Corsi-teszt csak elemi, perifériális munkamemóriát mér, átfogó vizsgálatához pedig a munkamemória többi alrendszerének mérése is lényeges (NÉMETH és mtsai 2000). A Vizuális figyelem teszt hosszan tartó figyelmi kapacitást igényel, ami az időben rövid fluencia tesztekkel nem hangsúlyos. Ezen képességek felmérésére átfogóbb tesztek lennének alkalmasak.

Irodalom

- BLOMERT, L.–VAESSEN, A. (2009): *3DM Differential diagnostics for dyslexia: Cognitive analysis of reading and spelling*. Boom Test Publishers, Amsterdam.
- CSÉPE V. (2005): *Kognitív fejlődés-neuropszichológia*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- CSÉPE V.–HONBOLYGÓ F.–SURÁNYI ZS. (2007): *Tapasztalatok a NEPSY magyar nyelvű változatával*. In RACSMÁNY M. (szerk.): *A fejlődés zavarai és vizsgálmódszerei*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- CSEJÉSI R. (2009): Érzelem, kogníció, tudatosság és viselkedési problémák evészavarokban. Összefoglaló vizsgálat: obesitas és anorexia nervosa. *Orvosi Hetilap*, 150 (24), 1135–1143.

- FOSTER, P. S.–WILLIAMSON, J. B.–HARRISON, D. W. (2005): The Ruff Figural Fluency Test: heightened right frontal lobe delta activity as a function of performance. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 427–434.
- GAÁL ZS. A.–CSUHAJ R.–CZIGLER B.–CSIKÓS D.–MOLNÁR M. (2006): Akusztikus eseményhez kötött potenciálok életkorfüggő sajátosságai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61 (4), 533–556.
- HURKS, P.P.M.–SCHRANS, D.–MEIJS, C.–WASSENBERG, R.–FERON, F. J. M.–JOLLES, J. (2005): Developmental changes in semantic verbal fluency: Analyses of word productivity as a function of time, clustering, and switching. *Child Neuropsychology*, 16 (4), 366–387.
- INHELDER, B.–PIAGET, J. (2004): *Gyermeklélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- JONES-GOTMAN, M.–MILNER, B. (1977): Design fluency: the invention of nonsense drawings after focal cortical lesions. *Neuropsychologia*, 15, 653–674.
- KARMILOFF-SMITH, A. (1994/1996): Túl a modularitáson: a kognitív tudomány fejlődésméleti megközelítése. In PLÉH Cs. (szerk.): *Kognitív tudomány*. Osiris Kiadó, Budapest.
- KÓBOR A.–TAKÁCS Á.–CSÉPE V. (2010): A végrehajtó funkciók neuro-pszichometriai perspektívából. *Pszichológia*, 30 (3), 233–252.
- KOREN, R.–KOFMAN, O.–BERGER, A. (2005): Analysis of word clustering in verbal fluency of school-aged children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 1081–1104.
- KORKMAN, M.–KEMP, S. L.–KIRK, U. (2001): Effect of age on neurocognitive measures of children ages 5–12: a cross-sectional study of 800 children from the United States. *Developmental Neuropsychology*, 20, 331–354.
- KORKMAN, M.–KIRK, U.–KEMP, S. (1998): *NEPSY: A Developmental Neuropsychological Assessment*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- LEZAK, M. D. (1995): *Neuropsychological assesment*. Oxford University Press, New York.
- MATUTE, E.–ROSSELLI, M.–ARDILA, A.–MORALES, G. (2004): Verbal and nonverbal fluency in spanish-speaking children. *Developmental Neuropsychology*, 26 (2), 647–660.
- MÉSZÁROS A.–KÓNYA A. (2010): *Verbális fluencia feladatok rejtett stratégiai diszlexiás gyermekeknél*. Előadás Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Nagygyűlésén, Pécs, 2010. május 27–29. (Kivonatkiötet 140.)
- MÉSZÁROS A.–KÓNYA A.–KAS B. (2011): A verbális fluenciatesztek felvételének és értékelésének módszertana. *Alkalmazott Pszichológia*, 2, 53–76.
- MÉSZÁROS G.–TÁRNOK ZS.–OLÁH SZ.–GÁDOROS J. (2008): Gyermekkori pszichiátriai kórképek frontostriális érintettségének neuropszichológiai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63 (1), 117–141.
- MICKANIN, J.–GROSSMAN, M.–ONISHI, K.–AURIACOMBE, S.–CLARK, C. (1994): Verbal and nonverbal fluency in patiens with probable Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 8 (3), 385–394.
- NÉMETH D.–RACSMÁNY M.–KÓNYA A.–PLÉH Cs. (2000): A munkamemória-kapacitás mérőeljárásai és jelentőségük a neuropszichológiai diagnosztikában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 55 (4), 403–416.
- PERNER, J.–KAIN, W.–BARCHFELD, P. (2002): Executive control and higher-order theory of mind in children at risk of ADHD. *Infant and Child Development*, 11, 141–158.
- PHILLIPS, T. J.–JAMES, A. C. D.–CROW, T. J.–COLLINSON, S. L. (2004): Semantic fluency is impaired but phonemic and design fluency are preserved in early-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 70 (2-3), 215–222.
- REGARD, M.–STRAUSS, E.–KNAPP, P. (1982): Children's production on verbal and non-verbal fluency tasks. *Perceptual and Motor Skills*, 55, 839–844.
- RIBAUPIERRE, A. D. (2002): Working memory and attentional processess across the lifespan. In GRAF, P.–OHTA, N. (szerk.): *Lifespan Development of Human Memory*. The MIT Press, Massachusetts.
- ROSS, T. P.–FOARD, E. L.–HIOTT, B.–VINCENT, A. (2003): The reliability of production strategy scores for the Ruff Figural Fluency Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 879–891.
- RUFF, R. M. (1988): *Ruff Figural Fluency Test Administration Manual*. Neuropsychological Resources, San Diego.

- RUFF, R. M.–ALLEN, C. C.–FARROW, C. E.–NIEMANN, H.–WYLIE, T. (1994): Figural fluency: differential impairment in patients with left versus right frontal lobe lesions. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 9, 41–55.
- RUFF, R. M.–LIGHT, R. H.–EVANS, R. W. (1987): The Ruff Figural Fluency Test: A normative study with adults. *Developmental Neuropsychology*, 3, 37–51.
- SAUZÉON, H.–LESTAGE, P.–RABOUTET, C.–N'KAOUA, B.–CLAVERIE, B. (2003): Verbal fluency output in children aged 7-16 as a function of the production criterion: Qualitative analysis of clustering, switching processes, and semantic network exploitation. *Brain and Language*, 89, 192–202.
- TAKÁCS Á.–KÓBOR A.–CSÉPE V. (2010): Zavarok a diagnózisban? A figyelmi atipikusság „intuitív diagnosztikája” és neuropszichológiai profilja. *Pszichológia*, 30 (3), 253–271.
- TÁRNOK ZS.–BOGNÁR E.–FARKAS L.–ACZÉL B.–GÁDOROS J. (2007): A végrehajtó funkciók vizsgálata Tourette-szindrómában és figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarban. In RACSMÁNY M. (szerk.): *A fejlődés zavarai és vizsgálómódszerei*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- TROYER, A. K. (2000): Normative data for clustering and switching on verbal fluency tasks. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 22, 370–378.
- TUCHA, O.–MECKLINGER, L.–LAUFKÖTTER, R.–KAUNZINGER, I.–PAUL, G. M.–KLEIN, H. E.–LANGE, K. (2005): Clustering and switching on verbal and figural fluency functions in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10 (3), 231–248.
- TUCHA, O.–SMELY, C.–LANGE, K. W. (1999): Verbal and figural fluency in patients with mass lesions of the left or right frontal lobes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 21 (2), 229–236.
- VIK, P.–RUFF, R. M. (1988): Children's figural fluency performance: development of strategy use. *Developmental Neuropsychology*, 4 (1), 63–74.
- ZÉTÉNYI T. (2008): Kreativitás és inspekciós idő. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63 (4), 677–689.
- ZÉTÉNYI T. (2010): A kreativitás pszichometriája és a gondolkodás. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65 (2), 233–242.

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

A tanfolyamot Dr. Gósy Mária tartja.

A tanfolyam időpontja:

2014. január 30. és február 1. között (csütörtök, péntek, szombat)
10 órától 16 óráig.

A tanfolyam helye:

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

Részvételi díj: 45 000 Ft

Érdeklődni lehet:

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

Kiskőrösi EGYMI, Kiskőrös (1)

Hatékony és Eredményes Tanulásért Alapítvány (2)

Audiovizuális stimuláció összehasonlító hatékonyságvizsgálata a Kiskőrösi EGYMI-ben

FISCHER LÁSZLÓNÉ (1) – MEZŐFI-HORVÁTH ANTÓNIA (1) –
PAMULA MIKLÓS (2)

bemomo@citromail.hu, an-tonia@freemail.hu, pamula.miklos@heta.hu

Absztrakt

Jelen tanulmány a Kiskőrösi Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Integrált Óvoda, Általános Iskola, Előkészítő Szakiskola keretében végzett kutatást mutatja be, amely során összehasonlító hatásvizsgálatot végeztünk az audiovizuális stimulációs technika (AVS) terápiás alkalmazásával két – életkorilag, és a sérülést tekintve – különböző vizsgálati mintán.

A téma aktualitását az integrációs törekvésekből adódó nehézségek, illetve a különböző szakszolgálatokkal, oktatási intézményekkel szemben támasztott növekvő követelmények adják. Ezen kihívásokra egyfajta megoldást az intézmények terápiás sokszínűségének bővítése jelentheti. Ezek közé tartozik a hazánkban eddig ritkábban alkalmazott és vizsgált módszer: a fény-hang terápia.

A kutatásban összesen 72 fő vett részt. 30 óvodás és 42 iskolás. Az óvodás csoport 15 fő kontroll és 15 fő vizsgálati személyből állt. Az iskolai ugyanígy, 21-21 főt érintett. Az óvodás csoport tagjai beilleszkedési, tanulási, vagy magatartási zavar kialakulásában veszélyeztetettek (BTM). Az iskolai tanulók mindannyian SNI-A (sajátos nevelési igényű) minősítésűek voltak, organikus háttérrel.

Mindenki, aki a vizsgálatban részt vett, fejlesztésben részesült. A vizsgálati csoport tagjai ezen kívül hét hónapon át heti egy alkalommal audiovizuális stimulációs kezelést is kaptak.

A beavatkozás előtt- és után megmértük a tanulási képességek egy-egy részletét. Az eredményeket statisztikai feldolgozásnak vetettük alá.

Vizsgálatunk alátámasztotta, hogy a fejlesztés a tanulási képességeket javította. Azokban a csoportokban, hol az audiovizuális stimulációt is alkalmaztuk, a fejlődés kimutathatóan, jelentősen nagyobb mértékű volt.

Kulcsszavak: tanulási képességek javítása, SNI, AVS, fény-hang stimuláció

Bevezetés

Szolgáltatások bővítése az egyedi igényekhez igazodva

A pedagógiai, gyógypedagógiai gyakorlatban egyre inkább megfigyelhető jelenség a súlyosbodó, vagy összetettebb problémákkal küzdő tanulók létszámának emelkedése az oktatási intézményekben. A gyógypedagógiai intézményekben eddig is nehézséget okozott a különböző tanulási nehézséggel küzdő, figyelmetlen, és – ennek másodlagos tüneteiként – magatartási problémákkal rendelkező, sokszor motiválatlan, viselkedés-zavarral küzdő gyerekek oktatása. Ma már erősen érinti a többségi intézményeket is,

hiszen számos intézményben integráltan nevelik és oktatják a sajátos nevelési igényű gyermekeket/diákokat. A társintézményekben, így például a nevelési tanácsadóban segítséget kérő pedagógusok-szülők száma jelzi, hogy a hagyományos oktatási formák, korlátozottan alkalmasak az ilyen típusú gyerekek tanítására, sőt az ép intelligenciájú tanulók esetében is egyre nagyobb számban jelennek meg az iskolai teljesítmény-problémák különböző formái. Ezen esetekben az egyébként jól bevált módszerek gyakran kudarcot vallanak.

A Kiskőrösi EGYMI a kor problémáira felkészülve, már évekkkel ezelőtt új tanulás-szervezési eljárásokat, eszközöket és módszereket vezetett be (Lépésről-lépésre program, kooperatív oktatás, projektoktatás stb.), és bővíti eszköztárát azóta is. A kiskőrösi iskola egységes gyógypedagógiai módszertani intézmény, amely mindig az innováció útján jár, hogy a már megismert módszerek, eszközök mellett új lehetőségeket, segítséget adjon minden pedagógiával foglalkozó szakember számára annak érdekében, hogy az ne élje meg helyzetét munkájában eszköztelennek, hiszen a megélt kudarc sok esetben indulatot gerjeszt a pedagógusban, aki – önmaga, és pedagógus-identitásának védelmében – azt a gyermekekre zúdítja. A probléma lehetséges megoldása egyrészt a pedagógusok szemléletének formálásából, eszköztárának bővítéséből, fejlesztéséből áll, másrészt az oktatási intézmények, szakszolgálatok által igénybe vehető szolgáltatások bővítésével orvosolható. A pedagógus-konzultációk, személyes megbeszélések mellett egyre nagyobb hangsúlyt kap olyan alternatív módszerek alkalmazása, melyek a pedagógus, gyógypedagógus, pszichológus munkáját erősítik és színesítik. Ezen igényekhez alkalmazkodva vezettük be a kiskőrösi intézményben – egyéb szolgáltatások mellett – az *audiovizuális stimuláció* (továbbiakban: AVS) vagy más néven *fény-hang terápia* alkalmazását, melyben az eddigi tapasztalatok alapján komoly lehetőség rejlik.

Fény-hang készülékek alkalmazása

A módszer alkalmazása különböző területeken hatékonynak bizonyul. Az AVS kezelés pulzáló fény- és hangimpulzusokkal használójának agyi elektromos tevékenységeit modulálni, befolyásolni tudja. A nemzetközi szakirodalmat tanulmányozva szinte minden korosztályt érintő, fizikai, mentális és pszichés zavarok kezelésében kipróbált technika. Ezek közül az alábbiakban a fény-hang készülékek alkalmazásának csak néhány területét említjük meg a teljesség igénye nélkül:

- Az agyi EEG-tevékenységre (agyhullámok) gyakorolt általános és relaxációs hatásai (ADRIAN–MATTHEWS 1934; TOMAN 1941; WALTER és mtsai 1946; SIEVER 2003)
- Fény-hang készülékek alkalmazásának klinikai tapasztalatai pszichiátriáktól a fogorvosi gyakorlatig (BUDZYNSKI 1991; FÁBIÁN és mtsai 2009)
- Időskori memóriazavarok és demenciák állapotának stabilizálása, kognitív funkciók enyhe rehabilitációja (BUDZYNSKI 2000, 2007)
- Hőstressz-fehérjék aktivizálódása (sejtszintű immunvédekezés erősítése) (FÁBIÁN és mtsai 2004)
- Szezonális Affektív Zavar (Depresszió) tüneteinek enyhítése (HIROAKI és mtsai 1996; SIEVER 2004)
- Fizikai teljesítőképesség fokozása (BUDZYNSKI és mtsai 1999) stb.

A tanulás és oktatás témakörében készült tanulmányok tudományos igényességgel dokumentálják a módszer hatékonyságát különböző korosztályból származó és kü-

lönböző tanulási zavarokkal rendelkező tanulók esetében (CARTER–RUSSELL 1993; LUBAR–LUBAR 1999; JOYCE–SIEVER 2000; SIEVER 2003).

Az orvosi értelemben vett hiperaktív figyelemzavaros szindróma (ADHD) neurofiziológiai jellemzőihez tartozik, hogy az agykéreg frontális területén meglassult agyi elektromos tevékenység tapasztalható, valamint ugyanitt csökkent a véráramlás intenzitása (SIEVER 2003). A tanulmányban a gyógypedagógiai diagnosztikából jól ismert tesztekkel (STAR, Raven IQ teszt) igazolják, hogy bizonyos időintervallum és meghatározott frekvenciaértékekhez tartozó fény-hang impulzusok hatékonyak a figyelem, illetve viselkedési zavarok kezelésében. Számos tanulmányt készítettek azzal a céllal, hogy összehasonlítsák az alfa csúcsfrekvenciákat és az intelligenciát. Anoukhin és Vogel 20 és 45 év közötti egészséges férfiakat figyelt meg (ANOUKHIN–VOGEL 1966). Azt állapították meg, hogy azoknak, akik jól teljesítettek a Raven IQ tesztben, az alfa ritmusuk közel 1 Hz-cel gyorsabb volt a gyengén teljesítőknél. Egy Markand által 1990-ben végzett tanulmány azt mutatta ki, hogy amennyiben az egyén domináns alfa frekvenciája 8.5 Hz, az mentális diszfunkcióra utal (MARKAND 1990). Más, különböző kutatócsoportok által végzett tanulmányok (VOGT–DOPPELMAYR 1988; JAUSOVEC 1996; GIANNITRAPINI 1969) megkülönböztetett kapcsolatot mutattak ki a szellemi teljesítmény és az alfa csúcsfrekvencia között. Következtetésük az, hogy ha a legmagasabb amplitúdójú alfa hullámok frekvenciája alacsonyabb, mint 10 Hz, az átlagosnál alacsonyabb szintű tanulási teljesítményt jelez, míg a 10 Hz fölötti az átlagosnál jobbat. Végül fontosnak tekinthetőek még azok az eredmények, amelyek szerint az alfa csúcsfrekvencia transzkranialis mágneses ingerléssel vagy neurofeedback-tréninggel való emelése közvetlen és kedvező hatást gyakorol a folyamatban lévő kognitív folyamatokra, javítva például a mentális forgatási teljesítményt (KLIMESCH és mtsai 2003; HANSLMAYR és mtsai 2005).

Mindezeket az eredményeket felhasználva, a programozható fény-hang készülékek segítségével olyan speciális programcsomagok állíthatók elő, amelyek agyhullámokat moduláló és stimuláló hatásukat kifejtve hatékonyan alkalmazhatóak az oktatásban nemcsak gyógypedagógiai segédeszközként, de a tehetségkutatás területén is az általános intelligenciával összefüggésbe hozott alfa-tartomány erősítésével.

Nincs tudomásunk összehasonlító vizsgálatról, amely olyan intézményben zajlott volna, ahol organikus, és nem organikus deficittel rendelkező tanulók fény-hang készülékkel támogatott fejlesztése történt volna.

Magyarországon innovatív iskolák használják már a fény-hang készülékeket (BORBÉLY 2007; PETRUS 2008). A balatonfűzfői Öveges József Szakképző Iskola, Gimnázium és Kollégium 2003 óta alkalmazza az AVS technikát tanulási zavarral küzdő tanulóknál (KERTAYNÉ 2005). Eredményeik szerint a vizsgált csoportokban a mentális állapot, illetve az indulásnál mért számszerű értékek javultak, a tanulási hatékonyság emelkedett. A tanulmányi eredményekben jelentős, némely esetben mintegy 30%-os javulást tapasztaltak.

Hasonlóan pozitív eredményekről számol be a tokaji II. Rákóczi Ferenc Alapfokú Nevelési, Oktatási Intézmény, illetve a tarcali Klapka György Általános Iskola, ahol egy közös kezdeményezésnek köszönhetően vizsgálták a fény-hang terápia hatásait a tanulási képességekre (MOLNÁR–KOCZKA 2004). A programba 100-100 fő tanulási problémákkal küzdő diákot vontak be 24 fő pedagógus irányítása mellett. Az eredmények feldolgozása során a Think Fast értékelő program mellett olyan pszichodiagnosztikai tesztek is felhasználtak, mint a Raven próba, Pieron figyelemvizsgáló eljárás, Szorongás kérdőív, illetve a gyógypedagógiai kompetenciakörbe tartozó Meixner-féle vizsgálat. Összességében azt tapasztalták, hogy minden mért területen javulás látható, azonban ezek

mértéke különböző. A leglátványosabb változást a szövegértési vizsgálatban tapasztalták, és ezt összefüggésbe hozták a jobb koncentrációs képességekkel. Javult a szóbeli és írásbeli kifejezőképesség, az olvasás sebessége és a szövegértés. Változott a tanulóhoz való viszony is: nőtt a tolerancia és a kreativitás.

Az alábbi, általunk végzett összehasonlító hatástanulmány olyan intézményben készült, ahol organikus és nem organikus eredetű, különböző diszfunkciókkal rendelkező óvodás és iskoláskorú gyermekek egyaránt részesültek a fény-hang készülékekkel támogatott fejlesztésben.

A vizsgálat célja és hipotézisek

A vizsgálat célja

Hatékonyságvizsgálatot terveztünk annak megállapítására, hogy az audiovizuális stimulációs (AVS) technika tanulási hatékonyságot növelő programjának rendszeres alkalmazása mérhető változást indukál-e mind az óvodáskorú, mind az iskoláskorú gyermekek fejlesztése esetén.

Hipotézisek

Az AVS technika eddig feltárt pozitív hatásai alapján azt vártuk, hogy a Kiskőrösi Közoktatási Intézmény Nevelési Tanácsadójában fény-hang terápiában részesülő, és ezzel párhuzamosan beiskolázás előtti gyógypedagógiai fejlesztésre járó óvodáskorú gyerekeknél intenzívebb fejlődés tapasztalható a tanulási képességek területén a kontrollcsoporthoz képest, akik fény-hang terápiában nem, csak a fejlesztésben részesültek.

Mivel az AVS egyik főbb alkalmazási területe a részképesség-zavarok enyhítése, ezért feltételezhető, hogy a tanulásban akadályozott tanulók halmozott képességzavaraira használt audio-vizuális stimuláció rendszeres használata mérhető javulást hoz a kontrollcsoporthoz képest nemcsak a Think Fast számítógépes szoftver által mérhetővé vált mutatók mentén, hanem az intézményen belül alkalmazott kognitív mérések alapján is: a néma szövegértés és tollbamondás területén.

Az ép intellektusú, organikus deficittel nem terhelt óvodás korú minta (BTM-es gyerekek) intenzívebb fejlődését vártuk a mért mutatók mentén, mint a speciális tanterv szerinti oktatásban résztvevő, átlagostól alacsonyabb intellektuális képességekkel rendelkező tanulóknál (SNI A kategóriába besorolt tanulók).

A vizsgálati minta összetétele

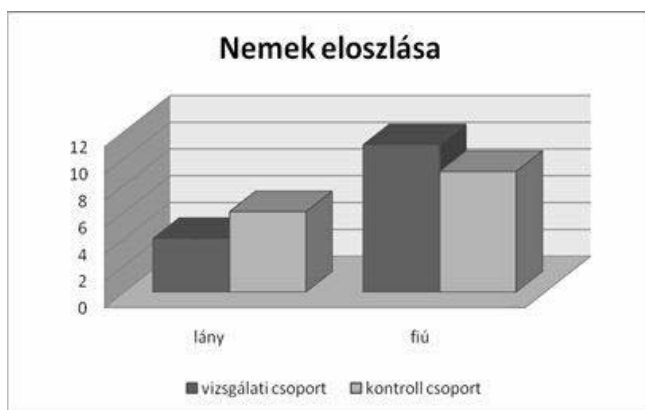
Vizsgálatunk keretében az audiovizuális stimuláció rendszeres használatának változásait két, életkorilag különböző korosztályba tartozó mintán mértük:

A) Óvodai minta

1) Vizsgálati csoport: Olyan átlagos intellektuális képességekkel rendelkező óvodáskorú gyerekek kerültek be a vizsgálati csoportba, akik beiskolázás előtti csoportos fejlesztésben részesültek gyógypedagógus vezetése által heti 2 órában a BKMŐ Kis-

kőrösi Közoktatási Intézményének Nevelési Tanácsadójában, és részképesség-problémáik háttérében organikus eredet nem valószínűsíthető (beilleszkedési, magatartási, tanulási nehézség kialakulásában veszélyeztetett /röviden: BTM-es/ gyerekek). Összesen 15 fő vett részt a vizsgálatban, ebből 4 lány és 11 fiú (1. ábra). Átlagéletkor: 6,6 év.

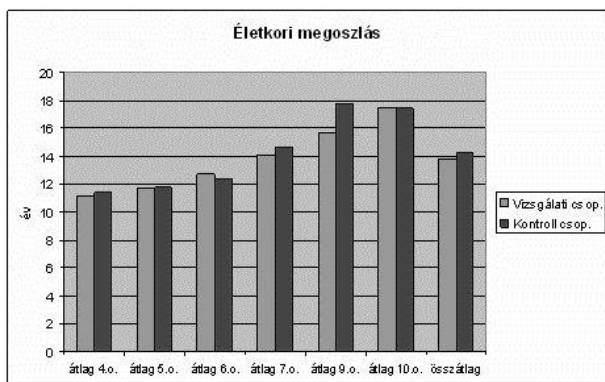
- 2) Kontroll csoport: A vizsgálati csoport tagjaihoz úgy választottunk párokat, hogy életkorban, a lemaradás mértékében, valamint pszicho-szociális környezetük tekintetében a lehető legközelebb álljanak egymáshoz. Emiatt a vizsgálati és kontroll csoport nemek szerinti megoszlása eltér egymástól. A kontroll csoport tagjai a nevelési tanácsadó vonzáskörzetébe tartozó, egyik külső óvodából kerültek ki, BTM-es státusszal rendelkező gyerekek, akik szintén heti 2 alkalommal vettek részt csoportos fejlesztésben, azonban emellett nem részesültek fény-hang terápiában. Összesen 15 főből állt a kontroll csoport, a nemi eloszlást tekintve 6 lány, 9 fiú (1. ábra). Átlagéletkor: 6,2 év.



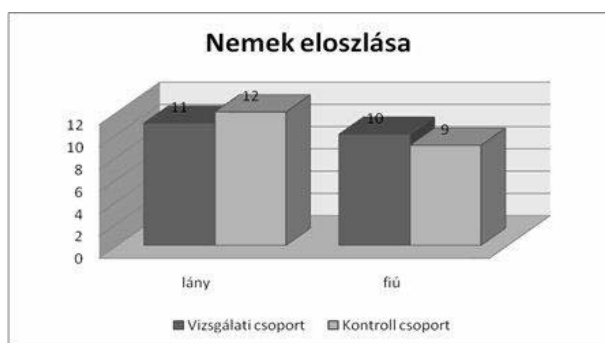
1. ábra. Az óvodai minta nemek szerinti megoszlása

B) Iskolai minta

- 1) Vizsgálati csoport: olyan általános iskoláskorú tanulókból állt össze a vizsgálati csoport, akiknél a Bács-Kiskun Megyei Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság szakvéleménye alapján tanulásban akadályozottság áll fenn (SNI A; F 70,0), és az ellátás helyszínéül a BKMÖ Kiskőrösi Közoktatási Intézményét jelölte ki. Az iskolában a törvényi előírásokban megfogalmazott kötelező ellátásokon kívül a tanulók rendszeresen fény-hang terápiában részesültek. Összesen 21 fő vett részt a vizsgálatban, ebből 11 lány és 10 fiú (3. ábra). Lakhely szerint 8 helybéli és 13 vidéki. Szociális háttérüket tekintve: a vizsgált mintából 12 fő hátrányos helyzetű vagy halmozottan hátrányos helyzetű. Az átlagéletkor: 13,9 év (2. ábra).
- 2) Kontroll csoport: az iskolai minta esetében is eltér a nemek megoszlása a vizsgálati csoporthoz képest az óvodai mintánál ismertetett prioritások miatt. A kontroll csoport tagjai ugyancsak intézményünk tanulói közül kerültek ki. Összesen 21 fő. Az átlagéletkor: 14,3 év. A kontroll csoport tagjai nem részesültek fény-hang terápiában.



2. ábra. Az iskolai minta életkori megoszlása



3. ábra. Az iskolai minta nemek szerinti megoszlása

A vizsgálatban részt vevő gyermekek kiválasztása során – a fenti követelményeken túl – egy kizáró egészségügyi problémát kellett még figyelembe vennünk: a fény-hang készülékek használata fényérzékeny epilepszia esetén tiltott, mert a pulzáló fények kiválthatják a rohamot, ezért a szülőket erről előzetesen tájékoztattuk, és írásban rögzítettük hozzájárulásukat a fejlesztésben való részvételhez.

Mérőeszközök

1) Think Fast számítógépes szoftver

Mind az óvodáskorú, mind az iskoláskorú gyermekek felmérésére a *Think Fast* számítógépes szoftvert alkalmaztuk (Brain Tainment Resources Inc., verzió: 1.67MB). Az iskolásoknál öt „játék” lejátsszásával mértünk, az óvodásoknál hárommal, ez utóbbi esetben csak azokat használhattuk, amelyekhez nem szükséges a betűk ismerete. Eredményeiket az értékpontok mentén dolgoztuk fel.

Mért területek:

- Reakcióidő, fizikai reflex
- Észlelési reflex

- c) Információ feldolgozás; kognitív reflex
- d) Memória találatok
- e) Munkamemória kapacitása

2) Intézményen belüli mérési metodika: a néma szövegértés és tollbamondás mérése

Az iskoláskorú gyermekek fejlődésének nyomon követésére az intézményen belüli kognitív mérések közül választottunk ki kettőt (néma szövegértés, tollbamondás) a terápia bemeneti és kimeneti állapotának pontosabb megállapítására, ahol osztályonként változó nehézségű szöveg került feldolgozásra. A felvétel körülményei és az értékelése azonos az év eleji felmérés követelményrendszerével.

A vizsgálatok lebonyolítása

Az első állapotfelmérésre egy külön szoba állt rendelkezésre, ahol egyenként végeztük a felmérést. A kétszemélyes helyzet lehetőséget adott a feladatok pontos megértetésére, a közvetlen kontaktusra, biztatásra, és kizárta az egyéb olyan zavaró körülményeket, mint a zaj, mely elengedhetetlenül fontos volt ahhoz, hogy pontos mérési eredményeket kapjunk. Az adatokat azonnal rögzítettük egy vizsgálati úrlapon, és visszajelzést adtunk a gyerekek számára a teljesítményükről. Ezt követően heti rendszerességgel került sor a fény-hang terápia alkalmazására az intézmény ezen célból kialakított terápiás szobájában, ahol igyekeztünk az alapvető, sikeres relaxációt biztosító feltételeket (elcsendesedést lehetővé tevő környezet, lecsökkent izomtónust elősegítő testhelyzet) megteremteni (4. ábra).



(A fotó a szülők és a gyermek engedélyével készült.)

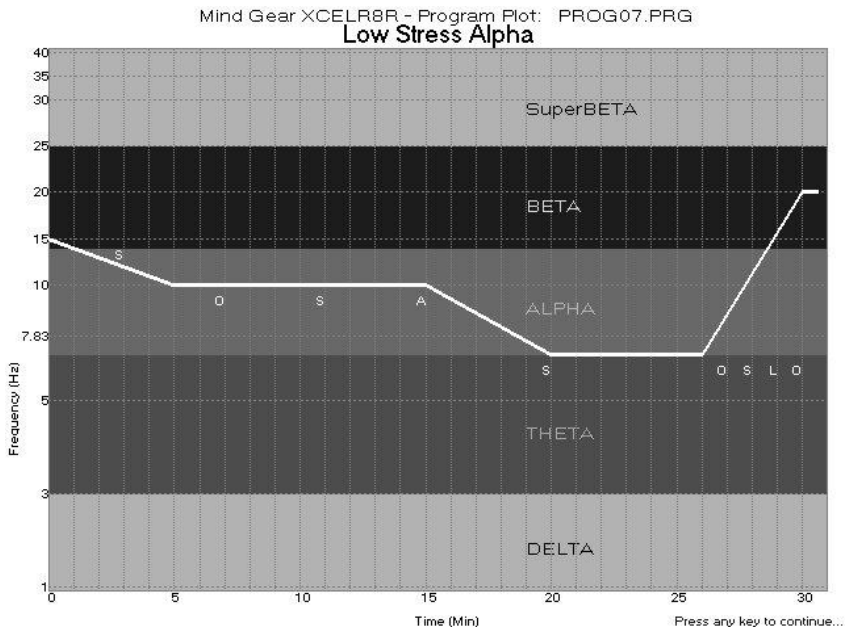
Az óvodáskorú gyermekek monotonia-tűrése – életkorukból adódóan – alacsonyabb szintű, tehát rövidebb ideig képesek elviselni a stimulációs szemüveg, és fejhallgató használatát, ezért relaxációs zene egyidejű hallgatásával színesítettük a terápiát. A foglalkozás végén tetszés szerint elkészített *élményrajzok* jelentették a fő motivációt számukra, és ezek a rajzok biztosították a fény-hanghatások feldolgozását. Ezek a rajzok alkalmasak az asszociációk előhívására, az élmények feldolgozására és motivációs szempontból is hasznos technika.

AVS készülék és az alkalmazott programok

A fény-hang készülékek közül a Mind Gear Inc. által gyártott PR-2X típusú készüléket használtuk. Stimulációs szemüvegek az átlátszó OE-Stim típusúak voltak. A vizsgálati személyek 7 hónapon keresztül heti egy alkalommal 30-30 percig vettek részt a terápián, amelynek során a készülékbe épített 7-es és a 30-as programot alkalmaztuk.

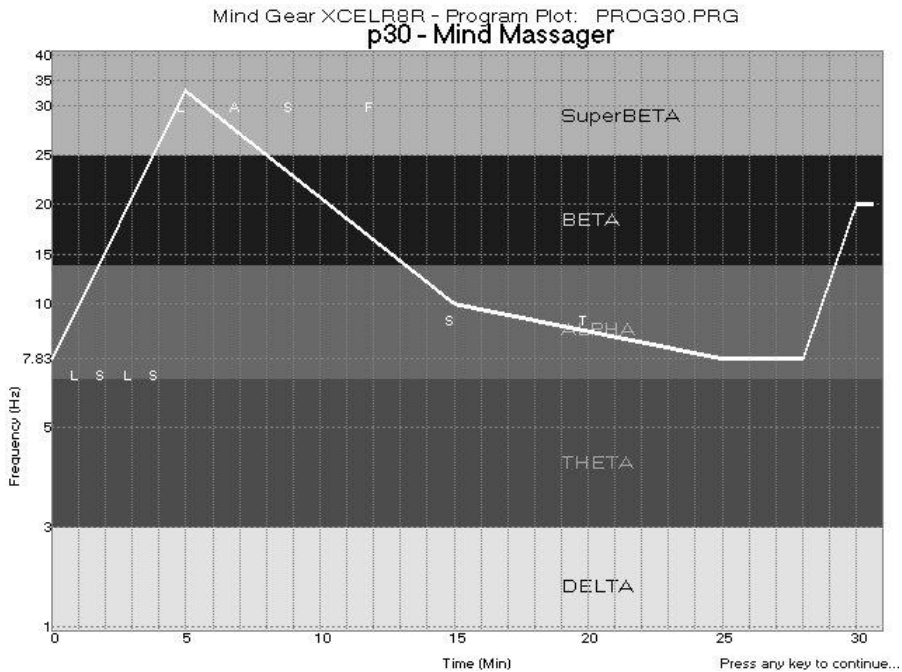
Az 5. és 6. ábrán a használt programok futásának tulajdonságait látjuk „Idő [perc] (Stimulációs frekvencia [Hertz])” függvényként.

A 7-es program szigma (SMR) tartományból indul (5. ábra). Enyhe lefutással éri el az első célfrekvenciát, amely a „gyógyító” 10 hertzes alfa. Ebben az állapotban töltött idő tréningezi a stressz-tűrést és a kreativitást. A második célfrekvencia az alfa és théta határán, 7 hertzen következik. A memória és a feldolgozó képességek javításának frekvencia-tartománya. A program kivezetése már éberen, béta tartományban, 20 Hz-en történik. Közben a kiterjesztési módok többször is változnak (S, O, A, L). A program futási ideje 30 perc.



5. ábra. A 7-es beépített program futási diagramja

A 30-as program az alfa és théta határáról indít. Folyamatosan emeli a frekvenciát magas béta szintig, majd a normál béta tartományon keresztül lineárisan lassul 10 Hz-es alfáig. Innentől enyhébb lefutással mélyíti a relaxációt a Schumann rezonanciáig (7,83 Hz). Ezen a célfrekvencián töltött idő után éber béta állapotba „hoz vissza” (20 Hz.). Ez a program leginkább a figyelmet fejleszti és relaxálni tanít.



6. ábra. A 30-es beépített program futási diagramja

Statisztikai feldolgozás

A bemeneti vizsgálati eredményeket adatlapon rögzítettük a vizsgálat kezdetén, illetve a kimeneti eredményeket a terápia befejezésekor. Az adatokat az SPSS 17.0 szoftver segítségével dolgoztuk fel az értékpontok felhasználásával.

Végrehajtott mérések:

- 1) Nem-parametrikus mérések: *Kolmogorov-Smirnov próba*
- 2) Általános lineáris modellekből: *Megismételt Mérések próba* (Repeated Measures)

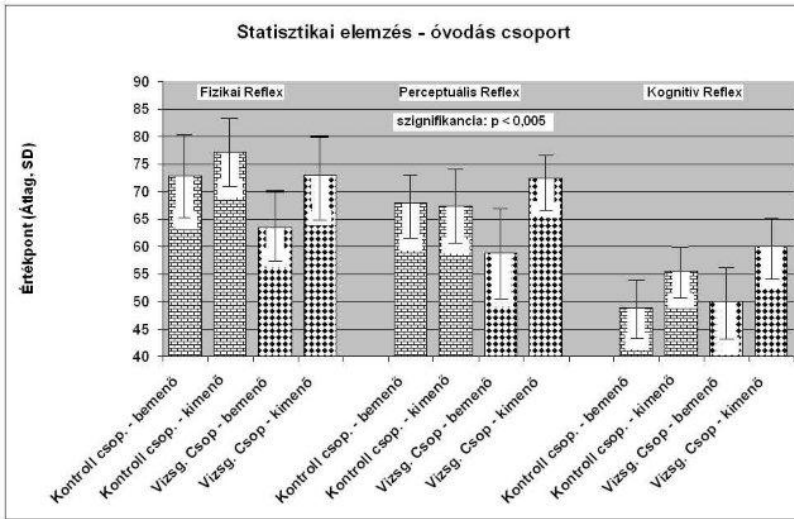
Eredmények

Az óvodás csoport

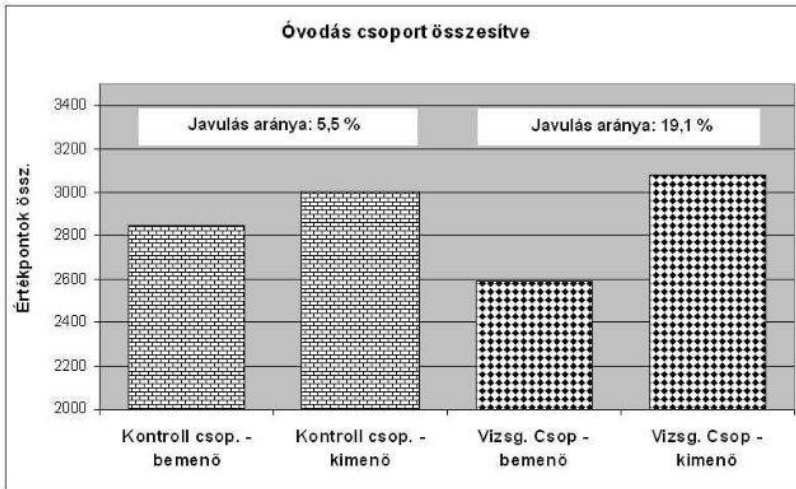
Az óvodások esetében három terület volt mérhető (7. ábra). A kontroll csoport esetében kettőben: a fizikai- 5,8%, kognitív reflex 13,8%-os egyértelmű javulást mértünk. Egy esetben pedig alig érzékelhető 0,78%-os mértékű visszaesést. A vizsgálati csoport esetében mindhárom mért területnél egyértelmű javulást kaptunk. Fizikai reflex 15,0%, perceptuális reflex 23,0%, kognitív reflex 19,9%. A két csoport egymáshoz viszonyított statisztikai vizsgálatában a „megismételt mérések próba” a perceptuális reflex terület változásában erős szignifikanciát ($p < 0,005$) állapított meg.

A kontroll csoportnál az általunk mért területek összességében javulást mutattak. Százalékban ez 5,5%. A vizsgálati csoport esetében az általunk mért területek mindegyike külön-külön és összességében is javulást mutatott. Összességében százalékban

19,1%-ot. Ezek hányadosa 3,5. Tehát a javulás mértéke a vizsgálati csoportban a terápiás csoporthoz képest 3,5-szeres. A 8. ábrán láthatjuk a fejlődés mértékét összesítve a mérések össz-értékpontja alapján százalékosan kifejezve.



7. ábra. Óvodás csoportok eredményei (Think Fast)

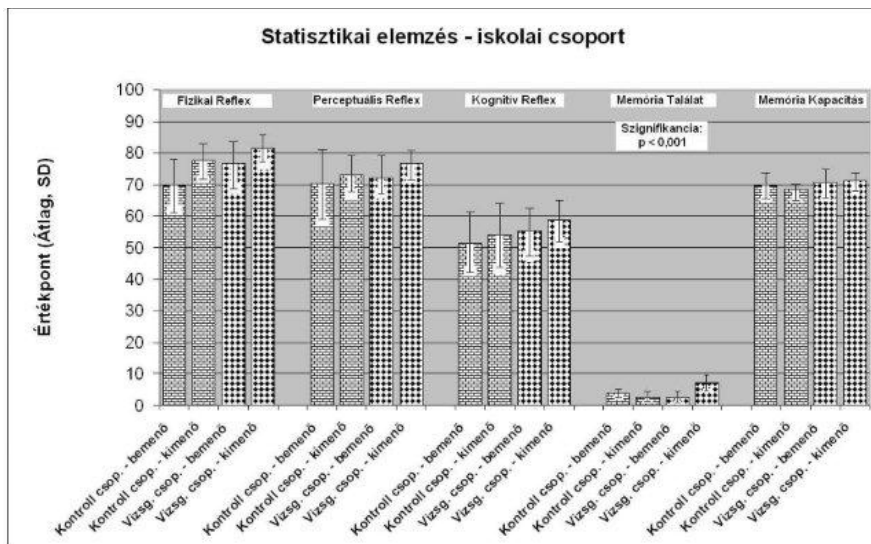


8. ábra

Az iskolai csoport

Iskolások esetében öt területet tudtunk mérni. A 9. ábra összefoglalja a kapott eredményeket.

A kontroll csoportban a mért öt területből háromnál javulást mértünk. Kettőnél nem. Fizikai reflex 16,5%, Perceptuális reflex 4,2%, Kognitív reflex 5,3% javulás. Memória találat 34,8%, Memória kapacitás 2,0% gyengülés. A vizsgálati csoportban minden terü-

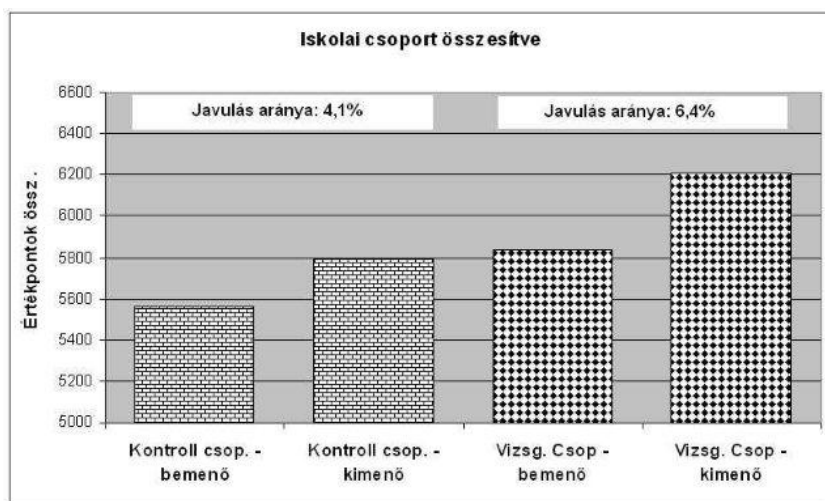


9. ábra. Iskolai csoportok eredményei (Think Fast)

leten javulást találtunk. Egy területen nagyon nagy mértékűt, egy területen pedig csak jelképes mértékűt. Fizikai reflex 6,3%, Perceptuális reflex 6,4%, Kognitív reflex 6,3%, Memória Találat 158%, Memória kapacitás 0,53% javulás.

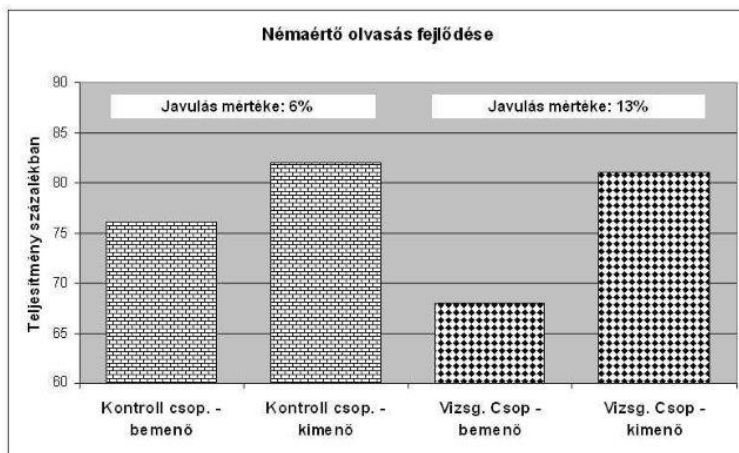
A két csoport egymáshoz viszonyított statisztikai vizsgálatában a „megismételt mérés próba” a memória találat változásában erős szignifikanciát ($p < 0,001$) állapított meg.

A kontroll csoportnál az általunk mért területek összességében javulást mutattak. Százalékban ez 4,1%. A vizsgálati csoport esetében az általunk mért területek mindegyike külön-külön és összességében is javulást mutatott. Összességében százalékban 6,4%-ot. Ezek hányadosa 1,6. Tehát a változás mértéke a vizsgálati csoportban a terápiás csoporthoz képest 1,6-szeres. A 10. ábrán láthatjuk a fejlődés mértékét összesítve a mérések össz-értékpontja alapján százalékosan kifejezve.



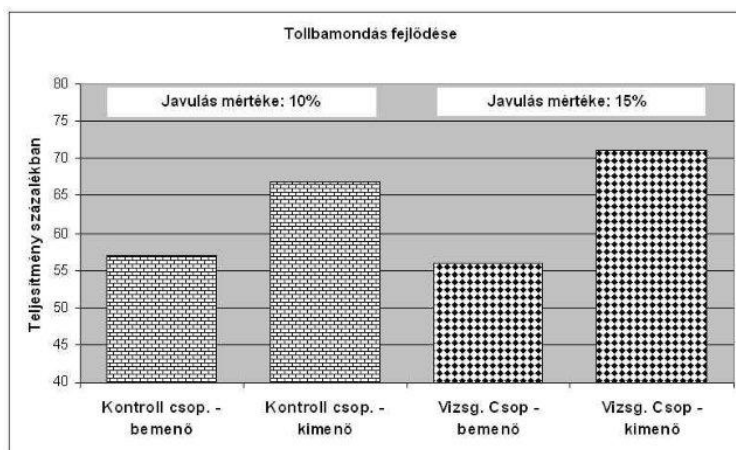
10. ábra

A némaértő olvasás a kontroll csoportnál 6%-ot javult a tanév végére. A vizsgálati csoportnál 13%-ot (11. ábra).



11. ábra. Némaértő olvasás fejlődésének összehasonlítása (iskolai csoportok)

A tollbamondásban nyújtott teljesítmény a kontroll csoport esetében 10%-ot javult a tanév végére. A vizsgálati csoportnál ez 15% (12. ábra).



12. ábra. Tollbamondás fejlődésének összehasonlítása (iskolai csoportok)

Az iskolai mintában a mért területek enyhébb javulását kaptunk, mint az óvodai mintában. Ez a vizsgálati csoportokban és a kontroll csoportokban is igaz.

Megbeszélés

Az óvodai csoportban történt fejlődés az általunk végzett kutatásban a nagyobb mértékű. Ezzel kapcsolatban két főbb gondolatot említünk: Az óvodás csoportban nem volt organikus deficit a részképességek egyenetlen fejlődésének hátterében. Tehát alapvetően egészséges szervezetet támogattunk a standard fejlesztéssel és a fény-hang terápiával

is. A másik fontos összetevő, hogy 6-7 éves korban használtuk a technikát. Ekkor az agy plaszticitása még nagyobb (HUTTENLOCHER 1994).

A legnagyobb különbséget a perceptuális készséget mérő gyakorlatban találtuk. Ez azt jelenti, hogy a vizuális feldolgozás, figyelemkoncentráció területén való fejlődést támogatta leginkább az alkalmazott AVS program.

Az iskolai csoportokban a standard iskolai kognitív felméréseket (némaértő olvasás és tollbamondás) olyan pedagógus kollégák végezték, akik egyáltalán nem vettek részt az AVS terápiában. Ezzel is igyekeztünk fokozni a mérés objektivitását.

Több szakirodalom is hivatkozik rá (LENGYEL 1999; NAGY 2005), mennyivel bonyolultabb az írás, mint az olvasás, főleg a tanulásban akadályozottak körében. Ezt alátámasztja az felmérésünk is: a tollbamondásnál a vizsgálati csoport 50%-kal többet fejlődött, mint a kontroll csoport. Némaértő olvasásnál ez az arány 117%.

Az audiovizuális stimuláció nemzetközi irodalmában számos eddigi kutatás igazolja a fény-hang terápia hatékonyságát a különböző felhasználási területeken. Saját vizsgálatunk eredményei összhangban állnak ezen eredményekkel, bár a vizsgálat tárgyát tekintve egyedülállónak számít. Eredményeink meggyőzőek, hiszen a kontrollcsoportokhoz képest – sérülés foktól függően – jelentős javulás tapasztalható a vizsgálati mintában. Az adatok egyértelműen bizonyítják az AVS hatékonyságát mindkét vizsgálati minta esetén: statisztikailag szignifikáns eredményeket kaptunk több mért változó mentén. A korábban megfogalmazott hipotézisünknek megfelelően az organikus sérüléssel nem terhelt óvodai csoportban jelentősebb javulást tapasztaltunk az iskolai vizsgálati csoportokhoz képest. Mindez egybevág a szakirodalmi adatokkal, miszerint minél korábbi életszakaszban kezdődik az AVS használata, annál jelentősebb változás várható, illetve a sérülés mértéke is befolyásolja a terápia hatékonysági fokát. Az AVS terápia nem képes „meggyógyítani” az organikus sérülést, a működő funkciók összehangolásával, a mentális állapot javításával viszont mégis jelentősen fokozni tudja a fejlesztés hatékonyságát.

Érdemes megemlíteni, hogy hasonló markáns fejlődési eredmények produkálhatóak neurofeedback, illetve transzkraniális mágneses stimulációs módszerekkel is (KLIMESCH és mtsai 2003; HANSLMAYR és mtsai 2005). Ám ezek iskolai alkalmazásai igen nehezen megvalósíthatóak. A hozzájuk szükséges berendezések árai nagyon magasak, a terápia vezetéséhez szükséges szakmai képzés pedig hosszú és költséges.

Az általunk végzett vizsgálat *korlátai* közé sorolható, hogy a résztvevők száma nem túl magas (n=72), és nem alkalmaztunk placebo-kontroll csoportot, továbbá a kontroll csoportokban nemek eloszlása nem azonos a terápiás csoportokéval. Azonban – tekintve a terápia időtartamából és rendszerességéből adódó munka és erőforrás költségeket – ezen feltételek nélkül is tudományosan bizonyító erejűnek tekinthetők következtetéseink. A vizsgálatban használt mérőeszköz (Think Fast) Magyarországon nem validált. Azért választottuk mégis, mert objektív, számokban egyértelműen kifejezett értékeket ad eredményül, amely egy-egy vizsgálati személy esetében is, önmagához képest biztosan méri a különbségeket, változásokat.

Összegzés

Az audiovizuális stimuláció nemzetközi irodalmában számos eddigi kutatás igazolja a módszer hatékonyságát különböző felhasználási területeken, saját vizsgálatunk eredményei összhangban állnak ezen eredményekkel, és egyben irányt mutatnak a pedagógiai gyakorlatban való alkalmazás lehetőségei felé.

A vizsgálat megtervezése előtt felállított hipotézisekkel a módszer, szakirodalomból ismert hatékonyságának igazolását vártuk. Az első két hipotézisben azt feltételeztük, hogy az óvodás-, és iskoláskorú vizsgálati csoportba tartozó gyerekeknél/tanulóknál intenzívebb fejlődés tapasztalható a tanulási képességek területén a kontrollcsoporthoz képest, akik fény-hang terápiában nem részesültek. A fent bemutatott vizsgálati eredmények ezen feltevéseket igazolják, hiszen a kontroll csoportba tartozó AVS terápiában részesülő vizsgálati csoportok 1,6–3,5-szeres javulást mutattak a mért területeken, mely eredmények tükrében egyértelműen hatékonynak tartjuk az audiovizuális stimuláció alkalmazását a pedagógiai és gyógypedagógiai gyakorlatban.

Ugyanakkor – harmadik hipotézisünknek megfelelően – intenzívebb fejlődést tapasztaltunk az organikus sérüléssel nem terhelt óvodai minta esetén, mint a speciális tanterv szerinti oktatásban résztvevő, átlagostól alacsonyabb intellektuális képességekkel rendelkező SNI A státuszú tanulóknál. Mindez egybevág a szakirodalmi adatokkal, miszerint minél korábbi életszakaszban kezdődik az AVS használata, annál jelentősebb fokú változás várható. Ez magyarázható azzal, hogy az óvodás gyerekek befogadó képessége, a szervezet rugalmassága, illetve az agy plaszticitása ebben az életkorban kiemelkedő, és mint minden más terápiás beavatkozás, ezen biológiai feltételek figyelembe vétele mellett sikeresebben végezhető.

Vizsgálati eredményeink szerint a mentális deficit jelenléte negatívan befolyásolja a terápia hatékonysági fokát, hiszen az organikus sérüléssel terhelt csoportnál kevésbé intenzív fejlődést tapasztaltunk, mint az óvodáskorú vizsgálati minta esetében. Ennek ellenére eredményeink biztatóak, hiszen a fény-hang terápiában nem részesülő iskolai csoport stagnálása, illetve – bizonyos képességek esetében – alig érzékelhető fejlődése mellett az AVS-sel fejlesztett mentális sérüléssel rendelkező iskolai csoportnál minden mutató mentén visszafogottabb, de pozitív irányú változást tapasztaltunk. Eszerint az idegrendszeri sérülés foka befolyásolja ugyan a módszer által indukált változás mértékét, de a szervezet korlátaihoz igazodva kisebb mértékű fejlődés regisztrálható a módszer rendszeres használata mellett. Ez összhangban van az elmúlt néhány év nagy jelentőségű felfedezésével, mely szerint – az eddigi, sok évtizeden keresztül uralkodó állásponttal szemben – a központi idegrendszeri sejtek később, akár felnőtt korban is újra képesek szaporodásra, és az agyon, illetve gerincvelőn belüli vándorlásra. A fény-hang stimuláció hatására bekövetkező kedvező változások hátterében feltehetően komplex mechanizmus áll, mely többek között magában foglalja az idegsejt-szintű változásokat (idegsejtek számának növekedése; synapsisok gyarapodása; anyagcsere kedvező irányú változása; elektromos vezetőképesség javulása), illetve a különböző kémiai anyagok (szerotonin, dopamin, noradrenalin, GABA, endorfinok stb.) mennyiségének és egymáshoz viszonyított arányának optimalizálását a központi idegrendszeren belül, melyek az egészséges agy tevékenységhez szükségesek.

A fenti vizsgálati eredmények és személyes tapasztalataink alapján összességében azt mondhatjuk, hogy a fény-hang terápia alkalmazásával – életkortól, illetve sérülési foktól függetlenül – a szervezet öngyógyító, önmegújító képességét támogatjuk. Gyakorlati szinten a célzott terápiák folytatását, a terápia fejlesztőórákba, tanórákba való beépítését javasoljuk minél nagyobb rendszeresség mellett.

Jelen vizsgálat keretein belül csupán a tanulási hatékonyságot növelő programok kipróbálása és szisztematikus vizsgálata történt, azonban számos egyéb területről vannak esettanulmányaink, melyek bizonyítják, hogy egyéb, pszichés problémákkal (depresszió, krónikus fáradtság, alvászavar, pánikbetegség, aktivitásprobléma), illetve

időskori demenciával küzdő személyek esetében is hatékonyan alkalmazható módszer. Mindez újabb, kutatásra érdemes területek felé mutat.

Irodalomjegyzék

- ADRIAN, E. D.–MATTHEWS, B. H. C. (1934): The Berger rhythm: Potential changes from the occipital lobes in man. *Brain*, 57, 355–383.
- ANOUKHIN, A.–VOGEL, F. (1966): EEG alpha rhythm frequency and intelligence in normal individuals. *Intelligence*, 23, 1–14.
- BORBÉLY É. (2007): Mentális kompeterek, avagy fény-hang készülékek az oktatásban. In *Kutató Tanárok Tudományos Közleményei (2007–2008)*. 30–36.
- BUDZYNSKI, T. H. et al. (1999): Academic performance enhancement with photic stimulation and EDR feedback. *Journal of Neurotherapy*, 3, 11–21.
- BUDZYNSKI, T. H. (1991): *Clinical Considerations of Light/Sound*. Synetics Systems, Seattle, WA.
- BUDZYNSKI, T. H. (2000): Reversing age-related cognitive decline: Use of neurofeedback and audio-visual stimulation. *Biofeedback*, 28, 19–21.
- BUDZYNSKI, T. H. et al. (2007): Brain brightening: Restoring the aging mind. In EVANS, J. R. (ed.): *Handbook of Neurofeedback: Dynamics and Clinical Applications*. Haworth Press, New York.
- CARTER, J.–RUSSELL, H. (1993): A pilot investigation of auditory and visual entrainment of brain wave activity in learning disabled boys. *Texas Researcher*, 4, 65–72.
- FÁBIÁN T. K. és mtsai (2009): Photo-Acoustic Stimulation: Theoretical Background and ten years of clinical experience, *Contemp. Hypnosis*, 26, 4, 225–233. in *Wiley InterScience*
- FÁBIÁN T. K. és mtsai (2004): Photo-acoustic stimulation increases the amount of 70 kDa heat shock protein (Hsp70) in human whole saliva. A pilot study. *International Journal of Psychophysiology*, 52, 211–216.
- GIANNITRAPANI, D. (1969): EEG average frequency and intelligence. *Electroencephalography & Clinical Neurophysiology*, 27, 480–486.
- HANSLMAYR, S. et al. (2005): Increasing Individual Upper Alpha Power by Neurofeedback Improves Cognitive Performance in Human Subjects. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30, 1, 1–10.
- HUTTENLOCHER, P. (1994): Synaptogenesis, Synapse Elimination, and Neural Plasticity in Human Cerebral Cortex. *Threats to Optimal Development – The Minnesota Symposia on Child Psychology*, 27, 35–54.
- HIROAKI, K. et al. (1996): Treatment of a depressive disorder patient with EEG-driven photic stimulation. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 21, 4, 323–334.
- JAUSOVEC, N. (1996): Differences in EEG alpha activity related to giftedness; *Intelligence*, 23, 159–173.
- JOYCE, M.–SIEVER, D. (2000): Audio-visual entrainment program as a treatment for behavior disorders in a school setting. *Journal of Neurotherapy*, 4, 2, 9–15.
- KERTAYNÉ K. Zs. (2005): A diszlexia, diszgráfia kialakulásának okai, az iskolai oktatás lehetőségei a tudomány új felfedezései tükrében – az „agytréner” használatának tapasztalatai a balatonfűzfői Öveges József Szakképző Iskola és Gimnázium „disz”-es oktatásában. In *XI. Soproni Logopédiai és Pedagógiai Napok Konferencia*, Sopron. 83–100.
- KLIMESCH, W. et al. (2003): Enhancing cognitive performance with repetitive transcranial magnetic stimulation at human individual alpha frequency. *European Journal of Neuroscience*, 17, 5, 1129–1133.
- LENGYEL Zs. (1999): *Az írás: kezdet – folyamat – végpont. Az írástanulás pszicholingvisztikai alapjai*. Alkalmazott Nyelvészeti Sorozat. Corvina, Egyetemi Könyvtár, Budapest.
- LUBAR, J.–LUBAR, J. (1999): Neurofeedback assessment and treatment for attention deficit/hyperactivity disorders. In EVANS, J. R.–ABARBANEL, A. (eds): *Quantitative EEG and Neurofeedback*. Academic Press, San Diego. 103–143.
- MARKAND, O. (1990): Alpha rhythms. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 7, 163–189.

- MOLNÁR E.–KOCZKA J. (2004): Korszerű módszerek – sikeres tanulók; „Az iskolai lemorzsolódás és sikertelenség csökkentése” *Phare program: HU0008-02-01-0072 jelentés.*
- NAGY J. (2004): A szóolvasó készség fejlődésének kritériumorientált diagnosztikus feltérképezése; *Magyar Pedagógia*, 104, 2, 123–142.
- PETRUS GY. (2008): AVS-technika vezető szerepével végzett fejlesztő eljárás egy lehetséges útja. In *AVS-technikával támogatott fejlesztő eljárások; Pedagógiai és Módszertani Konferencia*, Csorvás. 91–104.
- SIEVER, D. (2003): Applying Audio-Visual Entrainment Technology for Attention and Learning. *Biofeedback*. 31.
- SIEVER, D. (2003): Audio-visual entrainment: 1. History and physiological mechanisms. *Biofeedback*. 31.
- SIEVER, D. (2004): The Application of Audio-Visual Entrainment for the Treatment of Seasonal Affective Disorder. *Biofeedback Magazine*, 32, 4.
- TOMAN, J. (1941): Flicker potentials and the alpha rhythm in man. *Journal of Neurophysiology*, 4, 51–61.
- VOGT, F. et al. (1998): High-frequency components in the alpha band and memory performance. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 15, 167–172.
- WALTER, W. G. et al. (1946): Analysis of electrical response of human cortex to photic stimulation. *Nature*, London, 158–540.



LOGOPÉDIA KIADÓ

Kiadványainkat ajánljuk gyermekeknek, szülőknek és pedagógusoknak az óvodában és az iskolában a mozgás, a beszéd, a gondolkodás fejlesztéséhez, az olvasás-írás, helyesírás és a számolás képességeinek tréningjéhez, tanításához. Tankönyveinken, gyakorlófüzeteinken kívül szakkönyveink színvonalas elméleti és gyakorlati útmutatóval szolgálnak a szakemberek és az érdeklődők számára.

Intézmény-akkreditációval rendelkező kiadónk évről évre sikerrel indítja két 30 órás akkreditált tanfolyamát:

- **A diszlexia megelőzése – Az értő olvasás előkészítése. Tanulási képességek fejlesztése 6-10 éves korban az értő olvasás érdekében** (A képzés FAT programakkreditációs lajstromszáma: PLB-2352)
- **A matematikatanulás zavarai (diszkalkulia)** (A képzés FAT programakkreditációs lajstromszáma: PLB-1621)

www.logopediakiado.hu

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

OLLÉ JÁNOS – PAPP-DANKA ADRIENN – LÉVAI DÓRA –
TÓTH-MÓZER SZILVIA – VIRÁNYI ANITA

Oktatásinformatikai módszerek – Tanítás és tanulás az információs társadalomban

ELTE EÖTVÖS KIADÓ, BUDAPEST, 2013.

Már régóta vártunk egy olyan módszertani segédletre, amely érthetően, a fogalmakat tisztázva, gyakorlati javaslatokkal megtámogatva segít eligazodni nekünk, pedagógusoknak ebben a folyamatosan megújuló digitális világban.

2013-ban az ELTE Eötvös Kiadó gondozásában megjelent oktatásinformatikai módszertani könyv ezt a fontos hiánypótló szerepet kívánja betölteni a tanítás- és tanulásmódszertani kiadványok színes palettáján.

Az első fejezetben Ollé János az infokommunikációs technológia iskolarendszerre gyakorolt hatását elemzi. Arra keresi a választ, hogy vajon az oktatási folyamat szereplői, vagyis a tanulók, a szülők és a pedagógusok hogyan tudnak alkalmazkodni az információs társadalom elvárásaihoz. A szerző arra is rávilágít, hogy az internet és a számítógép nem csupán egy újabb eszközt jelentenek ahhoz, hogy még több ismeretet próbáljunk a tanulóknak átadni, hanem lehetőséget biztosítanak arra, hogy „játszva”, interaktívan, közösen egymástól és egymással tanulhassunk.

A következő fejezetben a különböző digitális nemzedékek elnevezését és jellemzőit ismerhetjük meg, kiemelt figyelemmel a legfiatalabb Z (vagy net-) generáció tulajdonságaira és szokásaira. Tóth-Mózer Szilvia szerint a mai digitális kor tanulóit a gyors információszerzés iránti fokozott igény, a türelmetlenség, a megosztott figyelem, az ismerősökkel való online kapcsolattartás, a sajátos nyelv- és szimbólumhasználat a nap 24 órájában jellemzi. A fejezet második felében a digitális szubkulturákról, az interneten is jelenlévő veszélyforrásokról, a digitális nemzedékekkel kapcsolatos hiedelmekről olvashatunk részletesebben.



Papp-Danka Adrienn az online környezet tanulási szokásokra, módszerekre gyakorolt hatását mutatja be, és hasznos tanácsokkal szolgál a továbbiakban. A szerző megismertet azokkal az aktuális programokkal is, amelyek nélkülözhetetlen tartozékai „digitális tolltartónknak” – például az online dokumentumkezeléssel, bloggólással, Wikipédiával, YouTube-bal stb.

A negyedik fejezet az oktatási-nevelési folyamat egyik kulcsszereplőjével, a pedagógussal szembeni elvárásokat, kompetenciákat fogalmazza meg. Az IKT eszközök oktatás terén történő térhódításával a pedagógusok szerepe is átértékelődött. Többé már nem az információk és az ismeretek egyedüli hordozói és közvetítői, inkább a tanulási folyamat támogatói, a tanulók mentorai az internet (vagyis az online közösségek) világában. Lévai Dóra hasznos ötleteket, javaslatokat ad közre, amelyek segítségével színesíthetik módszertani repertoárjukat a „digitális bevándorló” pedagógusok.

A továbbiakban Ollé János az infokommunikációs technológiák tanulás- és tanítás-szervezésben, valamint oktatási módszerekben rejlő alkalmazási lehetőségeit és előnyeit vizsgálja fel, példákkal illusztrálva. Az említett tanulásszervezési módszerek közül az iskolai gyakorlatban előszeretettel alkalmazott módszert, a páros munkát ragadnánk ki. A páros munka során az alkalmazott technológiáknak köszönhetően még azonos térben és időben sem kell együtt tartózkodniuk a tanulópár tagjainak. További előny, hogy egymás számára a közös munka teljes dokumentációja és ütemezése bármikor hozzáférhető és módosítható, a közös produktum később felhasználható, átalakítható.

A könyv a sajátos nevelési igényű tanulók oktatását és tanulását támogató technológiák bemutatásával és alkalmazási lehetőségeivel zárul. A gyógypedagógia területén már régóta kiemelt fontossággal bír ezen technológiák alkalmazása, legyen szó akár iskolai integrációról, akár mindennapi (otthoni vagy szabadidős) tevékenységekről. Virányi Anita nagy alaposággal veszi sorra a sérülésspecifikus szempontoknak megfelelően a látássérült, hallássérült, mozgáskorlátozott és nehezen tanuló gyermekek szempontjából az egyes támogató eszközöket és a felhasználásukban rejlő lehetőségeket és nehézségeket.

Összegezve az eddig leírtakat, ajánlom figyelmébe ezt a kiadványt mindazon kedves érdeklődőnek, akik jobban meg szeretnék ismerni az infokommunikációs technológiák hatását az iskolai folyamatokra, továbbá azon olvasóknak is, akik nem kívánnak megelégedni az osztálytermi keretek között nyújtható oktatási és tanulási lehetőségekkel.

A kiadvány ingyenesen letölthető az ELTE Reader digitális könyvtárból:

<http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/oktatasinformatikai-modszerek/>

Pongrácz Kornélia

MATTHEW DICKS

Egy képzeletbeli barát naplója

KOLIBRI KIADÓ, BUDAPEST, 2012.

Matthew Dicks méltán sikeres könyvét – amelyet megjelenése óta már 17 nyelvre lefordítottak – elsősorban kamaszoknak vagy felnőtteknek ajánlanám, és nem csak azoknak, akik érdeklődnek az autizmus iránt.

A szerző bűbajos, egyedi mesevilágot teremt a valóság és képzelet határán, melybe szinte észrevétlenül szövi az autizmus jelenségének valószínű ábrázolását.

A címben szereplő képzeletbeli barátot egy 9 éves autizmussal élő kisfiú, Max teremtette, hogy hűséges társként átsegítse mindennapjainak ijesztő káoszán.

Max különlegességét, a fejlődési zavar tüneteit a történetben lezajló események mellett a képzeletbeli barát elbeszéléseiből, a könyvben szereplő szülők, kortársak és tanárok viselkedéséből, párbeszédeiből ismerheti meg az olvasó, így szinte észrevétlenül jutunk az autizmus sok szempontú, hiteles ábrázolásához. Valószínűnek tartom, hogy a szerző, akinek eredeti foglalkozása tanár, közelebbről is ismerheti az autizmus világát.

A tünetek rendkívül gyengéd és finom és szakszerű ábrázolása alapján a következő kép rajzolódik ki: Max számára nagy nehézséget jelent önállóan dönteni akár a legapróbb dolgokról is, vagy arra használni a beszédet, amire az való, például segítséget kérni, elutasítani, válaszolni.

Budo, a képzeletbeli barát szerint Max másképpen, távolról szereti az embereket, mert összezavarják és szorongást keltenek benne. Nem érti például, hogy az emberek miért mondanak mást, mint amit gondolnak, nem érti a gúnyolódást és a viccet, irtózik az érintéstől, alig néz mások szemébe. Az iskolában nincsenek barátai, magányosan játszik.

Viselkedését, játékát a merev rutinok és az azonossághoz való extrém mértékű ragaszkodás uralják, így például kiborul az ágyneműcsereitől, vagy ha változik a fogkrém márkája.

A szülők vívódása, vitája és a diagnózis megértésének, elfogadásának nehézsége szintén olyan jelenség, melyet jól ismerhetünk a mindennapokból.

A fejlődési zavar típusos tüneteinek bemutatása mellett a szerző szívszorítóan jeleníti meg, hogyan zaklatja, bántalmazza Maxet egyik iskolatársa, felismerve a kisfiú védtelenségét, sebezhetőségét, akinek félelme és magánya megrendítő ebben a helyzetben. Sajnos a jó képességű, integrációban tanuló autizmussal élő gyermekek esetében



valóban meglehetősen gyakori, hogy a kortársak visszaélnek sérülékenységükkel, zaklatják, ugratják őket az iskolában.

Szerencsére megismerhetünk egy olyan kiváló pedagógust is, aki mélyebb megértéssel és empátiával fordul a különleges kislány felé, így csökkentve magányát és szorongását.

Annak ellenére, hogy a könyv nagyon szakszerűen mutatja be az autizmus jelenségét, természetesen nem szakkönyv, hanem fordulatos, izgalmas mese, melyben végig aggódhatunk a rokonszenves főhősért és haragudhatunk ravasz és veszélyes ellenségeire.

Bízhatunk abban, hogy végül a szeretet és a hűség ereje legyőzi a gonosz erőket, a képzeletbeli barát segítségével a lehetetlen lehetségessé válik, a gyenge pedig erőssé.

A könyv egyik nagy értéke, hogy általa nagyon sokan megismerhetik az autizmus legfőbb jellemzőit, olyanok is, akik soha nem találkoztak még autizmussal élő emberekkel, és talán érzékenyebbé, empatikusabbá válhatnak a regény elolvasása során.

Ószi Tamásné

MEGJELENT

ZÁSZKALICZKY PÉTER

A társadalmi és az iskolai integráció feltételrendszere és korlátai

Mennyire illeszkednek vagy nem illeszkednek egymáshoz az ellátórendszer életkor-specifikusan szerveződő intézményei? Mennyire szempont az iskolai oktatás-nevelés során a későbbi társadalmi beilleszkedés? Mire szocializál, mire készít fel, milyen és mire szolgáló kompetenciákkal akar felvértezni az iskola? Mít akar és tud hasznosítani az iskolában megszerzett készségekből és ismeretekből később a felnőtt-intézmény?

Kötetünk két, párhuzamos kutatás eredményeit adja közre. Ezek kérdésfeltevésai – a sajátos nevelési igényű tanulók integrált oktatásának feltételrendszere, illetve a felnőtt fogyatékos népesség társadalmi integrációjának állapota és korlátai – egy sokszor méltatlanul elfeledett, jelentőségén alul kezelt összefüggés mentén nagyon is illeszkednek egymáshoz.

A külön vagy együtt nevelés választásának, sikerességének, legitimációjának kérdése végső soron ugyanis azon áll vagy bukik, hogy felnőtté válva, az iskolából kilépve milyen beilleszkedési lehetőségek várnak az egyénre, illetve mennyire hozzáférhetőek számára a társadalom azon intézményei és közösségei, amelyekben a társadalom többi tagja él és amelyeket a társadalom többi tagja használ – azaz mennyiben látja el őket a szükséges kompetenciákkal az iskola, hogy felnőttként esélyük legyen a lehető legnagyobb önállósággal boldogulni a többségi keretek között.



A MAGYE ÉLETÉBŐL

BESZÁMOLÓ

a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete 2013. évi, Tatabányán megrendezett konferenciájáról

Gereben Ferencné: Köszöntés és megemlékezés

„Gyógypedagógus akarok lenni...”
(Gordosné 2006)

Tisztelettel köszöntöm valamennyi megjelentet, Vendégeinket, kollégáinkat, akik ezen az igen meleg nyári napon összegyűltek a MAGYE hagyományos, ezévi, 41. alkalommal megrendezett Országos Konferenciájára. Az évenkénti rendszerességgel összehívott szakmai találkozások jól jelzik a közös szándékot, hogy vessünk számot a közelmúlt történéseivel, gondoljuk át, beszéljük meg szakterületünk problémáit, mérjük fel, hogy a folyamatosan változó társadalmi és gazdasági környezet a közoktatás, a felsőoktatás, az egészségügy és a szociális szféra szolgáltató rendszereit milyen kihívások elé állítja a fogyatékossgal élők és családjaik megsegítésében, s próbálunk-e, tudunk-e a gyógypedagógia-tudomány és -gyakorlat kérdéseire reflektálni úgy, hogy a felvetések a korai ellátástól a felnőttek kíséréséig, az ország különböző régiói, különböző szinterei és szakterületei számára némi segítséget nyújtsanak. Ezévi konferenciánk kerettémája, „A hagyományait megőrizve megújuló magyar gyógypedagógiai tevékenység” gondolata is az elmondottak jegyében született és azzal a sajnálatos aktualitással egészült ki, hogy szerzője, Gordosné dr. Szabó Anna, sokunk tanítómestere, a múlt év végi váratlan eltávozása miatt már nem lehet közöttünk.

Így hát rá is emlékezünk, a MAGYE alapító tagjára, a GYOSZE alapító főszerkesztőjére, a magyar gyógypedagógia emblemikus alakjára, aki a 2004-ben, első ízben kiadott *Gyógyító pedagógia* kötet bevezető fejezetét indította ezekkel a szavakkal: „Gyógypedagógus akarok lenni...” Ugyanígy vallott 2006-ban, a *Gyógypedagógus-történetek* kötet számára fiatalkori önmagáról, amikor a debreceni siketek intézetének igazgatója, Gáspár János tanár úr heti egy órában, a „Gyógypedagógia” tantárgy keretében egy különös, újszerű, addig nem ismert világba vezette be az eredetileg orvosi pályára készülõ fiatal tanítónõt. „Gyógypedagógus akarok lenni” – határozta el, merthogy együtt van benne a „gyógy” és a „pedagógia”. És nem ezt mondtuk mi magunk is, teremben itt ülõ többsége, amikor döntöttünk egykor a pályaválasztással kapcsolatban? Pedig nem egyszerűen talán nem is voltunk tisztában azzal, hogy valójában mire is vállalkozunk. A döntés

kinek-kinek más-más módon, egy életre szóló elköteleződést jelentett. A gyógypedagógiát művelők köre köztudottan erős identitástudattal kötődik választott pályájához. Gordos Anikó pályáíve sok állomáson keresztül a Bárczi-féle „Általános gyógypedagógia” órák hallgatásától a Főiskola Tanulmányi Osztályának megszervezésén, vezetésén át az oktatói, főigazgató-helyettesi, tanszékvezetői, majd főigazgatói szék betöltéséig vezetett, amelyet sok minden egyéb mellett a MAGYE és GYOSZE körüli társadalmi feladatok ellátása, valamint a magyar és nemzetközi gyógypedagógiai ismeretrendszer szempontjából jelentős, aktív tudományos tevékenység kísért az utolsó pillanatig. A gyógypedagógiai alapismeretek tematizálása, a tágan és szűken értelmezett gyógypedagógia tudománymodelljének felrajzolása, az általános elméleti kérdések és a szakterületek fejlődésének elemzése, a gyógypedagógiatörténeti ismeretrendszer egyes állomásainak, személyi vonatkozásainak összefoglalása, gyógypedagógiatörténeti portrék tükrében a hazai gyógypedagógusképzés fejlődéstörténetének elemzése mind e gazdag életmű részét képezi. S most majd rajtunk, utódokon a sor, hogy mindezekre megpróbáljuk méltó választ adni, reflexiókat megfogalmazni a GYOSZE ezévi különszámában, amely a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, az Alapítvány a Fogyatékosokért és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, valamint egyéni szponzorálás alapján létrejövő összefogással készül el novemberre, a Tudomány Napi rendezvény részeként.

A Gordos Anikó munkásságának, pályafutásának szóló személyi méltatás kereteiből az ezévi konferenciánk mottójául választott kerettéma gondolati tartalma az idézett kontextus minden eleme szempontjából különös jelentőséggel bír. A 90-es évektől folyamatosan zajló társadalmi átalakulásokat a gyógypedagógia sem kerülhette el. Intézmények szűntek meg, az összevonások miatt önállóságuk csorbult, új képzési formák indultak el, mint a gyógypedagógus-képzés egyetemi, illetve mester szintje, strukturális átrendeződés folyik napjainkban, s ezek a hazai gyógypedagógiai tevékenység művelőit, magát a gyógypedagógus-társadalmat állandóan újabb és újabb kihívások elé állítják. A jogszabályi környezet módosulása, a finanszírozás kérdései, az egyéni életpálya alakulása, a diploma értékének elismerése, a feladatelosztás kérdései – ha sok pozitívumot is hordozhatnak – sok konfliktust generálva mennek végbe. Mert mindezek közben az egyre differenciáltabb szolgáltatások iránt nő az igény, az érintettek és családjaik nem szenvedhetik meg e változásokat. A tudományos megismerés is a jobbítás szándékával fordul az érintettek felé. A társtudományokban, így a pszichológiában, a medicinában, kommunikáció- vagy a jogtudományban újabb ismeretek jelennek meg, amelyek a pedagógiai dominanciájú interdiszciplináris embertudományi értelmezést a nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás és rehabilitációs tevékenység értelmezési keretei felé tágitják – visszacsatolva a klasszikusnak mondható eredeti gyógyító-nevelés hagyományos koncepciójára, de erőteljesen hangsúlyozva az életminőség javításának, a társadalmi esélyegyenlőség, a társadalmi integráció biztosításának kérdéseit. Ha „...a neveléstudomány arra a felismerésre épül, hogy az emberi magatartás és annak belső feltételei alakíthatók, az alakító hatások szervezhetőek, kézben tarthatók, és a nevelés mint tudatos emberformáló tevékenység az alakító hatások működésmódjának ismeretében tudományos vizsgálódás, tervezés tárgyává tehető...” (KRON 1997, id. ILYÉS 2001), a fenti kijelentés a gyógypedagógia tudományára és tevékenységi rendszerére ugyancsak érvényes. Az ezredforduló neveléstudományi arculatának felrajzolásakor egyértelművé vált, hogy a neveléstudomány tudáskínálata és a gyakorlat tudásszükséglete között nincs mindig összhang, a közoktatásban – amint azt Illyés hangsúlyozza – erősödik a „pedagógiai tudatosság, a tudományos ismereteken alapuló professzionalizmus igénye”. Az ún. „tanuló neveléstudomány” folyamatosan integrálja azokat az ismereteket, amelyek az

emberi viselkedés befolyásolása szempontjából hatékonyak bizonyulnak, tudástartalmát bővítik (ILLYÉS 2001; CSAPÓ–VIDÁKOVICH 2001). Az életminőség-szintű változtatások egyre alaposabb, differenciáltabb tudást követelnek meg, új kihívásokra keresnek választ, nem nélkülözhetik a „humán felfogások” átgondolt, tudományosan elemzett, rendszerszinten átgondolt összefoglalását és gyakorlatban történő hasznosítását. A tantervek, programok, terápiák széleskörű kínálata valójában a megújuló gyógypedagógiai tevékenységnek az összetevőire hívja fel a figyelmet. Gordosné szóbeli közlését hivatkozunk ennek kapcsán, miszerint „a gyógyító pedagógiát valójában klinika jellege emelte ki a neveléstudományból”. Mindezek természetesen az adott személy életkorának, fejlettségi szintjének, képességstruktúrájának, az akadályozottság mértékének, a környezeti tényezőknek, az egyéni vagy csoportos ellátás formáinak, helyi lehetőségeinek megfelelően módosulnak a maguk sokszínűségében. E résztvékenységek sokaságából építkező komplex folyamatban a bio-pszicho-szociális paradigma mentén – diagnosztika, a terápia és a gyógypedagógiai rehabilitáció kérdései mentén – strukturálódik a gyógypedagógia-tudomány és -gyakorlat klinikai ismeretrendszere, amely az eddigieknél professzionálisabb tudást vár el a pályára kerülőktől, és újabb alap és továbbképzési formákat involvál. A professzió gyakorlására vonatkozó tudástartalmak szempontjából elkülönül az ismeretátadás speciális tantervi, módszertani kérdéseitől, amelyek az iskolapedagógia területén válnak nélkülözhetetlenné a gyógypedagógiai tanári tevékenységében. A 2002-ben, a gyógypedagógia bicentenáriumára Gordosné által megfogalmazott gondolatok figyelembevételével – minden nehézséget számba véve, amely kétségkívül megnehezíti a hétköznapokat – elmondhatjuk, hogy a magyar gyógypedagógiai tevékenység olyan bázissal, olyan szakmai-szellemi muníciókkal rendelkezik, amelyekre lehet és kell is építeni. Egy szakmai szervezet, mint amilyen a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, ahogy a mögöttünk hagyott 40 évben, a továbbiakban is fő feladatának tekinti, hogy teret adjon a véleménycseréknek, szakmailag vitás kérdések műhelykonferenciák keretében történő áttekintésének, szakmai konszenzusok megteremtésének, a döntéshozókkal történő együttgondolkodásnak. Ehhez kívánok minden résztvevőnek eredményes tanácskozást, s ezzel a MAGYE 41. Országos Konferenciáját megnyitom.

Tisztelt Kollégák!

Amikor Gordos Anikóról készültünk megemlékezni a mai együttlét alkalmával, még nem tudtunk arról a szomorú hírről, ami tegnap érkezett: elhunyt dr. Sári Jánosné, a Nagyothallók Általános Iskolájának volt igazgatója, a MAGYE konferenciák lelkes szervezője és résztvevője. Kérem, hogy néma felállással emlékezzünk végezetül mindkettőjükre, s a jelenleg nem nevesített eltávozott kollégáinkra.

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének Elnöksége a 2013. évi 41. Országos Szakmai Konferencián a gyógypedagógiai ellátás színvonalának, a gyógypedagógiai tevékenység fejlesztésének, az egyesületi feladatok biztosításának területén az alábbi elismeréseket adta át:

Bárczi Gusztáv Díszoklevél

Éltes Mátyás Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Általános Iskola, Speciális Szakiskola és Egységes Pedagógiai Szakszolgálat nevelőtestülete számára

Autizmus Alapítvány Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény számára

Bárczi Gusztáv Emlékérem

Varga Imre ny. igazgató úrnak

Kapcsáné Németi Júliának, az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. munkatársának

Egyesületi munkáért Érdemérem

Bacsó Ágnesnek, az Éltes Mátyás Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Általános Iskola, Speciális Szakiskola és Egységes Pedagógiai Szakszolgálat igazgatójának

Somlai Istvánnak, a MAGYE audiovizuális technikai kultúrájának folyamatos fejlesztése és honlapjának karbantartása területén folytatott tevékenységért

Valamennyiüknek ezúton is köszönet a magyar gyógypedagógus társadalom nevében!

SZAKOSZTÁLYI BESZÁMOLÓK

Autizmus szakosztály (Őszi Tamásné szakosztályvezető)

Ebben az évben a szakosztály munkájában nagy hangsúlyt kapott azoknak a nemzetközi és hazai projekteknek, kutatásoknak a bemutatása, melyek hosszútávon meghatározók lehetnek a szakterület fejlődése szempontjából. E mellett hagyományainkhoz híven bemutatkozott a MAGYE konferenciának otthont adó régió egyik gyakorlati műhelye is.

A szakosztályon a következő előadások hangzottak el:

Ertl Dóra – Kovács Marianna – Takács Tünde: *A komplex intézmény és az iskolán belüli autista csoportok bemutatása. Autista csoportok részvétele az iskolai életben – Egy ünnepély története* (A KEM Óvodája, Általános Iskolája, Speciális Szakiskolája, Készségfejlesztő Szakiskolája, Diákotthona és Gyermekeotthona, Tata). A két előadásból álló

bemutakozás gazdag film- és képanyaggal illusztrálta az intézményben folyó gyakorlati munkát.

Mahlerné Köfner Anikó: *Nyolc-pont+ az autizmussal élő személyek életminőségének javításáért – a TÁMOP 5.4.11. autizmus projekt bemutatása* (Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest). Élénk érdeklődést váltott ki az előadásban bemutatott, ebben az évben induló kiemelt projekt, mely hatalmas lehetőségeket teremthet a szakterület további fejlődéséhez.

Havasi Ágnes – Stefanik Krisztina: *Részvétel-e a részvétel, támogatás-e a támogatás? Kérdőíves vizsgálat pedagógusok körében a kommunikáció AAK eszközeivel való támogatásáról* (ELTE BGGYK, Budapest). A hazánkban egyedülálló kutatás az alternatív-augmentatív kommunikációs eszközök alkalmazásának gyakorlatáról igen gazdag ténytanyagot tárt a hallgatóság elé.

Farkas János: *„ASD-KVÍZ” multimédiás deficit-specifikus fejlesztő rendszer ASD-vel élőknek*. Míg a nemzetközi gyakorlatban évek óta elérhető az autizmus-specifikus szoftverek, magyarul sajnos még alig-alig állnak rendelkezésre hasonlóak, ezért különösen értékes Farkas János munkája, aki szülőként saját ötlete alapján hozta létre a bemutatott komplex fejlesztőrendszert.

Szilvásy Zsuzsanna: *Az Autism Europe 10. nemzetközi konferenciája – Budapest 2013. szeptember* (Autisták Országos Szövetsége, Budapest). A háromévenként megszervezett tudományos konferencia az európai szülőszövetség és a szakterület egyik legjelentősebb seregszemléje.

Janoch Lászlóné: *Tendenciák és változások az autizmus spektrumzavar diagnosztikájában – Tapasztalatok az Autizmus Alapítvány Ambulanciáján* (Autizmus Alapítvány Ambulanciája, Budapest). Az előadás az országos szakambulancia több mint 20 éve gyűjtött adatai alapján nyújtott áttekintő elemzést a diagnosztikus trendekről a nemzetközi szakirodalom tükrében.

Ószi Tamásné: *Az SNI kerettantervek autizmus-specifikus adaptációjának lehetősége* (Autizmus Alapítvány EGYMI, Budapest). Az előadás gyakorlati segítséget kívánt nyújtani az új kerettantervek bevezetéséhez, és tájékoztatott a ceglédi és budapesti szakemberek által elkészített, kapcsolódó szakmai anyagok elérhetőségéről.

Összegzés: A szakosztály munkája a résztvevők kérdéseinek megválaszolásával, illetve az elhangzott előadásokhoz kapcsolódó vélemények megvitatásával zárult.

Hallásfogyatékoság-ügyi Szakosztály (Muraközy Andrea szakosztályvezető)

A szakosztályi napon a nyolc országos intézményből mindössze hat képviseltette magát. A jelenlévő intézmények közül hárman egy-egy fővel voltak jelen. Így a korábbi évekhez képest kevesen voltunk. Az alacsony részvétel háttérben az intézmények súlyos anyagi helyzete áll. A jelenlévők is arról számoltak be, hogy saját maguk finanszírozták a szakmai programon való részvételt. A részt vevő intézményvezetők és gyógy-pedagógusok megosztották egymással azokat a nehézségeket, amelyet az intézmények átszervezése jelentett a tanév folyamán. Szó esett a szakszolgálati törvényről, mely valamennyi „egymi” szervezeti formában működő intézményt hátrányosan érint abban a vonatkozásban, hogy a korai gondozási feladatot nem az adott intézmény látja el. Közös véleményünk szerint ez veszélyezteti az ellátás biztonságát, ezért hátrányosan érinti a hallássérült gyermekeket, családjukat. Ezt a véleményt a konferencia harmadik

napján a szakosztályvezető közös állásfoglalásként az államtitkárság illetékesének továbbította.

Az elhangzott előadások:

Szabó Zsuzsanna – Hegedűs Alexandra: *Gondolatok a bilingvális oktatásról* (Hallássérültek Tanintézete, Budapest). Az előadók ismertették a hallássérültek oktatás-nevelésében kialakult módszereket, köztük a bilingvális oktatást. A mai napig élénk szakmai viták keresztüzében áll a hangosbeszéd–jelnyelvi oktatás elsőbbségének kérdése, illetve az, hogy a két kommunikációs csatorna együttes alkalmazása lenne-e a célszerűbb? A jelenlévők a hangosbeszéd prioritása mellett foglaltak állást.

Lukács Szandra: *Hangalapozás kisbabáknak – CI műtét utáni hangalapozás terápiás programjának bemutatása* (Dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola, EGYMI és Diákotthon, Budapest). Az intézmény pályázati forrásból, külföldi szakanyag felhasználásával remek kézikönyvet állított össze, mely apró lépésekre lebontva mutatja be a hallásfejlesztés, beszédindítás mozzanatait. Szülőknek és szakembereknek egyaránt hasznos és szép kivitelű anyag készült el az intézmény gyógypedagógusainak köszönhetően. Rövidesen hozzáférhető lesz a társintézmények számára is!

Kovács Zsuzsanna: *Jövőképünk a törvényi változások tükrében* (Dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola, EGYMI és Diákotthon, Budapest). Ez a tanév bővelkedett a változásokban. Fokozatosan lépnek életbe a Nemzeti Köznevelési Törvény rendelkezései és az intézményi élet részleteit meghatározó rendeletek. Az intézményvezetés feladata, hogy a megváltozott jogszabályi környezetnek megfelelően szervezze a munkát.

Dr. Farkasné Kovács Beáta: *A sajátos nevelési igényű tanulók szakképzésének jövője* (Dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola, EGYMI és Diákotthon, Budapest). A hallgatóság részletes és látványos összefoglalót kaphatott a szakképzésben bekövetkező változásokról és a jelenleg is nyitott kérdésekről.

Schikerna Katalin: *Sajátos nevelési igényű gyermekek integrációja a soproni intézményekben* (Tóth Antal Nevelési-Oktatási és Módszertani Központ, Sopron). Az előadó az integrációt elősegítő rendezvényről számolt be. Egy attitűdformáló programsorozatba kaphattunk betekintést. A videóbejátszások tanúsága szerint érdekes és hasznos program valósult meg az intézményben.

Mikesy György: *A 210 éves váci intézmény válaszai az újabb kihívásokra* (Cházár András Többcélú Közoktatási Intézmény, Vác). Az előadó bemutatta, hogy a nagy múltú intézmény folyamatosan újabb és újabb kihívások előtt állt, és mindig megtalálta a megfelelő válaszokat. Jelenleg is az a feladat, hogy megtaláljuk azt a formát az adott jogszabályi és finanszírozási keretek között, hogy a legteljesebb ellátást és fejlesztést tudjuk biztosítani a hozzánk forduló gyermekeknek és családoknak.

Gyurina Éva – Peti Zsuzsanna: *Az integráció sajátos gyakorlata a Duráczy Módszertani Központban* (Kaposvár). Betekintést kaphattunk abba a több évtizedre visszanyúló, eredményes munkába, melyet az intézmény gyógypedagógusai folytattak a hallássérültek sikeres integrációja terén. Ennek eredményeképpen a hallássérült gyermekek közel 75%-át integrált keretek között fejlesztik.

Összegzés: Értékes szakmai napot töltöttünk együtt. Gondjaink közősek, jó tanév végén ezeket megosztani. Bepillantottunk intézményeink életébe. Együtt képviseljük a hallássérült gyermekek és családjaik ügyét szakmai fórumokon.

Logopédiai Szakosztály (Sósné Pintye Mária szakosztályvezető)

Szakosztályunk az idén két kérdéskörben csoportosította az előadásokat. Egyrészt a logopédia aktuális problémái közül a szakszolgálati rendszer átalakulásához kapcsolódva a szakértői vizsgálatok új eljárási rendjét, a gyermekek ellátásának változó struktúráját, valamint a logopédusok szerepét és feladatait igyekezett tisztázni, melyeket aztán a témával foglalkozó plenáris napon is megjelenített. A tagság fontosnak tartotta, hogy a MAGYE Logopédiai Szakosztálya más szakmai egyesületekkel egyeztetve közös szakmai álláspontot dolgozzon ki a szakszolgálati rendelettel kapcsolatban, és ezt az illetékes szakpolitikai államtitkárnak továbbítsa. Ez a munka folyamatosan zajlik a tanév folyamán. A másik témacsoport a logopédiai vizsgálatok és terápiás eljárások területén megjelent új innovációk bemutatása, a fejlesztések jelenlegi állásának ismertetése volt. Idén – új hagyományt teremtve – a tapasztalt kollégák mellett a legjobb végzős hallgatók is bemutatták szakdolgozati, illetve Tudományos Diákköri Konferencián elhangzott kutatásaik eredményét az ülésen. Ezek az innovatív, friss szemléletű munkák kivívták a tagság elismerését.

Gereben Ferencné *Zűrzaravok a nyelvi zavar körül* (ELTE BGGYK, Budapest) című előadása az SNI/b tanulói populáció 2011/12. évi országos felülvizsgálatának tapasztalatait összegezve kívánta tisztázni a nyelvi zavar mint élő diagnosztikus kategória tartalmát, és felhívni a figyelmet arra, hogy az ellátórendszer nem minden esetben képes a probléma súlyosságának megfelelő terápiás forma kellően korai hozzárendelésére.

Erősné Brunner Katalin *A beszédvizsgáló országos szakértői és rehabilitációs bizottság és gyógypedagógiai szolgáltató központ helye, feladata az új pedagógiai szakszolgálati struktúrában* (Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, Budapest) című előadásában a logopédiai szakértői vizsgálatok megosztásának lehetőségéről és a bizottság új struktúrában betöltött helyzetéről beszélt.

Ternai Gabriella – Dékány Judit – Csonkáné Polgárdi Veronika – Vastag Jánosné *A Dékány–Juhász-féle diszkalkulia pedagógiai vizsgálat sztenderdizált változata* (Budapest II. kerületi Pedagógiai Szakszolgálat-Nevelési Tanácsadó; ELTE Gyakorló Gyógypedagógiai és Logopédiai Szakszolgálat, Szakértői és Rehabilitációs Bizottság) témában a szerzők az átdolgozott diszkalkulia-teszt koncepcióját és érvényességi vizsgálatának folyamatát, eredményeit ismertették.

Farkasné Kovács Éva (Nyitott Ház Módszertani Intézet, Logopédiai Szakszolgálat) *Zalaegerszeg környéki települések nyelv- és beszédfejlettségi vizsgálatának tapasztalatai* címmel a helyi szinten alkalmazott nyelvi szűrővizsgálat kétéves eredményeit elemezte, összevetve ezeket a szakszolgálat ellátási tevékenységével.

Pozsár Eszter (Teleki-Wattay Művészeti Iskola, Pomáz) *Írott nyelvi zavarral küzdő gyermekek nehézségei a szolfézs- és zenetanulásban* című előadásából megismerhettük a diszlexiás gyermekek szolfézsstanulásban felmerülő nehézségeit és azokat a módszereket, melyeket a kolléga fejlesztett ki e tehetséges gyermekek megsegítésére.

Udvarnoky Zsófia (ELTE BGGYK végzett hallgatója) *Mesehelyzet-videók a beszédindító korai intervenció szolgálatában* című előadása egy olyan, a szerző által kifejlesztett vizsgálati módszert ismertet, melyben a szülők nyelvi közlésekre való érzékenységét vizsgálja az anya-gyermek interakciók közben.

Benke Zoltánné Ispány Mónika (ELTE BGGYK végzett hallgatója) *A zenei hallási képességek összefüggései óvodáskori nyelvi képességekkel* című előadása az intenzív zenei nevelésben részt vevő és részt nem vevő gyermekek nyelvi képességeit összehasonlítva azt tapasztalta, hogy több mutató tekintetében előbbiek jobban teljesítettek.

Huszár Karina (ELTE BGGYK végzett hallgatója) *A fonológiai tudatosság spontán fejlődése nagyvodás korban* című szakdolgozatának összegzését mutatta be, mely a fonológiai tudatosság különböző szintjeinek fejlődési útját elemezte.

Sipos Csenge Ágnes (ELTE BGGYK végzett hallgatója): *A többnyelvűség hatása a korai gyermeknyelv fejlődésére* címmel arról tudósított, hogy a kétnyelvűséggel társuló nyelvi zavar diagnosztikájában és terápiájában milyen akadályokkal kell megküzdenie a szakembereknek.

Láng Csenge (ELTE BGGYK végzett hallgatója) *Afázia vagy járulékos diszfunkció? – Az afázia és a cerebrális parézis összehasonlítása egy esettanulmány tükrében* című munkája bemutatja egy kettős sérüléssel küzdő fiatal diagnosztizálásának dilemmáját, a terápiás konzekvenciák ismertetésével.

A szakosztályi napot *Műhelymunka* zárta, melyben az egri és a székesfehérvári dadogó munkacsoport mutatta be a pszichológus és logopédus együttműködését a dadogás kezelésében Fülöp Erzsébet logopédus és Koncz Eszter pszichológus (Székesfehérvári Pedagógiai Szakszolgálat Logopédiai Intézet), valamint Vighné Pogány Rózsa logopédus és Pacza Beáta pszichológus (Egri Városi Nevelési Tanácsadó, Pályaválasztási és Logopédiai Intézet) részvételével.

Korai Fejlesztési és Iskolaegészségügyi Szakosztály (Melegné Steiner Ildikó szakosztályvezető)

2013-ban a korai intervencióban dolgozó, illetve e téma iránt érdeklődő szakemberek előadói és részvételi kedve az elmúlt évekéhez képest némileg csökkent. A szakmapolitikai változások bizonytalanságai és az intézmények csekély ez irányú anyagi készletei nem kedveznek a tudományos életnek. Ennek ellenére a korai intervenció fontossága és súlya a gyógypedagógián belül ismét megmutatta magát a szakmai konferencián is. Az előadások után megbeszéléssel zártuk a szakmai programot, amit kiemelten fontosnak tartok, mert ezen és az ehhez hasonló megbeszéléseken egyeztetetők a nézetek és a továbblépés lehetőségei. Az előadások az elhangzás sorrendjében a következők voltak:

Imréné Horváth Márta: *Korai fejlesztés és gondozás, szakszolgálati feladatellátás magvalósítása Tatabányán* (Éltes Mátyás EGYMI, Általános Iskola, Speciális Szakiskola és Egységes Pedagógiai Szakszolgálat, Tatabánya) című előadásában a kis létszámú dolgozó helyi „csapat” a napi küzdelmeken túl az elért eredményekről is beszámolt. Problémaként vetődött fel a profiltisztítás kapcsán a szakszolgálat jövője, az utazó tanár definiálása, a kötelező óraszám a különböző szakemberek tekintetében.

Volomné Nagy Mariann: *A légzés- és a nyelészavarok kialakulásának okai, felismerésük, terápiás lehetőségeik* (Dr. Volom Dental, Budapest) című előadásában felhívta a figyelmet a helytelen légzés okaira és negatív egészségügyi következményeire, a korai felismerés és kezelés fontosságára. Terápiás lehetőségként a légúti akadály megszüntetését (adenotomia), indiso-peleo-terápiát, Butteyko-féle légzésterápiát és a myofunkcionális tréningek használatát javasolta.

Meszéna Tamásné: *Családközpontú korai intervenció a pedagógiai szakszolgálatok új intézményrendszerében* (Általános Nevelési Központ, Pécs) című előadásában hangsúlyozta, hogy a komplex családközpontú korai intervenció csak megfelelő intézményi keretek között tud működni. A 15/2013. EMMI Rendeletben meghatározott korai fejlesztő keretszámok nem alkalmazkodnak a tényleges ellátáshoz (tankerületenként

egy korai fejlesztő státusz). Gyógytornász nem szerepel a rendeletben, csak pedagógiai munkát segítő alkalmazottként maradhat. A logopédusokra más-más szabályozások vonatkoznak attól függően, hogy szakszolgálatban, utazó logopédusként vagy szegregált SNI státuszú gyermekek ellátásában dolgoznak. Javasolja a helyi igényekhez alkalmazkodó rugalmas keretszámok és a hálózatos szolgáltatási rendszer kialakítását, a már meglévő jó gyakorlatok bevonását az ágazatközi egyeztetésekbe és a korai intervencióban alkalmazható terápiák legitimizálását.

Dettre Imola: *„Hallok, járok, beszélek” – Belsőfül rendellenességgel született kisgyermek komplex korai megsegítése Pécsen* (Általános Nevelési Központ, Pécs) című esettanulmánya minden korai interventor számára példaértékű lehet.

Szűcs Sándor: *„Mondjam vagy mutassam?”* (Budapesti Korai Fejlesztő Központ; BLISS Alapítvány) című előadásában azt a dilemmát feszegeti, hogy a gyógytornász mozgásfejlesztő munkája során a mozgás- vagy a kommunikációfejlesztést részesítse-e előnyben? Megítélése szerint a fejlesztett gyermeknek alapvető lehetőséget kell arra biztosítani, hogy bizonyos (mozgásos) helyzetekben jól tudjanak kommunikálni, kilép-hessenek a helyzetből, tudjanak nemet mondani (mutatni, jelezni). Gondolatmenetében a gyógytornász gyógypedagógussá való átalakulását, szemléletváltását láthattuk.

Melegné Steiner Ildikó: *Logopédiai tanácsadás a Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottságban* (Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, Budapest) című előadásában beszámolt a fenti intézményben régi úrt betöltött, újonnan beindított logopédiai tanácsadásról, ami már akár 1,5-2 éves kortól igénybe vehető. A tanácsadás célja: közvetett úton biztosítani a nyugodt, tudással felvértezett szülői háttérrel és kellő időben megfelelő ellátáshoz juttatni a rászoruló gyermekeket. Mindezekkel egy sor későbbi problémát is megelőzhetünk. A bizottság tanácsadási esetszáma a vizsgálati esetszámhoz képest elenyésző, de annál fontosabb mentálhigiénés és preventív tevékenység.

Komáromy Julianna: *A klasszikus gyógypedagógia módszertana és eszközei napjainkban a korai fejlesztés gyakorlatában* (Nyitott Ház Módszertani Intézet, Zalaegerszeg). A bemutatott intézmény iskolapéldája a Magyarországon az elsők között működő, ugyanakkor folyamatosan megújulni képes, a kor követelményeinek megfelelő, emberközpontú korai fejlesztő és gondozó központnak.

Madács Anita: *A longitudinális Komplex Vizsgálat bemutatása, felvételének céljai, eszközei, vizsgálati profiljai, értékelési módja* (BHRG Alapítvány, Budapest) című előadásában bemutatta a készülő LongiKid vizsgálóeljárás jelenlegi készültségi állapotát. A vizsgálat az eltérő fejlődés korai kiszűrésére, organikus érési zavar, éretlenség, sérülés, illetve neurokognitív fejlődési zavarok korai kimutatására alkalmas. A LongiKid neuromotoros, szenzoros-szenzomotoros szemléletű; egységes nyelvezete egészségügyi, pedagógiai, gyógypedagógiai és gyermekpszichológiai területen való alkalmazásra teszi alkalmassá.

Kereki Judit: *A koragyermekkorai intervenció problématerületei és fejlesztési területei* (ELTE BGGYK, Budapest; Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Budapest) című előadásában bemutatta az egészségügy területén zajló „Koragyermekkorai (0–7 év)” (TÁMOP 6.1.4.) kiemelt projektet. A program átfogó célja a 0-7 éves korú gyermekek egészséges életkezdetének támogatása, családjuk segítése, különös tekintettel a speciális támogatást igénylő gyermekekre és családjaikra. A projekt elsősorban az egészségügyi alapellátás szakembereinek eredményesebb munkavégzését kívánja elősegíteni, ezzel is javítva a korai ellátórendszer működésének hatékonyságát.

Stadler Judit – Szakmáry Ildikó: „Kezdeti lépések” – bemutatkozik a Veresegyházi Korai Fejlesztő Központ (VKÖTT EGYMI Korai Fejlesztő és Gondozó Központ, Veresegyház) című előadásukban örömmel tájékoztatták a szakmát a kistérségükben beindult korai intervenciók tevékenységéről és kezdeti eredményeikről.

A Korai Fejlesztés Szakosztály javaslatai a 15/2013. EMMI rendelet módosításához:

1. Az európai mintákhoz hasonlóan a 0-6/7 éves (tanköteles) kort megelőző időszak, a kisgyermekkor egységes szemléleten alapuló, családközpontú megközelítése: a „fejlesztő nevelés” egy kiragadott éve indokolatlan. Miért nem maradhatnak ezek a gyerekek a korai fejlesztésben, ha többségi intézményes nevelésbe nem tudnak kerülni 5 éves korukban? A tankötelezettségük teljesítéséig, a fejlesztő iskolai oktatás megkezdéséig maradhatnának az amúgy is folyamatban lévő korai fejlesztésben. A sajátos nevelési igényű, korábban korai fejlesztésben részesült gyermek számára, ha integrált óvodai nevelésbe kerül, miért kell a szakszolgálati feladatellátást befejezni és átadni egy másik intézménynek, másik szakembernek? A korai fejlesztést követően integrált óvodai nevelésbe kerülő sajátos nevelési igényű gyermekek ellátását végezhesék továbbra is a családdal kapcsolatban álló szakszolgálatok szakemberei. A jelenlegi jogszabály ezt a konduktoroknak engedélyezi, a gyógypedagógusoknak nem.

2. A megyei szinten előírt szakemberlétszám a helyi igényekhez igazodó rugalmas létszámkeret legyen. A szolgáltatási rendszer hatékony és gazdaságos működtetése érdekében sokszor a hálózatos működés indokolt, a rendelet pedig feltehetően lakossági statisztika alapján állapítja meg a létesíthető minimális szakember állások számát.

3. A pedagógiai szakszolgálatnál, korai fejlesztésben dolgozó gyógytornász is legyen besorolható pedagógus munkakörbe. A pedagógiai szakszolgálatoknál korai mozgásfejlesztésben alkalmazható terápiás eljárások legitimizált listáját jó lenne, ha összeállítaná egy szakmai testület, és az azt végző szakemberek egyforma besorolás alá kellene, hogy essenek. A rendelet szerint jelenleg a gyógytornász pedagógiai munkát közvetlenül segítő besorolása hátrányos helyzetet teremt a gyógytornászok számára.

4. A szakvizsga kötelezettség feltételeinek kidolgozása. A pedagógiai szakszolgálat intézménye a jelenlegi köznevelési törvény alapján is két különböző, egymástól jelentősen eltérő feladatot végez: A diagnosztikus feladatok esetében a szakértői bizottságok (korábbi nevelési tanácsadókkal), akik az eltérő fejlődést, a fejlesztésre való jogosultságot, a plusz juttatásokat és az intézményes elhelyezésre vonatkozó javaslatot állapítják meg. A gyermekek rendszeres fejlesztése keretében pedig korai fejlesztést, logopédiai ellátást, gyógytestnevelést, konduktív ellátást biztosítanak. A diagnosztikus kompetenciával rendelkező intézményegységek esetében (szakértői bizottságok) indokolt, hogy az eltérő fejlődést diagnosztizáló, többletjuttatásokat megállapító kollégákkal szemben magasabb szakmai követelményeket támasszon a törvény, és szakvizsga meglétét írja elő, de ez indokolatlan a speciális végzettséggel rendelkező terápiás, rehabilitációs ellátást nyújtó szakemberek esetében (pl. egy logopédus végzettségű szakember beszédfejlesztő munkáját szakvizsgálóhoz kötni nem indokolt, végzettsége feljogosítja a logopédiai terápia végzésére szakvizsga nélkül is, a gyógytestnevelőt úgyszintén).

Pszichopedagógiai Szakosztály **(dr. Eigner Bernadett szakosztályvezető)**

A Pszichopedagógiai Szakosztály szakmai programjára igen sok érdeklődő kolléga volt kíváncsi. Igyekeztünk a programot úgy összeállítani, hogy komplexen mutassuk be

a pszichopedagógia aktuális kérdéseit, tekintettel arra is, hogy a pszichopedagógus-képzés idén negyven éves. Az előadások áttekintést adtak múltról, jelenről, a pszichopedagógia sokszínűségét, széles módszer- és eszköztárát, több terepét bemutatva.

Elsőként dr. Eigner Bernadett *A pszichopedagógia történeti és aktuális kérdései* (ELTE BGGYK, Budapest) címmel tartotta meg előadását. Mi a pszichopedagógia történeti öröksége, szemléleti kiindulópontja? Mennyire érvényesek ezek a célkitűzések még ma is? Hogyan változott időközben a pszichopedagógia fogalma, alakultak tartalmi, koncepciói, célcsoportjai, területei, tevékenységi körei és kompetenciái? Mi a helye és a szerepe a szakmai palettán? Az előadás főleg ezekről a kérdésekről további együttgondolkodást indító felvetésekkel igyekezett képet adni.

Dr. Kiss László szakszolgálati és fogyatékoságügyi közoktatási referens *A pszichopedagógia helye a jelenlegi köznevelés rendszerében* (EMMI Oktatási Államtitkárság Közoktatás Irányítási Főosztály, Budapest) című előadásában a pszichopedagógiát érintő jogtörténeti áttekintést kaptunk, hallhattunk a képzési, kimeneti követelményekben foglaltak alapján a pszichopedagógusok elhelyezkedéséről, betölthető munkakörökről a köznevelési törvény és végrehajtási rendeletei alapján, és az előadó aktuális kérdéseket, javaslatokat is felvetett.

Herr Nikoletta: *A pszichopedagógusok helye és kompetenciái a közoktatás rendszerében. Az új Nemzeti Köznevelési Törvény adta lehetőségek és korlátok* (Szent-Györgyi Albert Általános Iskola és Gimnázium, Budapest; ELTE BGGYK, Budapest) témában tartott előadást. Az előadó igyekezett rendszerezni és tisztázni az új terminológiai változásokat, és áttekinteni a szakmánk törvény adta lehetőségeit (Különleges bánásmódot igénylő népességcsoport/ok; szakmai kompetenciák; munkakörök; átfedések más munkakörökkel; gyermekvédelem).

Kereki Judit és Vargáné dr. Molnár Márta *A pszichopedagógus szerepe a gyermek-egészségügyi ellátásban* (ELTE BGGYK, Budapest) című előadásukban az előadók hangsúlyozták, hogy az egészségügyben egyre fontosabbá válik az interdiszciplináris team munka. Milyen szerepe lehet ebben az átalakuló rendszerben a pszichopedagógusnak? A pszichopedagógusok a szakellátásban jórészt gyermek- és ifjúságpszichiátriai, neurológiai osztályokon vannak jelen. A krónikus beteg gyermekek komplex gondozásában betöltött szerepük azonban 40 éve, a szakalapítástól fogva várat magára.

Viz Krisztina *Kórházpedagógusi munkám a Budai Gyermekkorházban* (Fővárosi Iskolászatatórium, Általános Iskola, Budapest) című előadása a kórházpedagógus feladatát, a segítő, fejlesztő tevékenységet mutatta be.

Egri Tímea: *Agresszió a zárt intézmények falai között* (ELTE BGGYK, Budapest). A pszichopedagógia körébe tartozó olyan, zárt intézményben tartózkodó fiatalok vizsgálatára került sor, akik bűnelkövetéssel kapcsolatos magatartásproblémáik okán kerültek javító-nevelő intézménybe vagy börtönkörnyezetbe. Fontos ezen célcsoportban is a terrorizálás, agresszivitás okainak, típusainak, megnyilvánulásainak pontos feltérképezése.

Földes Fanni: *Agressziókezelési technikák a büntetés-végrehajtás intézményeiben* (ELTE BGGYK, Budapest, BA szintű, pszichopedagógia szakos gyógypedagógus-képzés). Az előadó bemutatta az általa kidolgozott készségfejlesztő tréninget, melynek elsődleges célja az agresszió kezelése a szabadságvesztés büntetés ideje alatt. Arra a kérdésre kereste a választ, hogy egy nyolc alkalomból álló készségfejlesztő tréning pozitív hatással bír-e a fogvatartottak személyiségfejlődésére és reszocializációjára.

Major Zsolt Balázs: „MEGCSÓVÁLT TESTEM, LELKEM DARABJAI” – *Pszichopedagógia: Művészet...?!* (ELTE BGGYK, Budapest; Bokréta Lakásotthonok, Budapest) című előadásában – Dr. Volentics Annára, munkásságára, szellemiségére emlékezve – a pedagógia és pszichológia sajátos és szükségszerű „házasságából” születő gyakorlati módszertani lehetőségeket mutatta be, elsősorban a gyermekvédelmi szakellátás terén ellátandó pszichopedagógiai feladatokra fókuszálva.

Csányi Andrea: *Gyermekotthonban élő, értelmileg akadályozott gyermekek zenés terápiája dr. Kokas Klára útmutatásai alapján* (Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Intézmény, Győr). A kollégánő a Kokas módszert pszichopedagógusként sajátos nevelési igényű gyermekekkel való zenés terápiás foglalkozásain alkalmazza több területen (értelmileg akadályozott gyermekek, beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézséggel küzdő gyermekek, diszlexiás, diszgráfiás gyermekek, baba-mama csoportok).

Horváth Zsuzsanna: *A pszichodinamikus mozgás- és táncterápia használatának relevanciája sajátos nevelési igényű csoportoknál – egy PhD kutatás kezdetei (nehézségek, kutatási keretek és módszerek)* (ELTE Neveléstudományi Doktori Iskola Interdiszciplináris Gyógypedagógiai Doktori Alprogram). A PhD-hallgató doktori kutatásának célja, hogy különböző diagnosztikus módszerek segítségével feltérképezze a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás módszer hatékonyságát különböző sajátos nevelési igényű csoportok esetében.

Összefoglalva: az előadások mellett „kerekasztal” formában is beszélgettünk a hallgatóságot is bevonva aktuális kérdésekről, problémákról, egy szakmai együtt-gondolkodásra is felhívva a kollégákat, az ELTE BGGYK Pszichopedagógiai Tanszékének munkatársaival, és dr. Kiss László minisztériumi közoktatási referens részvételével. A program végén a szakosztályvezető bejelentette egy pszichopedagógiai szakmai állásfoglalás készítésére irányuló szakosztályi szakmai műhelymunka elindítását, melyben felkért szakértők dolgoznak majd együtt, képviselve a pszichopedagógia fő területeit, szakmai érdekeit.

Látásfogyatékoság-ügyi Szakosztály (Hegyiné Honyek Katalin szakosztályvezető)

Szakosztályunk kis területet fog össze, kevés intézménnyel. Mégis jellemző a látássérültekkel foglalkozó gyógypedagógiai szakemberekre a magas szakmai színvonal, az élet-hosszig való tanulás, a folyamatos innováció, az állandó megújulás. Ennek megfelelően a konferencia szakosztályi napján érdekes, változatos, szakmailag megalapozott előadások hangzottak el.

Kiss Erika: *Hogyan készül a szakértői vélemény? A Látásvizsgáló OSZRB jelenlegi vizsgálati protokolljának bemutatása és a vizsgálatra érkezők megoszlása a diagnózis és ellátás szerint* (Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, Gyógypedagógiai Szolgáltató Központ, Budapest). Megismertük az Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság team-munkáját, a szakemberek tevékenységének összehangoltságát, az alkalmazott eljárási rendet. Az előadás tartalmazta a megvizsgált gyermekek diagnózis szerinti eloszlási arányait, a szükséges és elérhető eljárási módokat. Szó esett azokról a helyzetekről, amelyekben a gyermek képességei, fejleszthetősége még nem derülnek ki egyértelműen. A hozzászólások is jelezték, hogy a gyógypedagógiai szemlélet számára az egyik legnehezebb feladat megtalálni az optimális utat a gyermek és a szülő felé irányuló empátia, tapintat, illetve az objektív tájékoztatás között.

Léka István: *A TARC-módszer elektronikus feldolgozása a Vakok Óvodájában végzett kutatás alapján* (Vakok Általános Iskolája, Óvodája, Speciális Szakiskolája, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye, Diákotthona és Gyermekotthona, Budapest). A súlyosan-halmozottan fogyatékos óvodáskorú gyerekekkel végzett kutatás a Vakok Óvodájában mozgáskorlátozott, látássérült, tanulásban akadályozott gyerekeket érintett. Célja a mindennapi tevékenységek megtanulásának dokumentálása, a fejlődés ütemének mérése és az ezekből való tanulságok leszűrése volt a TARC-módszer alkalmazásával. Megismertük a TARC-módszert, annak előnyeit és hátrányait. Az előadó bemutatta a módszer dokumentálásának digitalizálására tett törekvéseit és a TARC Programot, mellyel rendkívül egyszerű lesz a súlyosan-halmozottan fogyatékos személyek fejlődésének nyomon követése.

Kassai Ágnes: *Óvodai nevelés és iskolára felkészítés halmozottan fogyatékos látássérült gyermekek esetében* (Vakok Batthyány László Gyermekotthona, Budapest). A Vakok Batthyány László Gyermekotthona súlyosan-halmozottan (látás-, mozgás-, értelem-, kommunikáció) sérült gyermekek nevelésével foglalkozik. Az előadásból megismertük az óvodai tagozaton folyó mindennapi életet, szakmai munkát. A napirend kialakítását, a programokat, a foglalkozások felépülését, a fejlesztő munka területeit, kereteit. Az oda járó gyermekek súlyos állapotát figyelembe véve az intézmény szakemberei keresik azokat a lehetőségeket, amelyekkel a napi gyakorlatban optimálisan fejleszthetik a gyerekeket, és egyben vidámmá, boldoggá teszik életüket.

Kelemen Csilla: *A Világsuli program a budapesti Gyengénlátók Iskolájában* (Gyengénlátók Általános Iskolája, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye és Diákotthona, Budapest). Az előadásból egy rendkívül érdekes hároméves nemzetközi, innovatív projektet ismerhettünk meg, amely partnerségek kialakítására törekszik, a tanulók idegennyelvi, kommunikációs, kulturális és kooperatív képességeinek fejlesztésén keresztül a világ 60 országának iskolái között. A 10 magyarországi iskola között volt általános iskola, középiskola, köztük két tanítási nyelvű iskolák. A sajátos nevelési igényű tanulókat a Gyengénlátók Általános Iskolája és a Gyermekek Háza képviselte. Megismertük a változatos, értékes programokat, amelyeknek egy része a 10 tanulót számláló szűkebb csoportot érintette, de sok tevékenység kiterjedt az iskola egész közösségére is. Az előadás bemutatta a látássérült tanulókkal történő munkában rejlő megvalósítási lehetőségeket, nehézségeket, sikereket és eredményeket. A hozzászólások során nagy elismeréssel reagáltak a résztvevők arra, hogy a sajátos nevelési igényű tanulók teljes értékű résztvevőként dolgoztak a nemzetközi projekt keretei között az előadó segítségével és irányításával.

Fazekas Ágnes: *Az agressziókezelés lehetőségei gyógypedagógiai intézményekben* (Gyengénlátók Általános Iskolája, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye és Diákotthona, Budapest). Az iskolai agresszió terjedése világjelenség, és Magyarországon is az érdeklődés homlokterébe került. Az elmúlt években egyre több iskolai bántalmazásra derült fény, amely felkeltette a figyelmet, főként azok az esetek, ahol diákok vertek tanárokat. Az erőszak természetesen a sajátos nevelési igényű tanulók iskoláiban is jelen van, különösen ott, ahol diákotthonban élnek a gyermekek. A családjukat nélkülöző, sokszor pszichés zavarral küzdő gyerekek gyakran fordulnak egymás ellen. Az előadó iskolapszichológusként nap mint nap találkozik ezzel a problémával, amit többféleképpen próbált megoldani, bevallása szerint sokáig kevés sikerrel. Előadásában két olyan elméletet és gyakorlatot mutat be, amely alkalmas arra, hogy hatékonyan kezelje a bentlakásos iskolában élő gyerekek agresszív viselkedését. A *milióterápia* eredetileg az egészségügyben kidolgozott komplex, gyógyító eljárás, amely a kicsi csoportban

végzett munkát helyezi a középpontba, ettől várja a személyiség épülését. A gyakorlat szerint a tanulók kertészkednek, falat díszítenek, szekrényajtókat mázolnak, főznek, a segítő felnőttek pedig nem csak pedagógusok, gyakran az iskola technikai dolgozói közül kerülnek ki. A Békés Iskolák Program pedig az egész iskolai közösség légkörének áthangolásával éri el az agresszív viselkedés visszaszorulását. Keretében minden dolgozó meghívásával kötetlen beszélgetést biztosít a szamovár klub; a tanévet végigkísérő „Medve éve” programsorozatának fénypontja volt a „Nagy Medve nap”, amely során 12 érdekesnél érdekesebb tevékenységet végeztek a gyerekek. A fényképekkel kísért beszámolót számos elismerő hozzászólás követte.

Bencze Anikó: *40 éves a látássérült gyermekek oktatása, nevelése Debrecenben* (Hajdú-Bihar Megyei Általános Iskola és Kollégium Dr. Kettesy Aladár Általános Iskola Intézményegység, Debrecen). Hazánkban az első, teljes tagozatú gyengénlátó gyermekek számára létrejött intézmény Debrecenben nyitotta meg kapuit 1972. szeptember 27-én. Negyven év telt el az intézmény megnyitása óta. Sok ember – tanítvány, pedagógus, itt dolgozó, szülő – számára volt fontos és meghatározó a mai napig az iskola. Az előadás sok-sok vidám és megható fényképpel elevenítette fel a legfontosabb eseményeket. Az eltelt időszak ma már történelem, melynek ismerete fontos mindannyiunk számára. Tisztelettel és szeretettel emlékezzünk az itt tanítókra és tanulóokra egyaránt. A múltba nézés erőt adhat a jelen kihívásaihoz, hitet a jövő nemzedéke számára.

Kónya Kata: *A gyógypedagógus/rehabilitációs tanár szerepe és feladata a vakvezető kutyás közlekedés oktatásában* (Szempont Alapítvány, Budapest). A Szempont Alapítvány és a Magyar Vakok és Gyengénlátók Szövetsége Vakvezető Kutyaiskolája 2009-ben kezdte el a szoros szakmai együttműködést a témában, a vakvezető kutyás látássérültek vizsgára való felkészítésében. 2010-ben a Magyar Terápiás és Segítőkutyás Szövetség Egyesület megújította a vakvezető kutyák vizsgaszabályzatát. Ettől kezdve vesznek részt a Szempont Alapítvány rehabilitációs szakemberei (gyógypedagógus alapvégzettségűek) az MVGYOSZ-VKI vakvezető kutyá átadásaiban, a látássérült személyek felkészítésében, valamint a vizsga során is aktív szerepet kapnak. Az előadás során fényképek, videók segítségével bizonyosodhattunk meg a közös munka sikeréről.

Összefoglalva: A szakosztály összefogása a mostani bizonytalan helyzetben nehéz feladat. A tagtársak a napi kihívásokkal küzdenek. Ennek ellenére továbbra is működnek a szakmai műhelyek, gyarapítjuk módszertani repertoárunkat, részt veszünk a gyógypedagógus-képzésben.

Mozgásfogyatékoság-ügyi Szakosztály (Fótiné Hoffmann Éva szakosztályvezető)

A szakosztályi ülés követte a konferencia fő témájaként kijelölt mottót. Tematikájában megjelent a hagyományait megőrző, ugyanakkor folyamatosan megújuló szomatopedagógia a képzés, az elméleti kutatások és a gyakorlat tükrében.

Fótiné Hoffmann Éva: *Új bangsúlyok a szomatopedagógusok képzésében* (ELTE BGGYK, Budapest) című előadása alapján elmondható, hogy a szomatopedagógus-képzés az elmúlt közel másfél évtizedben a felsőoktatás változásaival együtt folyamatosan átalakult. A képzésnek időről-időre válaszokat kellett keresni és találni a korai ellátásban, a közoktatásban, az egészségügyi és felnőtt ellátásban végbement új folyamatokra és ezáltal a megváltozott munkaerő-piaci igényekre.

Mlinkó Renáta: *Új szempontok a mozgáskorlátozott gyermekek / tanulók komplex vizsgálataiban* (ELTE BGGYK Budapest). A sajátos nevelési igény megállapításával kapcsolatos, a mozgáskorlátozott tanulónépességet érintő komplex diagnosztikai folyamat, az elmúlt évek újabb pszichodiagnosztikai eredményei, kutatási irányai és egy új, hazánkban először mozgáskorlátozott tanulók körében kipróbált önértékelési eljárás, valamint a szomatopedagógus hallgatók képzésébe beépült komplex diagnosztikai protokoll a szakterület kulcskérdései közé tartoznak.

Lénárt Zoltán: *A felső végtagi funkciók vizsgálatának lehetőségei cereбрalis pareticus személyeknél* (ELTE BGGYK, Szomatopedagógia Tanszék, Budapest – ELTE Neveléstudományi Doktori iskola Interdiszciplináris Gyógypedagógiai Alprogram). Kutatási cél, hogy az ismételt mozgások stabilitásának, illetve varianciájának felhasználásával adjon mérhető információkat a felső végtagi mozgások koordinációjáról, minőségéről. Ezzel lehetőséget teremtsen a központi idegrendszer korai károsodása miatt mozgáskorlátozottá vált személyek, illetve ép mozgású kortársaik mozgásfejlődésének összehasonlítására.

Berencsi Andrea: *Ritka, mint a fehér holló? Ritka betegek a szomatopedagógiai ellátásban* (ELTE BGGYK Szomatopedagógiai Tanszék, Budapest) témájú előadása a ritka betegségek jellemzőit, a „ritka” betegek ellátásának sajátosságait ismertette a pedagógiai gyakorlat szempontjából. Választ keresett azokra a kérdésekre, hova fordulhatunk, ha nincs információ egy betegségről, és hogyan értelmezhetjük, ha van?

Vámos Tibor – Berencsi Andrea (ELTE BGGYK Szomatopedagógiai Tanszék) – Fazekas Gábor (OORI, Szent János Kórház) – Kuniyasu Imanaka (Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japán) – Horváth Mónika (SE Egészségtudományi Kar) – Stefanik Györgyi (OORI): *Innováció a szomatopedagógiában: Mozgástanulás stroke után variábilis gyakorlással című előadása* hemiparetikus stroke betegek mozgástanulási vizsgálatát mutatta be az Alladin Diagnostic Device (ADD) mérőeszközzel, amely az OORI orvos-mérnöki rehabilitációs kutatási programja és az EU 6-os számú keretprogram Alladin-projektje keretében lett kifejlesztve. A kutatás célja olyan mozgástanulási módszer alkalmazása, amely segítségével a betegek könnyebben tudják elsajátítani a terápiás feladatokat a rehabilitációjuk során.

Galambos Katalin: *Munkaerő-piaci kompetenciák* (Mozgásjavító Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium, Budapest) témában bemutatta, hogy Magyarországon a megváltozott munkaképességű személyek (mely tartalmazza a fogyatékossgal élő személyeket is) a munkaerő-piacon erősen alulreprezentáltak. A gyógypedagógia fókuszában a kompetenciák munka-erőpiaci megközelítését és a területen lehetséges fejlesztési, beavatkozási lehetőségeket kell megjeleníteni.

Locsmándi Alajos: *Hagyomány és megújulás* (Mozgásjavító Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium, Budapest) című előadása bemutatta, hogy a Mozgásjavító Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium 110 éve gazdag, a kortár minden időszakban meghaladó tevékenységével formálja mind a mai napig jelenét és alakítja jövőképét. A hagyomány az innováció terméke.

Bartos Adél (Mozgásjavító Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium, Budapest): *Új eszközök a látbatáron témában* bemutatta az új lehetőségeket a járássegítő eszközök, a kerekesszékek területén az elmúlt 5 évben. Ismertette az eszközellátásban részt vevő szakemberek feladatvállalásait, vizsgálatról az ötletig, ötlettől az eszköz kézhezvételéig, kézhezvételtől a használatig.

Esztergomi Anna: *Az együttnevelés különféle aspektusai a Csillagház gyakorlatában* (Csillagház Általános Iskola, Budapest) című előadása bemutatta, hogy az intézmény milyen lehetőséget biztosít az eltérő képességű gyermekek együtt, azonos csoportban történő nevelésére. Az egyéni eltérések eredményesebb kezelését segíti a tanórai differenciáláson túl a különböző egyéni megsegítő stratégiák, terápiák, tanulásszervezési eljárások beépítése a nevelés-oktatás napi gyakorlatába.

A Fiatalok fóruma keretében

Krausz Kornélia (ELTE BGGYK, Budapest) *A sportterápia hatása a spasticus cereбрalis pareticus gyermekek járása szempontjából* címmel tartott előadást. Ismertette a spasticus cereбрalis pareticus gyermekek kéthónapos izomerősítő tréningjének hatását járás szempontjából (nemzetközi protokollok alapján). Bemutatta a terápia előtti és utáni vizsgálatokat, mint: fizikális vizsgálat (ROM, izomerő, spaszticitás, GMFCS), 3D járásanalízis, módosított TUG-teszt, FIM skála.

Somogyi Borbála (ELTE BGGYK, Budapest) – egy esttanulmány keretében – *A vertikális függesztő technika bemutatása, valamint hatásainak elemzése* c. előadásában a módszer szomatopedagógiai rehabilitációban betöltött szerepét ismertette. A szerkezet magyar innovációként született, melynek elméleti alapjait, valamint gyakorlati, széleskörű felhasználhatóságát és hatásait mozgáskorlátozott személy esetében mutatta be.

Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Szakosztály (dr. Radványi Katalin szakosztályvezető)

A szekció előadásaira olyan nagy számban történtek jelentkezések, hogy néhányat vissza kellett utasítanunk – ezt az alapján tettük, hogy a lehetséges előadások számának beteltele után jelentkezőket utasítottunk vissza. A szakosztályi előadásokat így is két blokkra kiterjedően szerveztük: az első rész előadásai többnyire (de nem kizárólagosan) az iskolai populációt érintették. A jelenleg is folyó nemzetközi AAK-s kutatáshoz illeszkedően Galgóczy Anna, Pál Horváth Rita és Mede Perla *Az AAK kommunikációelméleti megközelítése és gyakorlati aspektusai* (ELTE, BGGYK, Budapest; EGYMI Diákotthon és Gyermekotthon, Budapest) címmel, Simonics Benjámint pedig az *Alternatív kommunikációs eszközök az FSZK-ban* (Fogyatékosok Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest) címmel tartottak előadást. Ehhez a témához szorosan kapcsolódott Pál-Horváth Rita *Kérdések és lehetőségek az értelmileg akadályozott tanulók iskolai olvasásánál* (ELTE, BGGYK, Budapest; EGYMI Diákotthon és Gyermekotthon, Budapest) előadása. A jelenleg alkalmazott terápiák köréből Bozori Gabriella számolt be a lovasterápia lehetőségeiről értelmileg akadályozott gyermekeknél *Ló asszisztált tanulás: mi mindent tanulhatunk a lovaktól, vagy a lovak által?* (Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat; Magyar Lovasterápia Szövetség) címmel. A gyakorlat oldaláról *A HKI (Heidelbergi Kompetencia Inventár) alkalmazásának tapasztalatai az Integrált Közoktatási Intézményben* témában hallhattuk még egy felmérés eredményeit Radványi Katalin és Radicsné Szerencsés Terézia interpretálásában. A szünet utáni részben több kutatási beszámolóra került sor: Heiszer Katalinnak (ELTE Neveléstudományi Doktori Iskola Interdiszciplináris Gyógyepedagógiai Alprogram) a *Participatív kutatás az intellektuális fogyatékosokkal élő emberek önértékesítése érdekében* c. kutatásáról, Radványi Katalin és Csorba János *Magyarországi bentlakásos intézetekben élő felnőtt értelmi fogyatékos emberek állapotának vizsgálata 15 év tükrében* (ELTE BGGYK, Budapest) címmel vizsgálatuk eredményeiről tartottak előadást. A kiskőrösi intézményben (Integrált

Köznevelési Intézmény, Kiskőrös) folyó szabadidős tevékenységről számolt be Viedner Mónika *Tebetséggondozás, avagy országos versenyek kiépítése és fenntartása* címmel. Előzetesen többen kérték, hogy a gyermekek diagnosztizálásának szempontjairól is hallhassanak. Ennek tett eleget Sztaniszlavszky Márta és Brém Zsófia a Fővárosi IV.sz Szakértői Bizottságban folyó munkáról történő beszámolójukban *Gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálati gyakorlat a középsúlyos értelmi fogyatékosok és a súlyosan balmozottan fogyatékosok körében* címmel.

Tanulásban Akadályozottak Pedagógiája Szakosztály (Sum Ferenc szakosztályvezető)

Bányásziné Lukács Margit *Az óvodától az iskolába való egyéni átvezetések lehetséges módzatai* (Integrált Köznevelési Intézmény, Kiskőrös) című előadásában összefoglalta tapasztalataikat és munkájukat az iskola világába való átmenet kapcsán. Megismertük az egyik jó gyakorlatukat, amelynek során kidolgozták az „Egyéni átvezetési terv az óvoda iskola átmenetre” dokumentumot.

Farkasné Gönczi Rita (ELTE Neveléstudományi Doktori Iskola) doktori kutatását mutatta be. Előadása *A diszkalkulia terminológiájának változása a szakszolgálati tevékenységben, illetve általános iskolák és érintett családok véleménye diagnosztikáról, terápiáról* címet viselte. Kiemelendő, hogy az előadó participatív kutatást végzett, hiszen az érintett gyermekpopuláció megkérdezését követően került sor az online, fejlesztő eszközök, feladatok összeállítására.

Schaffer István *Hogyan lehet jó gyakorlatokkal segíteni az integrációs folyamatokat?* (Integrált Közoktatási Intézmény, Kiskőrös) című előadásában részletezte azt a 15 jó gyakorlatot, amelyek a többségi intézmények, pedagógusok számára segítséget jelenthetnek a mindennapi munkában (pl: kooperatív technikák, projektoktatás, portfólió stb. alkalmazása).

Vargáné Éder Etelka (Éltes Mátyás Nevelési-Oktatási Központ, Mosonmagyaróvár) előadása kapcsolódott a korábban már meghallgatott témákhoz. Előadásának címe *Projektoktatás – hagyomány és modern nevelési-oktatási módszerek összekapcsolódása a gyógypedagógiában* volt. Az elmúlt 10 évben intézményünk gyakorlatába szervesen beépült a projektpedagógia, amelynek helye van gyógypedagógiai nevelő-oktató-fejlesztő munka során.

Fazekasné Fenyvesi Margit (Károli Gáspár Református Egyetem Tanítóképző Főiskolai Kar) – Papp Gabriella – Szabó Ákosné – Szekeres Ágota – Vargáné Molnár Márta (ELTE BGGyKar, Budapest) *A képességfejlesztés lehetőségei tanulásban akadályozott tanulók körében* címmel tartottak workshopot, amelynek keretén belül a hallgatók megismerhették az ELTE BGGYK által elnyert TÁMOP 4.1.2-08/2/A/KMR „Bárczi Gusztáv digitális tananyagfejlesztő program – Projektrendszerű oktatási formák és ezeket támogató digitális tananyagok fejlesztése a gyógypedagógus-képzés BA- és MA-szintű moduljaihoz” pályázatban létrehozott digitális tananyagok egy részét. A tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirány képzési rendszerében hangsúlyos helyet kap a Képességfejlesztési modul, amely öt tanegységből épül fel (A kommunikációs képességek fejlesztésének módszertana, A kognitív képességek fejlesztésének módszertana, Az orientációs és kreatív képességek fejlesztésének módszertana, A motoros képességek fejlesztésének módszertana, A szociális képességek fejlesztésének módszertana). A workshop keretében bemutatásra kerültek a tananyagok, az elkészült

videók egy része, játékos gyakorlatok, feladatok. A digitális tananyagok elérhetők lesznek a tankonyvtar.hu oldalon, így a gyakorlatban dolgozó gyógypedagógusok, valamint a hallgatói gyakorlatokat segítő gyakorlatvezetők számára is.

Összességében nagyon hasznos délelőttöt töltöttünk el, hiszen gyakorlati és elméleti előadásokat is hallottunk. Mindezt jól egészítette ki a workshop, amely egyfajta átmenetet jelentett e kettő között.

Felnőtt Fogytékosságügyi Szakosztály (Cserti-Szauer Csilla mb. szakosztályvezető)

A Felnőtt Fogytékosságügyi Szakosztály tagjai feladatuknak tekintik, hogy szoros együttműködésben a Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének többi szakosztályával, valamint a fogyatékos embereket képviselő országos érdekvédelmi szervezetekkel, elősegítsék a fogyatékos emberek teljes társadalmi befogadását az élet minden területén, ideértve az élethosszig tartó tanulás vívmányához való hozzáférés biztosítását, a komplex rehabilitációt, a foglalkoztatási kérdéseket, a közösségi alapú szolgáltatások és különféle lakhatási alternatívák megteremtésének ügyét éppúgy, mint a környezeti és információs hozzáférés megteremtéséhez való szakmai hozzájárulást.

A Szakosztály változatos eszközökkel kíván részt venni az Egyesület tevékenységében, melynek egyik fontos mérföldköve az Országos Szakmai Konferencián való megjelenés a 2013. évben is, ahol Horváth Péter üléelnök vezetésével az *Átalakuló jogszabályok, átalakuló intézményi struktúra és innovatív szolgáltatások* (ELTE BGGYK, Budapest) témakört tárgyaltuk az alábbiak szerint.

Kovács Ibolya *A Komplex rehabilitáció jogszabályi és intézményi háttere* (Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv) témában elmondta, hogy 2012. január 1-től átalakult a megváltozott munkaképességű személyek ellátásainak rendszere, mely változás érinti a pénzbeli ellátások megállapítását, az egészségi állapot komplex minősítését, és a foglalkoztathatóságot is. Az előadó a létrejött rehabilitációs szakigazgatási szervek tevékenységét ismertette, kitérve az érintett célcsoporthoz kapcsolódó hatósági ügyekre, a minősítő (komplex) bizottságok működtetésére, valamint a foglalkozási rehabilitációs feladatokra.

Fehér Ildikó: *Rehabilitáció – Érték – Változás: Megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzetének elősegítése érdekében történő rendszerszintű képzési és szolgáltatásfejlesztési modellprogram* (FSZK RÉV Programiroda, Budapest). A Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. és konzorciumi partnerei által megvalósításra kerülő program, a „Rehabilitáció – Érték – Változás (RÉV): Megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzetének elősegítése érdekében történő rendszerszintű képzési és szolgáltatásfejlesztési modellprogram” (TÁMOP-5.3.8-11/A1-2012-0001) című kiemelt projekt szakmai megvalósításának eredményeit összegezte.

Schenk Lászlóné *Innovatív foglalkoztatási megoldások: az Esőemberekért Egyesület tevékenysége* (Esőemberekért Egyesület, Tata) c. előadásában beszámolt arról, hogy az Egyesület autista felnőttek számára nyújt lakhatási és felnőttképzési szolgáltatást, valamint munkahelyet biztosít. Az előadó a szervezet eddigi tevékenységét mutatta be, külön kitérve az Aktív Műhely Foglalkoztatást Fejlesztő Eszközrendszerből származó eredményekre, valamint az Egyesület által működtetett társadalmi vállalkozás sikereire, tapasztalataira.

Füzessy Józsefné, a Munkaesély – Munkaerőpiaci Szolgáltatók Országos Szövetsége, elnöke *Alternatív munkaerő-piaci szolgáltatók a munkaerő-piaci befogadásért: a Munkaesély Szövetség tevékenysége* témában elmondta: a 2008-ban alakult, jelenleg 27 tagszervezetből álló Munkaesély – Munkaerőpiaci Szolgáltatók Országos Szövetség alapvető célkitűzése, hogy növelje a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű emberek foglalkoztatási szintjét. A Szövetség tevékenységével hozzájárul ahhoz, hogy a munkáltatók reális képet alkossanak a célcsoport foglalkoztatásának társadalmi fontosságáról és előnyeiről.

Olach Csilla *Az egész életen át tartó tanulás lehetőségei értelmi fogyatékossgal élő felnőttek számára című nemzetközi projekt hazai tapasztalatai*-ról számolt be (ÉFOÉSZ, Budapest). Az előadó által bemutatott „Pathways II – Az egész életen át tartó tanulás lehetőségei értelmi fogyatékossgal élő felnőttek számára” elnevezésű projekt Európa 9 országában zajlik, az értelmi fogyatékossgal élő emberek és családjaik európai ernyőszervezete, az Inclusion Europe koordinálásával. A Pathways II projekt célja, hogy ösztönözze az értelmi fogyatékossgal élő emberek egész életen át tartó tanulásban való aktív részvételét képzésekkel és a különböző szakterületek együttműködésének kezdeményezésével.

Farkasné Gönczi Rita, Bercse László, Galantin Rita, Grábics László, Mogony Klára: *A mi életünk program – könnyen érthető információk értelmi fogyatékossgal élő személyek számára az egész életen át tartó tanulás jegyében* (ÉFOÉSZ, Budapest). Az ENSZ Egyezmény 19. és 21. cikke alapján a megértési nehézséggel élő személyek életviteli és társadalmi részvételét támogatóan az ÉFOÉSZ participatív módon kidolgozta „A mi életünk” programját, mely a mindennapokhoz nyújt általános és speciális ismereteket. A program keretében a könnyen érthető kommunikációval online adnak hírt a mindennapi eseményekről, bulvár témákról, képzéseket szerveznek, közösségi tevékenységeket generálnak.

Heiszer Katalin: *Play decide módszer az értelmi fogyatékos emberek döntéshozatalának támogatására* (ELTE PPK Neveléstudományi Doktori Iskola, Interdiszciplináris Gyógypedagógiai Doktori Alprogram). A Play decide nevű deliberatív módszer célja, hogy alapos és sokoldalú felkészítés után megismerhető legyen a lakosság véleménye az emberiséget érintő komplex témakörökkel kapcsolatban, valamint hogy elősegítse a kérdésekkel kapcsolatban megalapozott demokratikus döntéshozatalt. Az előadó az intellektuális fogyatékossgal élő emberek számára készített DVD használatának, valamint a lefolytatott participatív kutatásnak a tapasztalatait ismertette az önérvényesítésre való felkészítést tekintve.

Katona Vanda *Felnőtt értelmi fogyatékos emberek életútjának elemzése* (ELTE BGGYK, Budapest). Az értelmi fogyatékos felnőttek gyakran kiesnek a társadalom fő látóköréből, a társadalmi integrációjuk tekintetében számos hiányosság figyelhető meg. Az előadó által bemutatott kvalitatív, interjúkutatás arra kereste a választ, hogy milyen életutakat jártak be a megkérdezettek, különösen a fennálló intézményrendszer keretein belül.

Adamecz Anna: *A TÁMOP 1.1.1. program foglalkoztatási hatásának vizsgálata* (Szakpolitikai Intézet, Budapest). Az Intézet 2012–2013-ban az Nemzeti Fejlesztési Ügynökség és az Open Society Institute megbízásából öt aktív foglalkoztatáspolitikai program célzás- és hatásvizsgálatát végezte el. Ezen programok egyike, a TÁMOP 1.1.1 megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci helyzetének javítását célozta. Az előadó a program hatásvizsgálatának tanulságait összegezte, megmutatta, hogy személyre szabott eszközök segítségével a programban részt vevő megváltozott munkaképességű

és iskolázatlan személyek nagyobb arányban tudtak elhelyezkedni, mint a párosítással választott kontrollcsoport tagjai.

Összefoglalva: A Felnőtt Fogyatékoságügyi Szakosztály tradícióira építve, valamint szem előtt tartva a tanácskozás mottóját – „A hagyományait megőrizve megújult magyar gyógypedagógiai tevékenység” (GORDOSNÉ 2004) – elsősorban foglalkoztatási és foglalkozási rehabilitációs témákat tárgyaltak az előadók és a jelen lévő résztvevők. Kiemeljük, hogy a munka során az önrendelkezés kérdései is hangsúlyt kaptak, köszönhetően a Szekcióban aktív tapasztalatú szakértők, gyógypedagógusok és kutatók hozzászólásainak. Fórumot biztosítandó a Szakosztály tagjainak közös gondolkodásához levelező listát hoztunk létre.

ZÁRSZÓ

A gazdag programkínálat jól láttatja, hogy a társadalmi-jogszabályi-financiális és szak tudományi változásokkal folyamatosan szembesülni kényszerű gyógypedagógiai tevékenység rendszerében évről évre megjelennek az újabb elemek, a szakterület érzékelhetően törekszik tudásbázisának, ellátási formáinak korszerűsítésére. Ennek szellemében bocsátjuk közre

Fogyatékoságügy-rehabilitáció-szociális megsegítés

keretében a 2014. évi Szegeden rendezendő 42. Országos Szakmai Konferenciára szóló felhívásunkat, amelynek további részletei a MAGYE honlapján lesznek olvashatók!

Gereben Ferencné, a MAGYE elnöke



*Kellemes karácsonyi ünnepeket és
békés, boldog új esztendőt kívánunk
minden kedves Olvasónknak!*

Tartalom/Table of Contents

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

<i>Bokor Tamás – Bokor Bacskák Györgyi: Részvétől a részvételig. A partícipatív kommunikációs koncepció érvényesítésének lehetőségei a logopédiai tevékenységben</i>	241
<i>Tar Éva: A fonológiai profil feltárásának szerepe Down-szindrómás gyermekek logopédiai ellátásában</i>	254
<i>Radványi Katalin – Regényi Enikő Mária – Csorba János: „Emberhez méltó jobb lakó- és életkörülmények nekik is”. Értelmileg akadályozott emberek életminősége és a kitagolás kérdése</i>	262
<i>Font Orsolya – Kóbor Andrea – Takács Ádám: A nem verbális fluencia fejlődési mintázata 3. és 5. osztály között</i>	275

A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

<i>Fischer Lászlóné – Mezőfi-Horváth Antónia – Pamula Miklós: Audiovizuális stimuláció összehasonlító hatékonyságvizsgálata a Kiskőrösi EGYMI-ben</i>	289
---	-----

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

<i>Ollé János – Papp-Danka Adrienn – Lévai Dóra – Tóth-Mózer Szilvia – Virányi Anita: Oktatásinformatikai módszerek – Tanítás és tanulás az információs társadalomban (Pongrácz Kornélia)</i>	305
<i>Matthew Dicks: Egy képzeletbeli barát naplója (Őszi Tamásné)</i>	307

A MAGYE ÉLETÉBŐL

<i>Beszámoló a MAGYE 2013. évi, Tatabányán megrendezett konferenciájáról</i>	309
--	-----

ORIGINAL PUBLICATIONS

<i>Bokor, Tamás – Bokor Bacskák, Györgyi: From Sympathy to Participation. The Enforcement Options of the Participative Theory of Communication in Speech Therapy Activities</i>	241
<i>Tar, Éva: The Impact of Analysing Productive Phonological Knowledge in a Treatment of Speech of a Child with Down Syndrome</i>	254
<i>Radványi, Katalin – Regényi, Enikő Mária – Csorba, János: „Better, Worthy of Human Home- and Living Conditions for Them Too”. Life Quality of the Intellectually Disabled and the Issue of De-Institutionalization</i>	262
<i>Font, Orsolya – Kóbor, Andrea – Takács, Ádám: The Developmental Patterns of Nonverbal Fluency from the Third to the Fifth Grades</i>	275

FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

<i>Mrs. Fischer, Lászlóné – Mezőfi-Horváth, Antónia – Pamula, Miklós: Comparative Efficiency Analysis of the Audiovisual Stimulation in Kiskőrös Special School</i>	289
---	-----

BOOKS AND NOVELTY

<i>Ollé, János – Papp-Danka, Adrienn – Lévai, Dóra – Tóth-Mózer, Szilvia – Virányi, Anita: Methods for IT Education. Teaching and Learning in the Information Society (Pongrácz, Kornélia)</i>	305
<i>Dicks, Matthew: Memoirs of an Imaginary Friend: A Novel (Mrs. Őszi, Tamásné)</i>	307

NEWS FROM THE LIFE OF MAGYE

<i>41th National Symposium (Tatabánya)</i>	309
--	-----