Gyógyító pedagógia

Nevelés és terápia



Szerkesztette: Gordosné Szabó Anna

MEDICINA

A KÖNYV SZERZŐI

BENCZÚR MIKLÓSNÉ dr. gyógytornász, gyógypedagógus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Szomatopedagógiai tanszék, tanszékvezető főiskolai docens

DR. CSÁNYI YVONNE PhD, gyógypedagógus, pedagógiai szakpszichológus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Hallássérültek Pedagógiája Tanszék, főiskolai tanár

DR. CSOCSÁN EMMY PhD, gyógypedagógus, matematika szakos általános iskolai tanár,
Universität Dortmund, Fachbereit 13. Blinden- und Sehbehindertenpädagogik in Sondererziehung und Rehabilitation, Univ. Professor

FEHÉRNÉ KOVÁCS ZSUZSANNA gyógypedagógus, magyar nyelv- és irodalom szakos középiskolai tanár
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Fonetikai és Logopédiai Tanszék, mb. tanszékvezető főiskolai docens

DR. FONYÓ ILONA klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, szociológus, magyar és angol szakos középiskolai tanár
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, főiskolai docens

DR. FÖLDINÉ ANGYALOSSY ZSUZSA gyógypedagógus, speciális pedagógia szakos tanár
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Látássérültek Pedagógiája Tanszék, főiskolai tanársegéd

DR. GADÓ MÁRTA PhD, gyógypedagógus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Látássérültek Pedagógiája Tanszék, főiskolai adjunktus

Dr. Gereben Ferencné PhD, gyógypedagógus, klinikai gyermek-szakpszichológus, neuropszichológus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, intézetvezető főiskolai tanár

Gordosné Dr. Szabó Anna PhD, gyógypedagógus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Általános Gyógypedagógiai Tanszék, ny. főiskolai tanár

Hatos Gyula PhD, gyógypedagógus, pedagógia szakos középiskolai tanár
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Oligofrénpedagógiai Tanszék, Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Csoport, főiskolai docens

Dr. Illyés Sándor DSc. Gyógypedagógus, pszichológus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, egyetemi tanár

Dr. Jászberényi Márta gyógypedagógus, klinikai gyermekszakpszichológus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, főiskolai adjunktus

Dr. Kálmán Zsófia PhD, Habil. gyermekorvos, orvos-jogász
Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, a Bliss Alapítvány Segítő Kommunikáció Módszertani Központja, központvezető főorvos

Keresztessy Éva gyógypedagógus, speciális pedagógia szakos tanár
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Hallássérültek Pedagógiája Tanszék, főiskolai tanársegéd

Dr. Klaniczay Sára klinikai gyermek szakpszichológus, kiképző pszichoanalitikus
Faludi Utcai Gyermek- és Ifjúsági Pszichoterápiás Rendelő, ny. pszichológus főmunkatárs

Dr. Lajos Péter PhD, gyógypedagógus, pszichológus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Fonetikai és Logopédiai Tanszék, főiskolai docens

Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes PhD, gyógypedagógus, klinikai gyermek szakpszichológus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, ny. főiskolai tanár

Márkus Eszter gyógypedagógus, speciális pedagógia szakos tanár
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Szomatopedagógiai Tanszék,
főiskolai adjunktus

Dr. Mesterházi Zsuzsa PhD, gyógypedagógus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Oligofrénpedagógiai Tanszék, Tanulásban Akadályozottak Pedagógiája Csoport, főiskolai tanár

Dr. Perlusz Andrea PhD, gyógypedagógus, speciális pedagógia szakos tanár
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Hallássérültek Pedagógiája Tanszék, főiskolai docens

Prónay Beáta gyógypedagógus, pszichológus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, főiskolai adjunktus

Rózsáné Czigány Enikő gyógypedagógus, pedagógia szakos előadó
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Pszichopedagógiai Tanszék, főiskolai adjunktus

Sándor Éva gyógypedagógus, rajztanár
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Általános Gyógypedagógiai Tanszék, főiskolai docens

Dr. Szabó Ákosné PhD, gyógypedagógus, szociológus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Oligofrénpedagógiai Tanszék, Tanulásban Akadályozottak Pedagógiája Csoport, tanszékvezető főiskolai tanár

Szauder Erik gyógypedagógus, drámatanár
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Általános Gyógypedagógiai Tanszék, főiskolai adjunktus

Dr. Szvatkó Anna gyógypedagógus, klinikai gyermek szakpszichológus
Ferencvárosi Nevelési Tanácsadó, vezető

Dr. Torda Ágnes gyógypedagógus, klinikai gyermek szakpszichológus, közoktatási és felnőttképzési szakértő
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, főiskolai docens

Tölgyszéky Papp Gyuláné gyógypedagógus, pedagógia és nevelésszociológia szakos előadó
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyakorló Általános Iskola, ny. igazgató

Urbánné Varga Katalin gyógypedagógus, zenetanár, zeneterapeuta
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Általános Gyógypedagógiai Tanszék, főiskolai adjunktus

Vassné Dr. Kovács Emőke PhD, gyógypedagógus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Fonetikai és Logopédiai Tanszék, főiskolai tanár

Dr. Volentics Anna PhD, gyógypedagógus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Pszichopedagógiai Tanszék, tanszékvezető főiskolai docens

Zászkaliczky Péter gyógypedagógus, filozófia szakos bölcsész
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Általános Gyógypedagógiai Tanszék, főiskolai docens

Dr. Zsoldos Márta PhD, gyógypedagógus, pszichológus
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, főiskolai tanár

TARTALOM

1. Bevezetés. A hagyományait megőrizve megújult magyar gyógypedagógiai tevékenység *(Gordosné Szabó Anna)* 11

2. A gyógypedagógiai folyamatról *(Mesterházi Zsuzsa)* 19

3. A gyógypedagógia antropológiai kérdésfeltevései *(Zászkaliczky Péter)* 41

4. Tudomány és gyakorlat a gyógypedagógiában *(Illyés Sándor)* 55

5. Gyógypedagógia és terápia *(Lányiné Engelmayer Ágnes)* 71

6. Diagnosztika és gyógypedagógia *(Gereben Ferencné)* 87

7. A konzultáció (counseling) és a gyógypedagógia *(Fonyó Ilona)* 105

8. Gyógypedagógiai terápiák és szupervízió *(Jászberényi Márta)* 115

9. Az érzékszervi tanulás organizációja iskolai tanulási folyamatokban vakoknál *(Csocsán Emmy)* 131

10. Tudományos elméletek és gyakorlati dilemmák a látásnevelésben *(Gadó Márta)* 151

11. Súlyos fokban hallássérült gyermekek hallásának és nyelvének fejlődése, fejlesztése *(Csányi Yvonne)* 171

12. Technikai eszközök a hallássérültek fejlesztésében *(Keresztessy Éva)* 189

13. Mozgáskorlátozottság miatt módosult tanítás-tanulásszervezés speciális színtereken *(Benczúr Miklósné)* 199

14. A képességfejlesztés és az életmód összefüggései tanulásban akadályozottaknál *(Szabó Ákosné)* 217

15. Egy kibontakozó új iskolamodell a gyógypedagógiai intézményrendszerben *(Tölgyszéky Papp Gyuláné)* 237

16. A szakértői játék mint pedagógiai megközelítésmód *(Szauder Erik)* 255

17. Különleges élethelyzetű, súlyosan-halmozottan sérült emberek pedagógiai kísérése *(Márkus Eszter)* 271

18. Siketvaksággal élő gyermekek fejlesztő diagnosztikája és pedagógiai kísérése *(Prónay Beáta)* 295

19. Értelmi akadályozottsággal élő felnőttek pedagógiai kísérése *(Hatos Gyula)* 321

20. Bűnelkövető fiatalok reszocializációs gondozása *(Volentics Anna)* 339

21. Az integrált iskoláztatás hatása a gyermek személyiségfejlődésére *(Tarda Ágnes)* 357

22. Integráció a logopédiában, különös tekintettel a diszlexiásokra *(Vassné Kovács Emőke)* 369

23. A hallássérült gyermekek nyelvi fejlesztése a hallók iskolájában *(Perlusz Andrea)* 385

24. A tanítási-tanulási folyamat szervezése integráltan tanuló vak gyermekeknél *(Földiné Angyalossy Zsuzsa)* 399

25. Pszichopedagógiai foglalkoztatás az egészségügyben *(Rózsáné Czigány Enikő)* 419

26. A gyógyító pedagógia legifjabb ága: augmentatív és alternatív kommunikáció *(Kálmán Zsófia)* 433

27. Kognitív fejlesztő terápia a modern gyógyító pedagógiában *(Zsoldos Márta)* 461

28. A szenzoros integrációs terápiák és a gyógypedagógiai fejlesztés *(Szvatkó Anna)* 475

29. Személyiségfejlesztés művészettel (gyógyító pedagógiai művészeti terápia) *(Sándor Éva)* 495

30. Kommunikációs képességek fejlesztése autista gyermekeknél a zeneterápia eszközeivel *(Urbánné Varga Katalin)* 519

31. Fejlesztő diagnosztika a logopédiában *(Fehérné Kovács Zsuzsanna)* 541

32. A rituálinnovatív terápia (RIT) alkalmazása gyermek dadogók kezelésében *(Lajos Péter)* 559

33. Terápiás játék dadogó gyermekekkel *(Klaniczay Sára)* 571

1.

BEVEZETÉS

A HAGYOMÁNYAIT MEGŐRIZVE MEGÚJULT MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGIAI TEVÉKENYSÉG

A magyar gyógypedagógia 2002-ben bicentenáriumához érkezett. Közismerten hagyománytisztelő – mondhatni a teljes gyógypedagógus társadalmat kitevő – művelői köre nagyfokú identitástudattal éli ezt meg, miközben jól tudja, hogy az ezredfordulón ezen a szakterületen is minden régit felváltó – sok konfliktus árán végbemenő – látványos átalakulás történik.

Az első paradigmaváltás tanúi a 19. és 20. század fordulóján lehettünk, amikor a fogyatékossággal élőkre az emberiség történelmében mindig kétarcú (elfogadó és elutasító) társadalomnak már nemcsak emberbarát tagjai figyelnek védően és támogatólag, hanem a tudományos megismerés is a jobbítás és felemelés szándékával fordul feléjük (Gordosné, 2000/a).

Az újabb paradigmaváltásig eltelt században a rendszerszemléletű *„egységes"* gyógypedagógia kialakulása (Ranschburg, 1909; Tóth Z., 1933; Vértes O. J., 1915, 1940) és kibontakozása (Bárczi, 1944; Méhes, 1958; Illyésné és mtsai., 1968; Gordosné, 1969; Göllesz, 1976; Lányiné, 1986; Mesterházi, 1998; Csocsán, 200l) képviseli a magyar gyógypedagógia egyik legmeghatározóbb – nemzetközileg is számon tartott – történeti értékét.

A rendszerszemlélet mint – mai értelmezésében – a különféle szaktudományok összefüggéseit tudatosan alkalmazó módszer, mint komplex megközelítési módszer és mint a sokrétűségre, bonyolult, összetett rendszerek, működési mechanizmusok megértésére kifejlesztett gondolkodási módszer (Bertalanffy, 1968, cit.: Szlovák, 1997) a magyar gyógypedagógiai kutatásban és elméletalkotásban – folytonosan újabb kihívásokkal és belső ellenállásokkal szembesítve művelőit – mindvégig jelen van (Gordosné, 2000/b).

A 20. század végén megjelenő legújabb rendszerképző aspektusok már az ismét időszerű paradigmaváltás bekövetkezését jelzik.

„Az ezredforduló kihívása a »Heilpädagogik« hagyományos eszményeit továbbépítő magyar gyógypedagógia számára az, hogy a gyógypedagógiai tevékenységet minden elemével együtt illessze be a társadalom működésének valóságos és állandóan átalakuló ökológiai rendszerébe, és őrizze meg az átfogó felelősségvállalás hagyományát, amiért más szakmák a jövőben is tisztelettel tekinthetnek a gyógypedagó-

giára. A gyógypedagógia jövőképében továbbra is megőrzendő az az igény, hogy a gyógypedagógus legyen a fogyatékos ember teljes emberi valóságának, a bölcsőtől a sírig tartó teljes életciklusának, életlehetőségeinek és életszükségleteinek legjobb ismerője, életének kísérője, segítője. Felelősségvállalása a fogyatékos ember életéért terjedjen túl az iskoláztatás horizontján. A fogyatékos ember alakítására vonatkozó szakmai kompetenciája a lehető legnagyobb mértékben legyen általános, tudjon igazodni mindazokhoz a helyzetekhez, ahol a fogyatékos embereknek önállóságuk fejlesztéséhez segítségre van szükségük" (Illyés, 2000, 21.).

A magyar gyógypedagógiára jelentős hatást gyakorló klasszikus gyógypedagógia fogalomértelezés szerint (Georgens, Deinhardt, 1861) a gyógypedagógia *„össztudomány"* (a különböző „nem egészséges"/fogyatékos embertípusok pedagógiáinak összessége) és *„gyógyító-nevelés"* (pedagógiai eszközökkel történő gyógyítás) értelemben használatos.

A fogyatékossággal élő személyeknek a 20. század elejétől interdiszciplináris (pedagógiai, orvostudományi, antropológiai, pszichológiai, nyelvtudományi, szociológiai) szempontok szerint végzett hazai vizsgálati eredményei birtokában (Schnell, 1929; Bánlaky, 1970) a rendszerszemlélet alkalmazása a gyógypedagógia tudománymodell-alkotásban mindvégig kifejezett (Ranschburg, 1909; Vértes O. J., 1915, 1940; Tóth Z., 1933; Méhes, 1958; Bárczi, 1959; Illyésné és mtsai., 1968; Gordosné, 1970).

Végeredményben a magyar gyógypedagógia tudománymodellje a szűkebb és tágabb értelemben vett gyógypedagógia diszciplinarendszerének fokozatos kiépülésével alakult és teljesedett ki (Gordosné, 1980, 1987, 1990; Mesterházi, Gordosné, 1983–1986; Mesterházi, 2000).

A szűkebb értelemben vett gyógypedagógia a speciális (gyógypedagógiai) nevelési segítséget igénylők neveléstudománya: gyógyító-nevelésük lehetőségeit, elv- és feltételrendszerét, múltját, cél-, feladat-, eszköz-, színtérrendszerét és eredményességét vizsgálja optimális szocializációjuk és sikeres rehabilitációjuk szolgálatában. Ágai: a tovább differenciálódott *speciális pedagógiák* (pl. hallássérültek pedagógiája, látássérültek pedagógiája, tanulásban akadályozottak pedagógiája, értelmileg akadályozottak pedagógiája, autisták pedagógiája, logopédia, szomatopedagógia, pszichopedagógia), az *általános gyógypedagógiai diszciplinák* (pl. általános gyógypedagógia, összehasonlító gyógypedagógia, a gyógypedagógia története).

A tágabb értelemben vett gyógypedagógia viszont a speciális (gyógypedagógiai) segítséget igénylőkkel összefüggő teljes jelenségkört kutatja: a sérülések kóreredetét, kóros mechanizmusait, a sérültek fejlődésmenetét, személyiségszerkezetét, pszichés funkcióit, társas környezetét és kapcsolatait, rehabilitációjuk lehetőségeit, kilátásait. Ez tehát komplex tudomány, a sérültek vizsgálatát különböző nézőpontból végző tudományágak integrációs egésze. Ágai: pl. a gyógypedagógiai patofiziológia, a gyógypedagógiai pszichológia, a gyógypedagógiai szociológia, a gyógypedagógiai antropológia és a szűkebb értelemben vett gyógypedagógia teljes egésze.

A gyógypedagógia fogalmának klasszikus „össztudomány", ma: *pedagógiai dominanciájú interdiszciplináris embertudomány* értelmezéséről a továbbiakban a hangsúlyt a gyógypedagógia fogalom klasszikus *„gyógyító-nevelés"*, ma: *gyógypedagógiai (nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás és rehabilitációs) tevékenység* értelmezésére helyezzük. Könyvünk ugyanis erről szól.

A gyógypedagógia történetében – hasonlóan a tudománymodellhez – világszerte sokféle tevékenységmodell alakult ki, amelyek időről-időre megújultak, átalakultak (Tóth Z., 1933; Vértes O. J., 1940; Gordosné, 1964; Méhes, 1967; Vértes O. A., 1990; Mesterházi, 1997).

A változások főként – Magyarországon a rendszerszemlélet korai megjelenése miatt különösen jól követhetően – a gyógypedagógia kompetenciakörének szélesedésével függnek össze (Gordosné, 1996, 2000/b; Mesterházi, 1996, 1998).

A 20. század második felében, méginkább a sz. utolsó 1-2 évtizedében a gyógypedagógiai tevékenység teljesen átalakul: jelentősen bővülnek elemei és dimenziói, de főként a gyógypedagógiai (nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás, rehabilitációs) műveletek választéka gazdagszik. *Könyvünkben az átalakult, megújult gyógypedagógiai tevékenységet mutatjuk be.*

A gyógypedagógiai tevékenységet a speciális (gyógypedagógiai) nevelési szükségletű személyek (fogyatékosok/sérültek/akadályozottak) személyiségalakítását célzó, *szakszerűen tervezett hatásrendszerként* értelmezzük.

Ez a személyiségalakítás mindig egymással összefüggő nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás, rehabilitációs hatású résztevékenységek sokaságából építkező komplex folyamatban valósul meg.

Ez a komplex folyamat a speciális nevelési szükségletektől függően (az adott személy életkora, milyen a fejlettségi szintje, képességstruktúrája, fogyatékosságának, sérültségének, akadályozottságának típusa, súlyossági foka, milyen az adott környezet, helyszín, pl. család, bölcsőde, óvoda, általános iskola, közép- vagy felsőfokú oktatási intézmény, gyermekotthon, lakásotthon, szociális otthon, kórház vagy más egészségügyi intézmény, milyen az adott nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás helyzet, pl. egyéni, csoportos, szegregált vagy integrált) különböző szerkezetű, összetételű komplex fázisokban, más-más tartalommal és hangsúlyokkal szerveződik.

Könyvünkben elsőként arra vállalkozunk, hogy a gyógypedagógiai folyamatról adjunk – a fentiek szellemében – átfogó, amennyire lehetséges teljes képet (Mesterházi Zsuzsa).

A továbbiakban azután – természetesen – le kell mondanunk a teljesség igényéről. A sorra következő fejezetekben a tárgyalt komplex jelenségből mindössze néhány átfogó érvényességű aspektust tárgyalhatunk, majd – több ok miatt is vállalva a tematikai egyenetlenséget – a folyamat egy-egy komplex fázisát mutatjuk be, amelyek már a gyakorlati alkalmazási/felhasználási nyomvonalra is elvezetik az olvasót.

A gyógypedagógia mint embertudomány – ma különösen – nem nélkülözheti

antropológiai hátterének megrajzolását. Magyarországon két ok miatt sem. A 20. század második felében a gyógypedagógia thesaurusában több évtizeden át egyáltalán nem szerepel a gyógypedagógiai antropológia, ezen a téren az 1970-es és 80-as években is csupán biológiai szempontú kutatások, interpretálások lehetségesek/kívánatosak (Buday, 1975, 1984). A filozófiai-etikai aspektusú diszciplináris kutatások terén azonban nem könnyű a felzárkózás. A nyugati (angolszász és német) iskolák/irányzatok is komoly kihívásokkal szembesültek az 1990-es években a fogyatékossággal élők identitásának, emberi méltóságának problémakörében (Zászkaliczky, 1992, 1993). Ezért is inkább csak a gyógypedagógiai antropológiai kérdésfeltevések felvázolására vállalkozhatunk (Zászkaliczky Péter).

A gyógypedagógia kompetenciakörének jelentős bővülése, a rendkívül sokféle eljárás széles körű alkalmazása felerősítette a hatékonyság iránti érdeklődést és felelősséget. A gyógypedagógiai eljárások tudományos megalapozottságának kérdéseit veti fel és elemzi a *„Tudomány és gyakorlat a gyógypedagógiában"* című fejezet (Illyés Sándor).

A könyv címadásában nagy szerepet játszó magyar gyógypedagógiai hagyománytiszteleten túl – a könyv egész mondanivalója szempontjából – kiemelt jelentőségű mindaz, amit a *„Gyógypedagógia és terápia"* című fejezet tartalmaz. Ranschburg Pál már a 20. század eleji tudományos tények ismeretében sem tartotta feleslegesnek *a nevelés „gyógyító" célzatáról* elmélkedni, sőt azt hangoztatni, és azt képviselni, hogy érdemes ragaszkodnunk a „gyógypedagógia" elnevezéshez, mert „ez az elnevezés nem annyira ígéret, mint program. Célkitűzést foglal magában, mely cél felé törni a gyógypedagógiának igazi feladata" (Ranschburg, 1909, 44.). Ebben a fejezetben Ranschburg Pál tudományos előrelátásának legmodernebb kiteljesedését követhetjük (Lányiné Engelmayer Ágnes).

Hasonlóan átfogó érvényességű *a diagnosztika, a konzultáció, a szupervízió és a gyógypedagógia* viszonyának aspektusa. A diagnosztika és a gyógypedagógia szimbiózisa a kezdetektől számon tartott, ma mint sokelágazású interdiszciplináris rendszer tölti be nélkülözhetetlen szerepét a gyógypedagógiában (Gereben Ferencné), míg a konzultáció (Fonyó Ilona) és a szupervízió (Jászberényi Márta) csak a legutóbbi években nyert polgárjogot a gyógypedagógiában és válik egyre nélkülözhetetlenebbé.

Különböző országok kutatócsoportjai által végzett empirikus vizsgálatok sora tanúsítja, hogy a pedagógus szakmában végbement változások ellenére pl. „maga a tanári szerep viszonylagos állandóságot mutat. A tanítás (oktatás, nevelés) meghatározó helyszíne változatlanul az osztályterem, ami továbbra is az állami iskolarendszer kialakulásakor létrejött «doboz-szerű» elrendezésben működik; a munka továbbra is a tanár által irányított tanári-tanulói interakciók sorozatában valósul meg; a tanár legfőbb munkaeszköze ma is a kréta és a magyarázat (még ha a kréta szerepét egyre inkább átveszi is a filctoll vagy az írásvetítő fólia)" (Nagy M., 2000, 3.).

Magyarországi kutatási eredmények (Falus és mtsai., 1989) is ezt támasztják alá,

és ami különösen figyelemre méltó az az, hogy a rendszerváltás után megismételt vizsgálatok – miközben az oktatási rendszer minden téren látványosan átalakult – a pedagógusok felfogásáról, pedagógiai nézeteiről, a tanári szerepfelfogásról szintén meglehetős stabilitásról adnak számot (Golnhofer, 1999).

Gyógypedagógusok körében végzett hasonló vizsgálatokról nem tudunk, de több forrásból ismert, hogy a gyógypedagógus szakma századvégi hihetetlenül nagymértékű belső átalakulásának következményei sem érhetők tetten még általában a gyógypedagógia gyakorlatában. Meglehetősen lassan megy végbe a megújulás pl. a modern tanuláselméletek alkalmazása, a kognitív pszichológia és pedagógia, a rendszerszemléletű didaktika legújabb kutatási eredményeinek adaptálása terén is.

A gyógypedagógiai kultúra mélyítéséhez és a gyakorlati munka gazdagításához kívánunk hozzájárulni a könyvünk további fejezeteiben leírtakkal.

Az úgynevezett klasszikus és újabb gyógypedagógiai szakterületek műveléséhez új tudományos kutatási aspektusokat, adaptációkat, kísérleti/tapasztalati eredményeket, új megközelítésmódokat mutatunk be és ajánlunk.

Néhány fejezetben az iskoláskorú látás- és hallássérültek, a mozgáskorlátozottak, valamint a tanulásban akadályozottak speciális nevelési, tanulási folyamatszervezéséről értekezünk (Csocsán Emmy, Gadó Márta, Benczúr Miklósné, Csányi Yvonne, Keresztessy Éva, Szabó Ákosné, Tölgyszéky Papp Gyuláné, Szauder Erik).

Ezt követően a (hallás-, látás-, mozgás- és/vagy értelmileg akadályozott) halmozott fogyatékossággal élők pedagógiai kísérését és az úgynevezett bűnelkövető fiatalok reszocializációs gondozását tárgyaljuk új megvilágításban (Márkus Eszter, Prónay Beáta, Hatos Gyula, Volentics Anna).

Az utóbbi időkben az érdeklődés előterébe került *együttnevelés (integrált iskoláztatás)* kérdéseiről és tapasztalatairól is számot adunk, valamint az egészségügyi (kórházi) intézményekben folyó gyógypedagógiai ellátással foglalkozunk a soron következő fejezetekben (Torda Ágnes, Vassné Kovács Emőke, Perlusz Andrea, Földiné Angyalossy Zsuzsa, Rózsáné Czigány Enikő).

Viszonylag nagyobb teret szánunk a gyógypedagógiai komplex folyamatban legújabban alkalmazott, a pedagógus társadalmat széles körben érdeklő (augmentatív és alternatív kommunikációs, kognitív fejlesztő, szenzoros integrációs, művészeti, zene, fejlesztő diagnosztikai, rituál innovatív, játék) terápiás eljárásokkal. A szerzők többnyire nagyobb ívű, történeti-elméleti-szakirodalmi bevezetés után vezetik el az olvasót egészen a gyakorlati alkalmazásig, felhasználásig (Kálmán Zsófia, Zsoldos Márta, Szvatkó Anna, Sándor Éva, Urbánné Varga Katalin, Fehérné Kovács Zsuzsanna, Lajos Péter, Klaniczay Sára).

Irodalom

BÁNLAKY É. (1970) *Ranschburg Pál (1870–1945) szakirodalmi munkássága.* Magyar Pszichológiai Tudományos Társaság, Budapest.

BÁRCZI G. (1943) *A M. Kir. Állami Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola 1943–1944. évi munkarendje*. Budapest.

BÁRCZI G. (1959) *Általános gyógypedagógia*. Tankönyvkiadó, Budapest.

BERTALANFFY, L. von (1968) *General system theory*. New York 1968, London, 1971.

BUDAY J., HEGEDŰS GY. (1975) *Anthropológiai vizsgálatok*. In: Révay Gy. (szerk.) *Reformgondok a gyógypedagógiában 2*. Megyei Tanács, Szolnok, 67–76.

BUDAY J. (1984) *Fogyatékos gyermekek testi fejlődése*. In: Göllesz V. (szerk.) *Gyógypedagógiai iskola-egészségtan*. Tankönyvkiadó, Budapest, 20–32.

CSOCSÁN E. (2001) *„A tudományos többszólamúság" a látássérültek pedagógiájában*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, Különszám, 2., 112–119.

FALUS I. és mtsai. (1989) *A pedagógia és a pedagógusok. Egy empirikus vizsgálat eredményei*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

GEORGENS, J. D., DEINHARDT, H. M. (1861) *Die Heilpädagogik*. I–II. Leipzig.

GOLNHOFER E. (1999) *A pedagógiai tevékenység meghatározói és változásai*. Országos Közoktatási Intézet, Kézirat, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1963) *A gyógyító-nevelés fogalmának fejlődéséről és korszerű értelmezéséről*. In: Kiss Á. (szerk.) *Tanulmányok a neveléstudomány köréből 1964*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 505–543.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1970) *A gyógypedagógia általános elméleti kérdéseiről – defektológia és gyógypedagógia*. In: Révay Gy. (szerk.) *Reformgondok a gyógypedagógiában*. Szolnok Megyei Tanács, Szolnok, 42–54.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1977) *Über einige Grundfragen der allgemeinen Theorie der Heilpädagogik*. In: *Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt Universität zu Berlin*. Ges.-Sprachw. R. 3., 307–309.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1979) *Differenciálódás, integrálódás és interdiszciplinaritás a gyógypedagógiában*. In: Göllesz V. (szerk.) *A gyógypedagógia alapproblémái*. 2. kiadás. Medicina, Budapest, 41–88.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1987) *Új kutatási eredmények – új tudománymodellek*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 1., 1–16.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1990) *Die Struktur des Wissenschaftsgebietes der Heilpädagogik*. In: Bachmann, W., Mesterházi, Zs. (Hrsg.) *Trends und Perspektiven der gegenwärtigen ungarischen Heilpädagogik*. Institut für Heil- und Sonderpädagogik, Giessen, Band 11., 44–56.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1996) *A gyógypedagógia kompetenciakörébe tartozó népesség megnevezése és értelmezése Magyarországon – problématörténet*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 3., 212–225.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (2000/a) *A gyógypedagógiai iskoláztatás fejlődése*. In: Illyés S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 333–356.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (2000/b) *A gyógypedagógus-képzés története*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A., MESTERHÁZI ZS. és mtsai. (1983–1986) *Összehasonlító szakszótár, 19. rész: Populáció; 20 rész: A populáció fő sajátosságai; 37–38. rész: A fogyatékosok intézményei; 48. rész: A fogyatékosok oktatási és nevelési folyamata; 58. rész: A fogyatékosok pedagógiájának tudományterülete*. (Magyar és német nyelven) Humboldt Universität, Berlin.

GÖLLESZ V. (szerk.) (1976) *A gyógypedagógia alapproblémái*. Medicina, Budapest.

ILLYÉS S. (2000) A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai. In: Illyés S. (szerk.) Gyógypedagógiai alapismeretek. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 17–38.

ILLYÉSNÉ és mtsai. (1968) *Gyógypedagógiai pszichológia*. Akadémiai, Budapest.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1986) *Hagyományok és törekvések az oktató, vizsgáló, tanácsadó és kutató munkában*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 2., 87–92.

MESTERHÁZI ZS. (1996) *A gyógypedagógia kompetenciakörébe tartozó népesség megnevezése és értelmezése Magyarországon – aktuális dokumentumok és szakmai álláspontok* – In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 3., 225–227.

MESTERHÁZI ZS. (1997) *Gyógyító nevelés; gyógypedagógia; gyógypedagógiai nevelési folyamat*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon*. Keraban, Budapest, I/614–616.

MESTERHÁZI ZS. (1998) *A gyógypedagógia kompetenciája és interdiszciplináris helyzete*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, Különszám, 9–13.

MESTERHÁZI ZS. (2000) *A gyógypedagógia mint tudomány*. In: Illyés S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 41–79.

MÉHES J. (1958) *A gyógypedagógia mint elméleti és gyakorlati diszciplína*. In: *Gyermekgyógyászat*, 10–11., 340–352.

MÉHES J. (1967) Gyógypedagógia-e a gyógypedagógia. In: Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve II. Budapest, 115–138.

NAGY M. (2000) *A pedagógus szerep változásai*. In: Márkné, Földes (szerk.) *A pedagógus személyisége...* „Fogjuk a kezed" Egyesület, Sopron, 3–12.

RANSCHBURG P. (1909) *Elmélkedések a gyógypedagógia jelenéről és jövőjéről*. In: *Magyar Gyógypedagógia*, 1., 45–50; 2., 81–85.

SCHNELL J. (1929) *Eredmények a magyar kísérleti gyógypedagógiai és orvosi pszichológia területén*. Gyógypedagógiai Könyvtár, Budapest.

SZLOVÁK É. (1997) *Rendszerelmélet*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon*, Keraban, Budapest, III/264.

TÓTH Z. (1933) *Általános gyógypedagógia*. Magyar Gyógypedagógiai Társaság, Budapest

VÉRTES O. A. (1990) *Gyógyít-e a gyógyító pedagógia*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 3., 163–170.

VÉRTES O. J. (1915) *A gyógypedagógia fogalma és köre*. Pedagógiai Pszichológiai Könyvtár, 4., Budapest.

VÉRTES O. J. (1940) *A gyógyító nevelés rendszere*. Kókai, Budapest.

ZÁSZKALICZKY P. (1992) *A gyógypedagógia etikai problémáiról – a Peter Singer vita tükrében*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 2., 116–128.

ZÁSZKALICZKY P. (1993) *Utilitarista érvelésmódok bioetikai problémák megoldási kísérleteinél*. In: *Magyar Filozófiai Szemle*, 37., 937–961.

2.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI FOLYAMATRÓL

MEGKÖZELÍTÉS

Ebben a fejezetben lépésről lépésre haladunk a *gyógypedagógiai folyamat* értelmezése felé. Leírjuk a folyamat egyes szakaszait, dimenzióit, a folyamatban érintettek egymásra hatásának, valamint együttműködésének területeit és formáit, a folyamat irányíthatóságát, továbbá hatásait. Mindent egybevetve kísérletet teszünk arra, hogy részekre bontsunk, majd összerakjunk egy olyan komplex jelenséget, amelyet a tevékenységekben és hatásokban megragadható tapasztalati valóság és a gondolkodással megragadható fogalmi valóság szintjein egyaránt megismerhetünk. Első megközelítésben – kultúratörténeti szempontból – a gyógypedagógiai folyamat létrejöttét viselkedési válasznak tekinthetjük, amelyet a szokásostól eltérő vagy elmaradó gyermekek, embertársak fejlődésének elősegítése, élethelyzetének jobbítása céljából, személyes vagy szűkebb-tágabb társadalmi motívumok hatására alakított ki és napjainkig folyamatosan formál a környezet.

A felnövekvő gyermek fejlődésének évszázados tapasztalataiból kialakuló tudományos értékű megfigyelések és ezek rendszerezése az egyes ember, illetve életkori csoportok fejlődési törvényszerűségeinek megismeréséhez vezetett, amellyel ma már számos tudományág foglalkozik. A törvényszerűtől eltérő egyéni másságok egyes megnyilvánulásai – például valamely érzékszerv működésének rendellenességei, a mozgás vagy a beszéd kialakulásának nehézségei stb. – felvetették az ilyen esetekben lehetséges fejlődés-segítés lehetőségének kérdését. A gyakorlati orvoslás és a gyakorlati nevelés „kézen fogva" tette meg az első lépéseket a segítés módjainak megteremtésére, amelyhez az ismereti hátteret az individuális fejlődés természetének ismerete alkotta. Éppen ezért mielőtt a gyógypedagógiai folyamat mibenlétét vizsgálnánk, mindenképpen foglalkozni kell az ember *individuális fejlődésével*.

Az individuális fejlődés – napjaink felfogása szerint – minden esetben változásokat eredményez: az egyszerűbb biológiai, pszichikus struktúrákból egyre összetettebb testi, lelki struktúrák/rendszerek alakulnak ki, amelyek nélkülözhetetlenek a felnövekvő ember individualitásának kibontakozásában – témánk szempontjából pedig mindenekelőtt – a különböző képességek létrejöttének és alkalmazásának folyamatában. Ebben a bonyolult folyamatban az individuum öröklött, illetve vele-

született adottságai, a testi-lelki érési folyamatok, a környezeti feltételek, a nevelési/szocializációs hatások meghatározó szerepet játszanak. A fejlődéstan, valamint a fejlődéslélektan részben a testi és lelki fejlődés általános törvényszerűségeit, részben a fejlődési folyamatban végbemenő individuális változásokat, ezek kiváltó okait és hatásait kutatja. A tudományos vizsgálatok igazolják azt a gyakorlati tapasztalatot, hogy minden embernek sajátos élet- és fejlődéstörténete van, nemcsak az eltérő genetikai és környezeti feltételek következtében, hanem annak a szociális kölcsönhatásnak a következtében is, amely minden ember esetében eltérő interaktív folyamatokat eredményez (Becker, Doering, 1984; Gordosné, Mesterházi, 1985; Datler, 1998; Bundschuh, 1999; Nagy J., 2000).

A gyermek magzati és születés utáni fejlődésében jellegzetes szakaszokat és folyamatokat lehet megkülönböztetni, amelyek részben általános törvényszerűségeket, részben egyéni különbségeket mutatnak. A gyermek fejlődését különféle genetikai okok, biológiai károsodások, a környezet hatásaival összefüggő pszichikus ártalmak megzavarhatják és akadályozhatják, amelyek a bekövetkezés időpontjától és az okok természetétől függően különböző mértékű *fejlődési eltérések*hez vezetnek. A testi *károsodások/sérülések*, majd az ezek következtében kialakuló *fogyatékosságok*, illetve a különböző (szocializációs, tanulási, mozgásbeli stb.) *akadályozottságok* megnehezítik a gyermek egyéni fejlődését. Az ún. eltérő fejlődés az érintett gyermek számára azt jelenti, hogy nehezebb testi/lelki/szociális feltételek közepette megy végbe a fejlődési folyamat, minek következtében individuális mássága sajátos elvárásokat, *speciális* – gondozási, egészségügyi, nevelési stb. – *szükségleteket* támaszt a környezettel szemben. A másság a felkészületlen szociális környezetben előítéleteket, *stigmatizáló és izolációs* folyamatokat idézhet elő, amelyek fokozottan megnehezíthetik az érintett gyermek biológiai és pszichikus tanulási, érési folyamatait, valamint szocializációját.

Biológiai károsodások/sérülések és a pszichikumot traumatizáló környezeti hatások nemcsak gyermekkorban, hanem bármely életszakaszban bekövetkezhetnek. Betegségek, balesetek, tartós szociális deprivációk hatására fiatal vagy idős felnőttek is kerülhetnek olyan élethelyzetekbe, amikor a környezet számára megmutatkozó másságuk miatt sajátos *életszükségletek* alakulnak ki. Ezekben az esetekben nem a fejlődés akadályozottságáról beszélünk, hanem az életvezetés, a társadalmi integráció nehezítettségéről (Speck, 1998; Illyés, 2000).

A gyógypedagógia kialakulásának kezdeteitől a *gyógyító nevelés és terápia*, valamint a *rehabilitáció* eljárásait kutatja, fejleszti és alkalmazza, más segítő szakemberekkel együttműködve, mindazoknak az érdekében, akiknek állapota – a testi/biológiai sérülés/károsodás következtében kialakuló fogyatékosság, illetve az ebből következő különféle akadályozottság miatt – a környezettől megkívánja a sajátos nevelési és/vagy életvezetési szükségleteik figyelembevételét és kielégítését.

A gyógypedagógiai folyamatot részben gyakorlati *nevelési/terápiás/rehabilitációs tevékenységek*, részben *tudományos kutatások/fejlesztések* alakították/alakítják. A gyógy-

pedagógiai folyamat további értelmezése céljából néhány gyógypedagógiai alapfogalom felelevenítése szükséges.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI TIPOLÓGIA

Az akadályozott egyéni fejlődés elősegítésére vállalkozó gyógypedagógia kialakulásának kezdetén első számú problémaként merült fel azon személyek körének meghatározása, amelyre és akikre a gyógypedagógiai segítség kiterjesztendő. Elsőként a fogyatékos személyek, illetve a fogyatékosságok *orvosi szempontú osztályozása* alakult ki: a kóreredet feltárása, az állapot súlyosságának megállapítása, a prognózis leírása. Ezt egészítette ki később a *pszichológiai szempontú osztályozás*: a fejlődéslélektani törvényszerűségek alapján, pszichodiagnosztikai eljárásokkal a normától, az átlagtól való eltérés mértékének megállapítása; majd évtizedek múltán a *pedagógiai szempontú osztályozás* is megjelent: a nevelhetőség individuális szintjének, a fejlesztés irányainak, feladatainak meghatározása. A hazai gyógypedagógiai tipológia napjainkban mindhárom osztályozási szempont alapján a következő népességcsoportokat nevezi meg: hallássérültek, látássérültek, beszédben akadályozottak, értelmileg akadályozottak, tanulásban akadályozottak, mozgáskorlátozottak, teljesítmény- és viselkedészavarokkal küzdők, halmozottan fogyatékosok, illetve az ún. más fogyatékosok csoportjai. Az egyes csoportok tovább osztályozhatók a sérülés, fogyatékosság, valamint az akadályozottság állapotának súlyossága és a nevelés/terápia/rehabilitáció által történő befolyásolhatóság szempontjából (Mesterházi, 1997).

A GYÓGYPEDAGÓGIAI TEVÉKENYSÉG

A gyógypedagógia feladatköre, tevékenységrendszere, kompetenciája tágabban értelmezhető, mint a nevelés. A gyógypedagógiai tevékenység sajátosságaira utaló különböző megnevezések: korrigáló, helyreigazító, kiegészítő-kompenzáló, rehabilitációs, readaptációs, reszocializációs, segítő, támogató, terápiás... stb. azt jelzik, hogy nem a szokásos értelemben vett pedagógiai, tanító/oktató típusú tevékenységről van szó. *A gyógypedagógiai tevékenység egyidejűleg nevelés, terápia és rehabilitáció, amelyet az érintett személy nehezített fejlődési és/vagy életvezetési szükségletei határoznak meg.* A gyógypedagógiai tevékenység azokra a személyekre irányul, akik – a fent leírt tipológia alapján – a gyógypedagógia kompetenciakörébe tartoznak és ebből következően *speciális nevelési, terápiás, rehabilitációs szükségleteiket* a gyógypedagógia különböző területeire specializálódott szakemberek képesek kielégíteni. A gyógypedagógiai tevékenység tartalma, eljárásai, időtartama a sérülés, fogyatékosság, akadályozottság típusától, súlyossági fokától, az érintett személyek életkorától és élethelyzetétől függően más és más. Ezzel magyarázható, hogy különböző gyógypeda-

gógiai professziók, tevékenységi területek alakultak ki (pl. hallássérült gyermekek korai fejlesztése, diszlexiás gyermekek olvasástanítása, értelmileg akadályozott felnőttek pedagógiai kísérése, afáziás betegek beszédtanítása stb.), amelyek mindegyike a gyógypedagógiai folyamat részét alkotja (Gordosné, 1996; Illyés, 1987).

A GYÓGYPEDAGÓGIAI SZAKTUDÁS

A gyógypedagógiai szaktudás alapját a gyógypedagógia ismeretrendszere alkotja. A gyógypedagógia mint tudomány, a sérülésekkel, fogyatékosságokkal, akadályozottságokkal összefüggő teljes jelenségkört vizsgálja, a gyógypedagógia *forrástudományainak*, valamint a gyógypedagógia *részdiszciplínáinak* (pl. gyógypedagógiai patofiziológia, gyógypedagógiai pszichológia, gyógypedagógiai szociológia, gyógypedagógiai andragógia stb.) nézőpontjából. A sérült, fogyatékos, fejlődésükben akadályozott gyermekek nevelésének kérdéseivel a gyógypedagógia pedagógiai részdiszciplínáit alkotó, a sérülések, fogyatékosságok, akadályozottságok szerint specializálódott pedagógiák foglalkoznak. Ezek: hallássérültek pedagógiája; látássérültek pedagógiája; logopédia; értelmileg akadályozottak pedagógiája; tanulásban akadályozottak pedagógiája; pszichopedagógia; szomatopedagógia; halmozottan fogyatékosok nevelése; autisták nevelése. A gyógypedagógiai terápia valamennyi életkori szakaszban szükséges lehet; a gyógypedagógiai rehabilitáció elsősorban a felnőttkori problémák megoldásában jelent segítséget. A gyógypedagógiai folyamat valamennyi szakasza sajátos szaktudást igényel, amelyet folyamatosan gyarapít a tevékenység közben szerzett tapasztalatok, valamint a tudományos kutatásokból származó eredmények összessége (Gordosné, 1996; Illyés, 2000; Mesterházi, 2000).

A GYÓGYPEDAGÓGIAI FOLYAMAT ALKOTÓELEMEI

Sorra vesszük azokat az alkotóelemeket, amelyek a gyakorlati gyógypedagógiai folyamatban alig választhatók el egymástól, azonban a fogalmi leírás megkívánja az egyes elemek meghatározását és megkülönböztetését.

A DIAGNOSZTIKAI FOLYAMAT

Az individuális fejlődést megakadályozó sérülések, károsodások (pl. genetikai eltérések, magzati fejlődési rendellenességek, szülési sérülések, betegségek stb.) megállapítása az *orvosi diagnózis* segítségével történik. Az orvosi diagnózis azt állapítja meg, hogy a környezet által észlelt fejlődési eltéréseknek (pl. a csecsemő feltűnően

nyugtalan, nem reagál a környezetre, a kisgyermek mozgás- és beszédfejlődése elmarad a korcsoportjától, nem alakul ki az önkiszolgálás, nem tud együtt játszani más gyermekekkel stb.) van-e genetikai, biológiai oka, megállapítható-e az idegrendszerben morfológiai és/vagy funkcionális eltérés, ezek milyen tünetekben mutatkoznak meg. Az orvosi diagnózis megalapozza az orvosi terápia formáit (pl. műtéti beavatkozás a beszédszervekben), a sérülésből, károsodásból következő állapot prognózisának felállítását, emellett információt jelent a sérülésből, károsodásból következő fogyatékosság pszichológiai és pedagógiai diagnosztizálásához.

A hagyományos gyógypedagógiai diagnosztika elsősorban a pszichológiai vizsgáló eljárásokat, az ismert pszichodiagnosztikai eszközöket alkalmazta. A gyógypedagógiai pszichológia kezdetben a fogyatékosok lelki jelenségeinek vizsgálatánál abból a feltételezésből indult ki, hogy a fogyatékosság negatívan befolyásolja a személyiség kialakulását. A deficitorientált diagnózis a fejlődési eltéréseket, a hiányokat írta le. A gyógypedagógiai pszichológia diagnosztikai eljárásainak fejlődése szemléletváltozást eredményezett: a fogyatékosságokkal együtt járó jellegzetes személyiségváltozásokat nem kizárólag a biológiai sérüléssel magyarázza, hanem figyelembe veszi az egyén biográfiájának sajátosságait is. A személyiség defektusai helyett az érdeklődés a megmaradt, a fejleszthető képességekre és tulajdonságokra, „...a kompenzáló mechanizmusokra, a fogyatékosság okozta hátrányokkal való megbirkózás személyiségtényezőire, a környezettel kialakuló interakciókra terelődött" (Lányiné, 1997, I/617).

A *fejlesztő diagnosztikai folyamatok* az állapot leírásából kiindulva a fejlesztés irányainak kijelölésére, a fejlesztés módszereinek megállapítására helyezik a súlyt. Ebből következően a fejlesztő diagnosztikai folyamat lényegesen hosszabb időt és bonyolultabb eljárásokat igényel, mint a tényfeltáró deficit-diagnózis. A fejlesztő diagnosztika figyelembe veszi azokat a megfigyeléseket, tapasztalatokat, amelyek az egyes fejlesztő eljárások alkalmazásának hatékonyságára vonatkoznak, ezzel a fejlődési folyamat dinamikáját kedvezően befolyásolhatja. A differenciáldiagnosztikai eljárások kialakulása hozzájárult az egyéni fejlesztési, nevelési szükségletek alaposabb megismeréséhez, az egyén fejlődési folyamataihoz alkalmazkodó pedagógiai folyamatok megtervezéséhez. Vagyis a fogyatékossággal együtt járó, vagy a környezeti/szociális hatásokra kialakuló akadályozottságok (pl. értelmi akadályozottság, tanulási akadályozottság) diagnosztikus megállapításához, a legalkalmasabb nevelési környezet kiválasztásához, a gyógypedagógiai nevelési folyamatok megtervezéséhez. A gyógypedagógiai diagnosztikai eljárások alkalmazása különböző életszakaszokban, élethelyzetekben szükséges. Ilyen életszakaszok például: a járás- és beszédtanulás kezdete, a beiskolázás, iskolaválasztás ideje, az értelmi fejlődésben a konkrét és formális gondolkodási műveletek kialakulásának az ideje. Emellett bármely életszakaszban bekövetkezhet olyan sérülés, vagy egy korábbi betegség miatt kialakuló olyan állapot, amelynek következtében szükségessé válhat az orvosi és pszichológiai diagnózis mellett a gyógypedagógiai diagnózis megállapítása.

Különösen jellemző az iskolaérettség kialakulásának időszakában, az iskolaválasztás idején annak feltárása, hogy a gyermek számára melyik tanulási környezet, milyen ütemű tanulási tempó a legmegfelelőbb (Gerebenné, Vidákovich, 1989; Gordosné, 1990, 1998).

A gyógypedagógiai diagnosztikai folyamat céljának kijelölése, a vizsgáló eszközök kiválasztása, a diagnosztikus eredmények összegzése, a nevelhetőség megállapítása, a gyógypedagógiai segítségnyújtás formáinak kiválasztása attól függ, hogy a sérült, fogyatékos, akadályozott fejlődésű, élethelyzetű gyermek vagy felnőtt problémája milyen természetű; ettől függően más-más például: az olvasástanulási zavarok diagnosztikája, a hangképzési zavarok diagnosztikája, a látássérültek észlelési folyamatainak diagnosztikája, a diszkalkulia diagnosztika, a rehabilitációs diagnosztika stb. A gyógypedagógiai nevelési folyamatokat alkalmazó nevelési/oktatási intézmények (óvodák, iskolák) a pedagógiai diagnosztika alkalmazásával nem csak tanulási eredményeket mérhetnek, hanem megállapíthatják a gyermekeket ért stigmatizációs folyamatok hatásait, a tanulási motiváció kialakulásának folyamatát, a pedagógiai interakciós folyamatok személyiségformáló hatását, a túlterhelés és fáradtság, vagy az érdeklődés kialakulásának folyamatait, és így tovább.

Az egyes személyre irányuló gyakorlati gyógypedagógiai folyamat minden esetben diagnosztizálással kezdődik, azonban a diagnosztikai eljárások alkalmazására a gyógypedagógiai folyamat bármely szakaszában később is szükség lehet.

A NEVELÉSI FOLYAMAT

A pedagógia különböző irányzatai, a múltban és a jelenben is, eltérő megközelítéssel, eltérő tapasztalatokra támaszkodva, eltérő fogalomkészlettel értelmezik a *nevelési folyamatot*. Napjainkban különösen a képességek kialakítása, fejlesztése kerül a nevelési folyamat definiálásakor a fogalom lényegi tartalmai közé. Például: az ember biológiai életképességének, antropológiai adottságainak, speciális egyéni képességeinek, szociális szerepének, életvezetési és önfejlesztő képességeinek fejlesztésében és kialakításában a nevelés mindennapi gyakorlata, eszmei és tudásbeli megalapozottsága meghatározó szerepet játszik (Pléh, 1994; Nagy J., 1996; Bábosik, 1997; Gáspár, 1995). A nevelés – a mindenkori testi, biológiai adottságokkal összefüggésben – hatást gyakorol az egyéni fejlődésre, tehát hozzájárul az egyén változási folyamataihoz. A nevelés mellett azonban maradandó változást okoz az ember testében, viselkedésében, lelki életében: például a testi növekedés, az idegrendszeri folyamatok érése, a testi károsodások, a betegségek, az öregedés. E változások közül azokat lehet fejlődésnek tekinteni, amelyek a korábbi állapothoz képest az egyén és környezete szempontjából differenciálódást, többletet, tökéletesedést eredményeznek. A felnövekvő nemzedékek neveléséről részben a családok, részben a nevelésre specializálódott intézmények gondoskodnak. Az intézményesített nevelés azoknak a

tudatosan szelektált környezeti hatásoknak az összessége, amelyek a felnövekvő gyermeket a szociális/társadalmi környezet részéről érik az egyéni fejlődés és a szocializáció érdekében. A gyermekre ható környezeti hatások összessége azonban lényegesen átfogóbb, mint a család és az intézményes nevelés együttvéve. „A nevelés hatékonysága attól függ, hogy a nevelés a gyermeki személyiség ismeretében mennyire tudja a környezetet úgy alakítani, hogy a gyermek szükségleteit kielégítő környezeti hatások egyben a nevelés céljainak megfelelő változásokat is létrehozzák" (Illyés, 1997, II/585–586).

A gyógypedagógiai nevelési folyamat létjogosultságát az indokolja, hogy léteznek olyan személyek (az emberiség meghatározott arányában), akiknek vagy születésüktől, vagy későbbi életkortól kezdve *speciális nevelési szükségleteik* vannak. Ez azt jelenti, hogy a fejlődésük érdekében kifejtett környezeti hatásoknak alkalmazkodniuk kell a sérülések/károsodások, fogyatékosságok, akadályozottságok következtében módosult, nehezített belső (biológiai, pszichikus) és külső (környezeti, szociális) feltételekhez. A nevelhetőség kiterjesztése mindazoknak a körére, akik nehezített belső és külső feltételek mellett nevelhetők, valamint a nevelés speciális céljainak, módszereinek, körülményeinek felkutatása, az eredmények leírása a nevelés fogalomkörének jelentős gazdagítását eredményezte. Ez egyrészt azt jelenti, hogy a gyógypedagógia azáltal lett immanens része a pedagógiának, hogy önfejlődése közben, a forrás- és társtudományokra támaszkodva – azok ismereteit is továbbfejlesztve – *kitágította a pedagógia fogalomkörét*; másrészt azt is jelenti, hogy olyan komplex embertudománnyá és gyakorlattá vált, amely az emberi népesség egy részének nemcsak nevelésére képes, hanem a gyógypedagógiai folyamatot kiterjesztette (a speciális szempontú orvosi, pszichológiai, pedagógiai, szociológiai, jogi ismeretek birtokában) az érintett személyek – akár élethosszig tartó – terápiájára, rehabilitációjára, életvezetésének segítésére, társadalmi érdekeinek képviseletére is (Illyés, 1997).

A speciális nevelési szükséglet fogalmának bevezetése egyúttal azt a szemléletés paradigmaváltást is jelzi, amelyben a sérült, fogyatékos, akadályozott fejlődésű gyermek nemcsak a nevelés kényszerű peremproblémájaként jelenik meg, hanem mint kihívás a nevelés számára: képes-e a gyógypedagógia azokat a célokat megfogalmazni, azokat az ismereteket feltárni, azokat a környezeti feltételeket megteremteni, azokat a nevelő hatásokat kidolgozni és alkalmazni, amelyek eredményesek lehetnek a nehezített nevelési feltételek között is? A speciális nevelési szükséglet fogalmának bevezetése lehetővé tette a fogyatékosságok szociális összefüggéseinek értelmezését is. A speciális nevelési szükségletet „minden érintett gyermeknél individuálisan kell megállapítani, figyelemmel a gyermek életútjára, szociális tapasztalataira, környezetére; kognitív, motoros, nyelvi és egyéb fejlettségére" (Lányiné, 1997, III/308.). A speciális nevelési szükséglet mellett megjelent a *speciális terápiás, valamint a speciális rehabilitációs szükséglet* fogalma is. Ezeknek az igényeknek a kielégítése a gyógypedagógiai segítésnek azt a formáját jelenti, amelyre nemcsak a sérült, fo-

gyatékos, akadályozott fejlődésű gyermekeknek, hanem az akadályozott életvezetésű felnőtt embereknek is szükségük van az intézményes nevelést követő életszakaszokban is.

Nevelési szakaszok

A természetes gyermeki fejlődésben – az egyéni különbségek mellett is – életkori sajátosságokat lehet megállapítani. „A fogyatékos gyermekeknél egyes életkori sajátosságok ugyanabban az életkorban jelennek meg, mint a nem fogyatékos gyermekeknél; más életkori sajátosságok azonban – mint például a kognitív funkciókhoz kötött életkori sajátosságok – kisebb-nagyobb életkori késéssel alakulnak ki. Az értelmi működések, a látás, hallás, a beszéd és a mozgás sérülése olyan képességhiányokat és képességzavarokat okoznak, amelyek a nem fogyatékos gyermekeknél nem fordulnak elő" (Illyés, 1996). A sérülés, fogyatékosság, akadályozottság típusától és a súlyosság mértékétől függően kialakuló fejlődési eltérések, elmaradások a gyógypedagógiai nevelési folyamatban más és más időtartamú és pedagógiai tartalmú szakaszok kialakulásához, illetve kialakításához vezetnek. A fejlődési szakaszok életkori határainak megállapítása – az egyénenként jelentősen eltérő fejlődési tempó következtében – rendkívül nehéz. Hasonló fejlődési szint eléréséhez a fogyatékos gyermeknek több időre, speciális módszereket alkalmazó nevelési hatásokra van szüksége.

A fogyatékos gyermekek nevelési folyamatának egyik sajátossága a *korai életkorban* (0–3 éves korban) megkezdett tervszerű fejlesztés és az irányított családi nevelés. A fejlődési eltérések korai felismerése, diagnosztizálása, a korai fejlesztés módszereinek alkalmazása (szakemberek és szülők együttműködésével) lehetőséget jelent a gyermek fejlődési elmaradásainak csökkentésére, a későbbi fejlődési szakaszok időtartamának rövidítésére. A fogyatékos gyermekek *óvodai nevelésének* időtartama általában meghosszabbodik, az iskolára való érettség, az *iskolakészültség* állapota általában néhány évvel később alakul ki. A fogyatékosságok legsúlyosabb eseteiben is – annak ellenére, hogy az iskolakészültség nem alakul ki – szükséges a gyermek *terápiás gondozása és fejlesztése*. A *gyógypedagógiai nevelés iskolai szakaszai* a fogyatékosság típusától, súlyosságától függően eltérnek az egyes speciális általános iskolákban. Például a hallássérült gyermekek általános iskolájában hosszabb a beszédtanításra való előkészítés folyamata; az értelmileg akadályozott gyermekek általános iskolájában az önkiszolgálásra nevelés a teljes nevelési folyamatban szerepet játszik stb. (Csányi, 1994; Farkas, 1996; Hatos, 1996). A gyógypedagógiai nevelés további szakaszaiban – az adott gyermek fejlettségétől függően – az önálló vagy irányított életvezetésre való felkészítés (pályaválasztás, szakmatanulás, továbbtanulás, párkapcsolat, családalapítás, gyermekvállalás) a meghatározó pedagógiai feladat. A felnőtt fogyatékos személyekre irányuló gyógypedagógiai folyamatra elsősorban a rehabilitáció módszereinek alkalmazása a jellemző. Ennek rendkívül széles a skálája: az élethosszig tar-

tó gondozástól (pl. egészségügyi intézményekben) a magasan kvalifikált személyek (pl. látássérültek, mozgáskorlátozottak) munka-rehabilitációjáig terjedhet (Csocsán, 1998; Bruckmüller, 1999; Zászkaliczky, 1998).

Nevelési szabályozók

A nevelési folyamatok szabályozása jogi, gazdasági és pedagógiai eszközökkel történik. A *jogi szabályozás* eszközei az oktatásra vonatkozó törvények, rendeletek. Közülük a legismertebbek: az 1991. évi LXIV. törvény *A gyermekek jogairól;* az 1993. évi LXXIX. törvény *A közoktatásról;* a 14/1994. (VI. 24.) MKM rendelet *A képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról;* a *Nemzeti Alaptanterv* (1995); a 23/1997. (VI. 4) MKM rendelet *A fogyatékos gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a fogyatékos tanulók iskolai oktatásának tantervi irányelve;* az 1998. évi XXVI. törvény *A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.*

A fogyatékos személyekre vonatkozó valamennyi törvény és rendelet együttesen alkotja azokat a jogi feltételeket, amelyek kijelölik az állami gondoskodás kereteit, meghatározzák az állam által támogatott nevelési, szociális ellátási folyamatok időtartamát, a fogyatékos személyek nevelési, gondozási, szociális, egészségügyi és egyéb szükségleteit kielégítő intézmények működési rendjét, az anyagi forrásokból való részesedés mértékét, a fogyatékos személyek egyes élethelyzeteiben (pl. beiskolázás, bentlakásos intézményi elhelyezés, szociális támogatások stb.) meghozható közigazgatási döntéseket.

A pedagógiai szabályozás eszközei a *tantervek, tantervi irányelvek, nevelési programok* tartalmazzák az oktatási tartalmak kiválasztásának, elrendezésének koncepcióját és elveit, a műveltségi területekre, tantárgyakra, pedagógiai szakaszokra, az általános és a korosztályokra bontott nevelési célkitűzéseket, tananyagot, követelményeket. A tantervek legfontosabb funkciói: az oktatási folyamatok tervszerűségének megalapozása, a műveltségterületek tartalmának struktúrálása, az egyes pedagógiai szakaszokban elérhető követelmények meghatározása. A Nemzeti Alaptantervre épülnek azok az irányelvek, kerettantervek, pedagógiai programok, amelyek meghatározzák a fogyatékos gyermekek oktatási intézményeiben folyó gyógypedagógiai munka általános érvényű és az adott intézményre vonatkozó pedagógiai keretfeltételeit.

A fogyatékos személyek által az oktatás mellett igénybe vehető terápiás, szociális és rehabilitációs szolgáltatások – amelyek a tankötelés koron túl is szerves részét alkotják a gyógypedagógiai folyamatnak – különböző intézményi színterekhez kötődnek. Ilyenek pl. a korai fejlesztő központok, szakszolgáltató intézmények, egészségügyi, szociális és rehabilitációs intézmények. A gyógypedagógiai folyamat időtartamának, valamint tartalmának meghatározása az individuális szükségletek megállapítása alapján történik.

A nevelés minden szintjén és valamennyi területén a tanulási folyamatok feltételeinek megteremtése, irányítása, az egyéni fejlődés sajátosságainak megállapítása és az ennek megfelelő tanulási folyamatok megszervezése történik. A *nevelés elemi szintjén* a pszichikus funkciók: érzékelés, észlelés, figyelem, emlékezés folyamatainak rendszeres gyakorlásához, megtanulásához kap segítséget a gyermek. Ezzel párhuzamosan történik a mozgástanulás, a beszédtanulás és a gondolkodástanulás. A tanulási folyamatok cselekvésbe ágyazottan, a motivációs és érzelmi neveléssel összhangban eredményezik a képességek fejlődésének az alapját. A képességstruktúra kialakítása szempontjából *a nevelés főbb területei*: a motoros, az orientációs, a kreatív, a kommunikációs, a kognitív és a szociális képességek nevelése. Ezek a nagy *képességblokkok* maguk is folyamatosan alakuló képességrendszerekként foghatók fel, amelyek egymással is állandó kölcsönhatásban vannak és kölcsönhatásaik összessége alkotja a *tanulási képességet*. A pszichikus funkciók és a képességek fejlődése a természeti és szociális környezetben szerzett élmények, információk feldolgozása közben megy végbe, eközben fejlődik a *mozgás, a beszéd, a gondolkodás*; gyarapodik az információ-feldolgozáson alapuló ismeretek összessége, alkalmazhatóvá válik a tudás; változik a viselkedés, kialakul az én-identitás, az érték- és kapcsolatrendszer, vagyis számos területen végbemegy a *szocializáció*.

A gyógypedagógiai nevelési folyamatot egyrészt az határozza meg, hogy a pszichikus funkciók és képességek fejlődésében milyen természetű és mértékű zavarok tapasztalhatók, másrészt azok a szociális feltételek, amelyek a gyermeket körülveszik, amelyek a nevelés szociális környezetét alkotják. Például valamilyen hallás- vagy látószervi betegség folytán kialakuló hallás- vagy látássérülés csökkenti az érzékelési, észlelési folyamatok kialakulását, megtanulását. Ez láncreakciószerűen indítja el azokat a következményeket, amelyek akadályozzák a gyermek mozgás- és figyelemfejlődését, beszéd- és gondolkodástanulását, az információfeldolgozást, az én-identitás kialakulását, a szociális környezet szerepét stb. Ugyanakkor a nevelés más területekre irányítása, valamint a kompenzáló képességek gyakorlása folytán (például hallásnevelés, szájról olvasás megtanulása, látásnevelés, téri tájékozódás, a vizuális elemek szerepének növelése a fogalomtanulásban stb.) a hallássérült vagy a látássérült egyének személyiségének fejlődése, szocializációja kiegyensúlyozott lehet. A különböző sérülések eltérő módon befolyásolják a szocializáció individuális feltételeit (Lányiné, Marton, 1991).

Bármely sérülés, fogyatékosság, fejlődési akadályozottság fennállása esetén a gyógypedagógus – más szakemberekkel együttműködve – először azt állapítja meg, hogy az egyes pszichikus funkciók, illetve képességek fejlődésében milyen egyenetlenségek alakultak ki, melyek a jól fejleszthető területek, milyen egyéni sajátosságokat szükséges figyelembe venni *a gyógypedagógiai nevelési folyamat megtervezésekor*. Lehetséges, hogy a fogyatékos gyermek bizonyos területeken eltér, elmarad korosztá-

lya átlagos fejlettségi szintjétől, ennek ellenére a nevelés megtervezésében a gyermek életkorát is meghatározó szempontnak kell tekinteni. A fogyatékos gyermekek óvodáiban és iskoláiban az egyes csoportokban és osztályokban az egyes gyermekek képességprofiljainak összehasonlítása jelentős eltéréseket mutathat, ezért is indokolt az egyéni fejlődési folyamatok alapos ismerete és az egyéni fejlődési igényeknek megfelelő differenciált nevelés.

Nevelési eljárások

A képességek nevelése, attól függően, hogy a fenti képességblokkok közül melyiket helyezi előtérbe a nevelési folyamatot szervező gyógypedagógus, más-más módon történik. A nevelési eljárások kiválasztásában az általános nevelési célok, valamint az egyedi és aktuális nevelési szükségletek ismerete mellett különösen fontos mérlegelni azt, hogy a gyermekben érlelődő *intellektuális, emocionális vagy motivációs folyamatok* – az adott nevelési helyzetben – milyen tevékenységekkel (megfigyelés, képi megjelenítés, interaktív játékok, tantermi kísérletek, párbeszédek, projektszerű feldolgozás stb., stb.) mozgósíthatók a legeredményesebben. A nevelési folyamatok megtervezésében, gyakorlati megvalósításában segítséget jelent a tanulási folyamatok alapstruktúráinak ismerete, mert rávilágít arra a pedagógiai problémára, hogy didaktikai szempontból lehetséges-e a gyermek intellektuális, emocionális és motivációs folyamatainak elkülönített fejlesztése.

A *tanulási folyamatok alapstruktúrái*: cselekvéses, tapasztaló tanulás; tudásbővítő fogalomtanulás; problémamegoldó felfedező; folyamatfelismerő, felfedező tanulás; gyakorló és automatizáló tanulás; tanulásszervezés és stratégia-tanulás; értékátadás és identitás-tanulás; kreatív önkifejezés és alkotó tanulás; interperszonális kapcsolat-tanulás (Oser, Patry, 1990; Mesterházi, 1998.). Ezek az alapstruktúrák valamennyi fogyatékossági csoportban alkalmazhatók, a fogyatékosság típusának és súlyossági fokának megfelelő módosításokkal, a tanulási folyamatok lépéseinek részletesebb kidolgozásával.

A gyógypedagógiai nevelés elméleti kérdéseinek és gyakorlati tapasztalatainak vizsgálatakor különösen gyakran merül fel ez a probléma. A gyógypedagógiai nevelés ez ideig általános jellemzője: a *direkt és intenzív fejlesztés* alkalmazása mindazokon a területeken, amelyek dominálnak az adott személy fogyatékosságprofiljában. Emellett azonban egyre több megfigyelés azt mutatja, hogy a *fejlesztés indirekt lehetőségeinek* (a kevésbé vagy nem sérült testi és lelki folyamatok intenzív aktiválása) kutatása és gyakorlati alkalmazása ugyanúgy szükséges a gyógypedagógiai nevelésben. A gyógypedagógiai tapasztalatok azt a feltevést támasztják alá, hogy különösen szükséges a művészi nevelés valamennyi területének intenzív bevonása a fogyatékos személyekre irányuló nevelési, terápiás és rehabilitációs folyamatokba (Sándor, 1995).

A gyógypedagógiai nevelés eredményeinek megállapítása a *gyógypedagógiai pszichológiai diagnosztika*, a tanulási teljesítmények mérésére alkalmas *pedagógiai diagnosztika*, a *szociális és rehabilitációs diagnosztika* eszközeivel történik. Esetenként (pl. a hallásnevelés, látásnevelés, mozgásnevelés stb. hatásainak mérésére) az *orvosi diagnosztika* eszköztárába tartozó eljárások alkalmazása is szükséges. Emellett az oktatási, terápiás, rehabilitációs eljárások hatásaira bekövetkező változásokat a gyógypedagógus folyamatosan figyelemmel kíséri. Az apró változások sorozata folyamatosan jelzi azt, hogy a megválasztott eljárás eredményes-e, vagy szükséges-e a változtatás, valamint azt is, hogy valamely pszichikus funkció vagy képesség fejlődése megindult-e. A gyógypedagógiai nevelés, terápia, rehabilitáció eredményei minden életkori szakaszban más-más módon állapíthatók meg. A tankötelesek korba lépő gyermekek sérülésének, fogyatékosságának, tanulási vagy egyéb akadályozottságának megállapítását és a vizsgálati eredményekből következő gyógypedagógiai teendőket a sérülések típusa szerint szakosodott szakértői és rehabilitációs bizottságok szakemberei (orvosok, gyógypedagógusok, pszichológusok) végzik.

A tanulási eredményeknek az oktatási intézményekben alkalmazott *teljesítménymérő módszerekkel* történő értékelése részben tudásmérő tesztekkel, részben a hagyományos osztályozással, vagy az osztályozást helyettesítő (de annál lényegesen differenciáltabb megállapításokra lehetőséget adó) szöveges értékeléssel történik. Az ötfokú érdemjegy (osztályzat)-skála alkalmazása nagyon sok problémát vet fel. A tantervek megállapítják az évfolyamokra lebontott követelményszinteket. A sérült, fogyatékos, akadályozott fejlődésű gyermekek fejlődési tempója igen nagy egyéni eltéréseket mutat. A tapasztalatok azt támasztják alá, hogy az egy-egy tanév végéhez kapcsolódó követelményszintek csak ismeretjellegű tudás megállapításakor alkalmazhatók normaként. Az ismeretek kialakulását lehetővé tevő egyszerűbb pszichikus funkciók, illetve a lényegesen bonyolultabb struktúrájú képességek kialakulása nem időzíthető a tanévek egyes szakaszhatáraira (például félév vége, tanév vége). Egy-egy képesség fejlettségében a változás mérése esetenként csak több év elteltével lehetséges.

A *nevelés, terápia, rehabilitáció* megtapasztalható eredményeiről gyakran számolnak be a szülők vagy más hozzátartozók (pl. házastárs, gyermek), illetve különböző szakemberek (orvosok, pszichológusok, jogászok stb.) is. A sérült, fogyatékos, akadályozott gyermek vagy felnőtt élethelyzetében, a környezethez való alkalmazkodó képességében bekövetkező változások különösen felhívják a figyelmet magukra. Ilyen lehet például az önállóság fejlődése az önkiszolgálásban, a hallásfigyelem fejlődése, az iskolaérettség kialakulása, a kapcsolatépítő képesség javulása, az agresszív tünetek megszűnése, a tanulási motiváció javulása, a pályaválasztásra, az irányított vagy önálló életvezetésre való alkalmasság kialakulása stb. Ezeknek a változásoknak a kialakulásában a szakszerűen kiválasztott, megtervezett, megvalósított

gyógypedagógiai hatások mellett fontos szerepet kapnak a nevelésben közreműködő más partnerek is.

Nevelési partnerek

A gyógypedagógiai nevelési folyamat szervezője és irányítója a gyógypedagógus, aki rendszeresen együttműködik más szakemberekkel és a szülőkkel.

A fogyatékos gyermek, fiatal vagy felnőtt általános testi állapotát és annak változásait, sérüléseit diagnosztizáló és annak patológiás összefüggéseit feltáró *orvos* megállapításai a gyógypedagógus számára nemcsak a nevelési folyamat tervezésében, hanem a nevelés eredményességének megállapításában is segítséget jelent. Egyes terápiás célú szakorvosi beavatkozások (például beszéd- vagy mozgásszervi műtétek) után bármely életkorban szükségessé válhat a gyógypedagógus (például logopédus, szomatopedagógus) alkalmazása és rendszeres együttműködése az orvossal. A szakorvos és a gyógypedagógus folyamatos konzultációja biztosítja azt, hogy ilyen esetekben a *gyógypedagógiai terápia* kiegészíti az orvosi terápiát. Bizonyos orvosi terápiás eljárások eldöntése előtt (pl. gyógyszer-kombinációk kiválasztása) adott esetben fontos információt jelenthetnek az orvos számára a gyógypedagógiai nevelési/terápiás folyamat közben gyűjtött tapasztalatok (pl. autista személyek, epilepsziás betegek esetében). Különösen gyakori a gyógypedagógusok és a *gyermekpszichológusok*, illetve a *klinikai szakpszichológusok* együttműködése. Az együttműködés jellege bizonyos mértékig eltér az orvossal való együttműködéstől. A pszichológiai diagnózis és a pszichológiai terápiás hatások közvetlenül kapcsolódnak a gyógypedagógus munkájához, ugyanis közvetlenül járulnak hozzá a gyógypedagógiai nevelési/terápiás folyamat tervezéséhez, megvalósításához és eredményeinek megállapításához. A *gyermekjóléti és családvédelmi szolgálatok szakemberei* – a gyógypedagógussal való együttműködés esetén – segítséget nyújthatnak a környezeti feltételek javításával a gyógypedagógiai nevelés/terápia eredményességéhez (Benczúrné, 2000; Volentics, 2000).

A korai fejlesztés, az óvodai, általános iskolai és középiskolai nevelés, a bentlakásos nevelés, valamint esetenként a felsőoktatás intézményeiben szükség esetén együttműködik ezen intézmények *pedagógusaival* (óvodapedagógusok, tanítók, szaktanárok, nevelőtanárok stb.) a speciális élethelyzetből származó nevelési/terápiás szükségletek kielégítése céljából. A kölcsönös információ-adás, konzultáció, tanácsadás a nevelési partnerekkel, illetve az érintett személyekkel hozzájárul a speciális szükségletek alaposabb megismeréséhez, valamint a nevelési partner-kapcsolatok kialakításához, fenntartásához. A felnőtt szociális ellátás intézményeiben (például szociális otthonok, rehabilitációs intézmények, lakóotthonok stb.) élő sérült, fogyatékos, akadályozott életvezetésű személyek gyógypedagógiai segítése (munka-rehabilitáció, életvezetési tanácsadás, gyógypedagógiai gondozás stb.) ugyancsak a gyógypedagógiai folyamat részét alkotja, ugyanis a felnőtt életforma kialakításában játszik szerepet.

A *szülőkkel, hozzátartozókkal* való megfelelő együttműködés kitágítja a nevelési partnerek körét olyan személyekkel, akik a családi környezetben járulhatnak hozzá a gyógypedagógiai nevelés/terápia eredményességéhez. Ez speciális szakmai felkészültséget kíván a gyógypedagógustól (beszélgetés-vezetés, tanácsadás, nevelési technikák megismertetése, információ-megosztás, egyes nevelési folyamatok közös tervezése stb.), amelynek alkalmazását a segítendő személy individuális szükségletei és a partner közreműködési szándéka határoznak meg. Ez az együttműködés nemcsak a fogyatékos személyek számára jelenthet érzelmi és motivációs támogatást, hanem a családtagok számára is elősegítheti a fogyatékos családtaggal összefüggő feszültségek, problémák csökkentését. A fogyatékosság természete, a fogyatékos személy életkora, a család összetétele és életkörülményei rendkívül változatos probléma-kombinációkat eredményeznek.

A gyógypedagógiai nevelési folyamat sajátos formái vannak kialakulóban az *integrált nevelés* esetén. Az együttnevelés a bölcsődében, az óvodában, az általános és a középiskolában a partnerek körét a nem fogyatékos kortárs gyermekekre, fiatalokra is kiterjeszti. Sok kutató vizsgálja azt, hogy milyen szocializációs és képességfejlődési hatások származnak az együttnevelésből. Gyakran igazolhatók azok a feltevések, hogy a személyiség érlelődésében kölcsönös előnyök származnak valamennyi résztvevő számára. A teljesítményverseny és a másság-tolerancia csak akkor zárják ki egymást, ha az elidegenedő individuális önérvényesítés áll szemben a másság távolságtartó és passzív elviselésével. A szociális értékek elfogadása ezzel szemben azt a belátást vonja maga után, hogy az a természetes, ha mindenki a saját fejlődési lépcsőfokához viszonyítva, a saját fejlődési tempója szerint lép egyre magasabbra. A gyógyító nevelés a fogyatékosság és akadályozottság enyhítését, illetve csökkentését nemcsak az individuális képességek fejlesztése által mozdítja elő, hanem a szociális kapcsolatrendszer fejlesztése segítségével is. Az egyéni képességek és a társas kapcsolatok együttes fejlődése eredményezik a személyiség egészséges kibontakozását. A különböző képességű gyermekek együttnevelése rendkívül változatos társas kapcsolatrendszer kialakulásához vezethet. Emellett olyan új oktatási eljárások kidolgozását eredményezi, amelyek a csoportos oktatás keretei között is lehetővé teszik a fejlődési különbségek figyelembevételét (Zászkaliczky, Lechta, Matuska, 1997; Csányi, 2000).

Nevelési színterek

A gyógypedagógiai nevelés a gyermekkor végéig folyamatosan vagy a gyermekkor egy-egy életszakaszában nyújt segítséget azoknak, akiknek szükségük van a speciális nevelésre. Bizonyos agyi, genetikai vagy érzékszervi sérülések esetén csecsemőkorban megkezdődhet a gyógypedagógus bevonása a terápiás folyamatokhoz kapcsolódó speciális nevelésbe. Egyes egészségügyi intézmények csecsemőosztálya-

in, a korai ellátás gyermekintézményeiben (például a bölcsődék speciális fejlesztést biztosító csoportjaiban), valamint a családokban kap szerepet a gyógypedagógus.

A fogyatékosságok típusának megfelelő speciális óvodai nevelés (pl. látássérült, hallássérült, mozgássérült gyermekek óvodája), valamint az integrált óvodai nevelés eltérő speciális nevelési szükségleteket elégít ki. A többségi óvodák, illetve a speciális óvodák nevelési programjainak, valamint az egyéni fejlesztés programjainak (például beszédfejlődési rendellenességek kezelése, általános szenzomotoros tréningek, komplex diszlexia-prevenciós gyakorlatok) összehangolása attól függ, hogy az intézmény feltételei mennyire adottak az egyéni szükségletek figyelembe vételéhez. Az intézményi színtér az óvodás életkori szakaszban is kiegészül a családi neveléssel, illetve a gyermekvédelmi gondoskodás intézményeiben folyó bentlakásos neveléssel, amelyben a gyógypedagógiai nevelés szempontjai, eljárásai – a szülők vagy más nevelési partnerek bevonásával – alkalmazhatók.

A sérült, fogyatékos gyermek neveléséhez legmegfelelőbb nevelési intézmény kiválasztása különösen az iskolába lépéskor kap nagy jelentőséget. A gyógypedagógiai nevelés diagnosztikus feladatai kerülnek előtérbe különböző intézmények keretében (nevelési tanácsadók, a különböző sérüléseket, illetve a tanulási képességet vizsgáló szakértői bizottságok, gyógypedagógiai szakszolgáltatást nyújtó intézmények stb.). A beiskolázásig a gyermek különféle oktatási intézmények keretében (elsősorban az óvodák és az általános iskolák együttműködésével) speciális foglalkozások, iskolára felkészítő programok keretében fejlesztési segítséget kaphat.

A gyógypedagógiai nevelést nyújtó *speciális általános iskolákban*, illetve az *integrált nevelést biztosító többségi általános iskolákban* eltérő feltételek között tanulnak a speciális nevelési szükségletű gyermekek. A sérülés, fogyatékosság megjelenési formájától, illetve súlyosságától függően differenciált nevelési feltételeket alakítanak ki az iskolák. Például a mozgáskorlátozott gyermekek speciális iskolai nevelésének intézményi színterei (térszerkezet, speciális eszköztár, funkciók szerint elkülönített gyakorló terepek stb.) lényegesen különböznek a látássérült vagy az értelmileg akadályozott gyermekek iskolai színtereitől. A gyógypedagógiai iskolai színterek kialakításában szerepet játszanak azok a kiegészítő szolgáltatások (pl. logopédiai ellátás, pszichomotoros fejlesztés, terápiás eljárások, szociális ellátások stb.), amelyeket ezek az intézmények nyújtanak. Az iskolákban működő napközis és szabadidős szolgáltatások, a bentlakásos diákotthoni ellátás, az állami gondoskodást biztosító intézmények egyaránt színterei a gyógypedagógiai nevelésnek. A családok és a gyógypedagógiai nevelést biztosító iskolák közötti együttműködés (tanácsadás, információcsere, szülők felkészítése speciális nevelési feladatok ellátására) lehetőséget teremt arra, hogy a gyermek speciális nevelési szükségleteinek kielégítése hatékonyabb legyen. A rendszeres iskolalátogatás alól felmentett gyermekek számára a képzési kötelezettség előírása általában azt jelenti, hogy a gyógypedagógus a szülővel együttműködve a gyermek otthonában szervezi meg a speciális foglalkozásokat.

A középiskolákban integráltan tanuló sérült fiatalok (elsősorban látás- és hallás-

sérültek, illetve mozgáskorlátozottak) a számukra továbbra is szükséges gyógypedagógiai segítséget vagy közvetlenül az oktatási intézményekben, vagy a gyógypedagógiai szakszolgáltató hálózaton keresztül kapják meg. A középiskola befejezése után jelentős számban tanulnak tovább a felsőoktatási intézményekben, különféle speciális támogatásokat élvezve. Ezeknek a támogatásoknak a megszervezése és irányítása részben közvetlen (személyi segítők által), részben közvetett (speciális szolgáltatások kialakítása által) gyógypedagógiai közreműködéssel történik. A speciális szakiskolákban tanuló sérült, fogyatékos fiatalok oktatásában és az önálló életvezetés kialakításában a gyógypedagógusok közvetlenül részt vesznek. A serdülőkortól növekvő arányban megjelenő magatartási nehézségek, deviáns viselkedési formák felismerése, megelőzése, valamint a pozitív irányú személyiségváltozások elősegítése részben a gyógypedagógiai kompetencia körébe tartozik. Az oktatási intézmények mellett a gyermekjóléti szolgálatok, a családgondozás, a szociális ellátó rendszer, a speciális bentlakásos intézmények, egészségügyi intézmények ugyancsak színterei lehetnek a gyógypedagógiai szolgáltatásokhoz kapcsolódó nevelés egyes területeinek.

Az óvodai/iskolai nevelésben és oktatásban részt nem vevő, az egészségügy intézményeiben elhelyezett, tanköteles korú, többnyire halmozottan sérült, fogyatékos gyermekek és fiatalok gyógypedagógiai ellátása a mindenkori egészségi és fejlettségi állapothoz alkalmazkodva, a gondozással összehangolva egyéni vagy kiscsoportos formákban történik.

A TERÁPIÁS FOLYAMAT

A gyógypedagógiai terápiára bármely életkori szakaszban szükség lehet. A gyógypedagógiai nevelés terápiás hatása és a gyógypedagógiai terápia nevelési irányultsága megnehezíti a különbség pontos definiálását. A nevelési és terápiás folyamatok összehasonlítása azonban feltár bizonyos különbségeket. A gyógypedagógiai terápiák – az orvosi terápiáktól eltérően – nem közvetlenül a sérülést kívánják befolyásolni, hanem az ebből következő fogyatékosságot, korlátozottságot, akadályozottságot. A gyógypedagógiai terápiás eljárások a gyógypedagógiai nevelési folyamat keretében vagy azt kiegészítve, annak valamely speciális területén nyújtanak célirányos és intenzív segítséget (Meixner, 1989; Gósy, 1996; Vékássy, 1987). Az egyes terápiás eljárások (pl. a logopédiai terápiák, a mozgásterápiák, a tanulásterápiák, a művészetterápiák, a viselkedésterápiák stb. különböző változatai) alkalmazása különösen igényli az individuális alkalmazást. Az eszközök kiválasztása, az időtartam meghatározása, az eredmények megállapításának módja az egyéni terápiás program részét alkotja. A gyógypedagógiai terápia különösen akkor indokolt, ha például az érintett személy pszichikus funkcióinak fejlődésében, képességprofiljában, szocializációjában valamely területen olyan eltérések mutatkoznak, amelyek különösen nehezítik a harmonikus

fejlődést, a személyiség kiegyensúlyozott érlelődését. A terápia „lokalizáltabban" irányul a személyiségre, mint általában a gyógypedagógiai nevelés. Hatása azonban elősegíti a gyógypedagógiai nevelés eredményességét. Ha a gyógypedagógiai nevelést megilleti a „speciális" jelző, akkor a gyógypedagógiai terápiáról elmondható, hogy az a speciális neveléssel szorosan összefüggő speciális eljárás.

A gyógypedagógiai terápiás eljárások alkalmazása különböző típusú intézmények keretében történik: a korai fejlesztő központokban, a gyógypedagógiai nevelést biztosító speciális és integrált óvodákban és iskolákban, az egészségügyi intézményekben (kórházakban, ambulanciákon stb.), a pedagógiai szakszolgálat intézményeiben, az önálló életvezetésben akadályozott felnőttek szociális intézményeiben. (Például egy gyermekkorban elvégzett foniátriai műtét után hangképző logopédiai terápia; egy serdülőkorban elszenvedett sportbaleset után mozgásterápia; matematika tanulási zavar esetén diszkalkúlia terápia stb.) A terápiás eljárásokat alkalmazó gyógypedagógus rendszeresen együttműködik más szakemberekkel, nevelési partnerekkel. A gyógypedagógiai terápiát rendszeresen kiegészíti a konzultáció és tanácsadás (pl. a szülőknek, a pedagógusoknak, az ápoló személyzetnek, az érintett személynek), amelynek az a célja, hogy a gyermeket a nevelési környezetben, illetve a felnőttet az aktuális családi, intézményi, munkahelyi környezetben olyan hatások érjék, amelyek elősegítik és megerősítik a terápiát. Az eredmények értékelése általában diagnosztikus eszközökkel történik: a folyamat elején és egy-egy szakaszának végén elvégzett tesztvizsgálatok segítségével a változás mértéke megállapítható. Emellett legalább ennyire fontosak a terapeuta megfigyelései, ezek rögzítése és felhasználása a terápia esetleges módosítására. A terápiában együttműködő partnerek közötti információcsere javíthatja a terápia hatását (Mesterházi, 2001).

A REHABILITÁCIÓS FOLYAMAT

A gyógypedagógiai rehabilitáció a gyógypedagógiai folyamat része. A gyógypedagógia meghatározásának hazai szakértői azt a kérdést vitatták elsősorban, hogy melyek a gyógypedagógia és a rehabilitáció lényeges fogalmi megkülönböztető jegyei, illetve milyen fogalmi viszonyban áll a gyógypedagógia és a rehabilitáció egymással. Külföldön különböző álláspontok alakultak ki ezzel a kérdéssel kapcsolatban. Egyes országokban a rehabilitáció-tudomány elnevezés illeti azt a területet, amelyet a hazai szóhasználat gyógypedagógia-tudománynak nevez. Más országokban a rehabilitáció elsősorban az orvostudományhoz kapcsolódó kutatási és tevékenységi terület. A rehabilitáció fogalmának és gyakorlatának hazai fejlődése jelentős részben az orvostudományhoz kapcsolódik, ugyanakkor a gyógypedagógia is kialakította a maga tudományterületéhez és gyakorlati tevékenységeihez kapcsolódó rehabilitációt (Göllesz, 1985; Katona, Siegler, 1999; Kullmann, 1999; Lányiné, 1999; Huszár, Kullmann, Tringer, 2000).

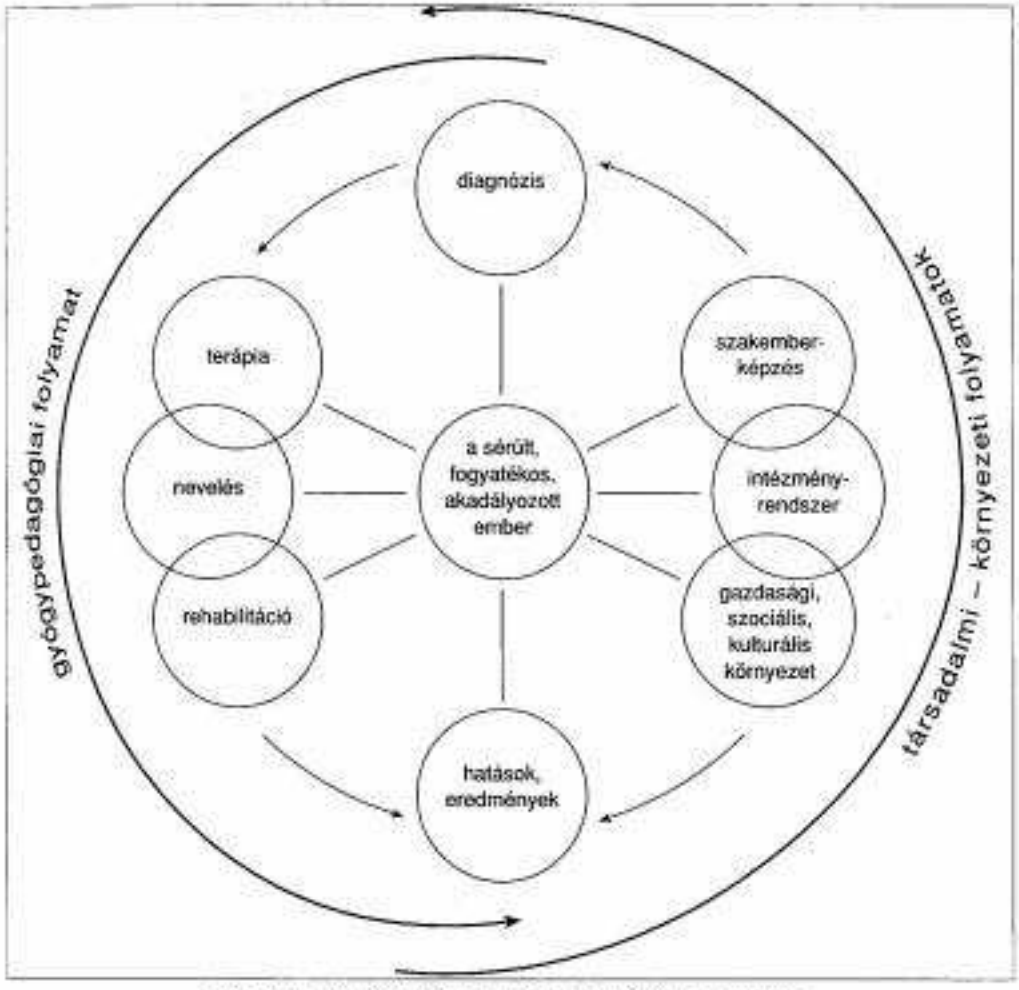
A gyógypedagógiai nevelési folyamat rehabilitációs feladatait a Közoktatási Tör-

vény írja elő. Meghatározza, hogy a fogyatékos gyermekek számára iskolai és iskolán kívüli pedagógiai rehabilitációs és terápiás célú foglalkozásokat, illetve különböző többletszolgáltatásokat kell biztosítani (pl. gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés). A tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságok különösen diagnosztikus és tanácsadó feladatokat végeznek. *„A fogyatékos gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a fogyatékos tanulók iskolai oktatásának tantervi irányelve"* (1997) előírja a kiegészítő pedagógiai szolgáltatások igénybevételét és azokat a *fejlesztő, korrekciós, habilitációs, rehabilitációs és terápiás* célú pedagógiai eljárásokat, amelyek a tantervi műveltségtartalmak elsajátításához szükségesek. Az irányelv meghatározza a sérült képességek rehabilitációs célú korrekciójának területeit. A fentiekből látható, hogy a 0–18 éves korú sérült, fogyatékos, akadályozott fejlődésű gyermekek és fiatalok gyógypedagógiai nevelése rehabilitációs célú értelmezése azt jelzi, hogy előkészíti a felnőtt életszakaszban szükséges rehabilitációt.

A felnőtt személyek gyógypedagógiai rehabilitációjának főbb területei: az *életvezetés általános segítése* (pl. önálló életvitel kialakítása, lakóotthoni életforma szervezése, partnerkapcsolatok, családalapítás, gyermekvállalás, szabadidős programok szervezése stb.); a *munka-rehabilitáció* (pl. pályaválasztási tanácsadás, szakképzési információk szolgáltatása, védőmunkahelyek kialakítása, a munkavégzést segítő speciális eszközök fejlesztése stb.); az *egészségi állapottal összefüggő segítő szolgáltatások* (pl. a fogyatékossággal összefüggő támogatások jogi szabályozása); valamint a *társadalom életében való részvétel minél teljesebb körű segítése* (pl. rehabilitációs sportlehetőségek megteremtése, kommunikációs segítségek, mint pl. jelnyelvi tolmácsolás, a társadalmi előítéletek csökkentése pl. a médiák bevonásával stb.). A felnőtt fogyatékos emberek rehabilitációjában szerepet játszanak azok a szociális intézmények, amelyekben a rehabilitációs szolgáltatások különböző formáival segítik az ott élő személyeket, ha szükséges, életük végéig. Szükség esetén a rehabilitációs folyamat részét alkotja a *pedagógiai kísérés*, más kifejezéssel az *életkísérés*, amelynek célja a felnőtt fogyatékos, akadályozott életvezetésű személyek függőségének csökkentése, a felnőttkori fejlődési és tanulási lehetőségek megteremtése, a felnőtt életforma kialakítása, a természetes közösségi kapcsolatok kialakulásának segítése. A közreműködő gyógypedagógus akkor látja el magfelelően ezt a feladatot, ha a segítő kapcsolat az érintett személlyel való partnerségre épül (Hatos, 2000).

A GYÓGYPEDAGÓGIAI TEVÉKENYSÉG HATÁSA EGYES TÁRSADALMI FOLYAMATOKRA

Miközben a gyógypedagógiai folyamat közvetlen hatást gyakorol az érintett személyekre, az alábbi területeken megfigyelhető a közvetett hatása is, amellyel a feltételek kialakításához, fejlesztéséhez járul hozzá:



2/1. ábra. Kölcsönhatások a gyógypedagógiai folyamatban

– A fogyatékos emberek életét érintő valamennyi jogi szabályozás kialakulásában szerepet játszottak/játszanak mindazok a nevelési, terápiás, rehabilitációs tapasztalatok, amelyek a nevelés törvényi feltételeinek megteremtésével kapcsolatosak és amelyek nélkülözhetetlenek az eredményességhez (például közoktatási, egészségügyi, szociális, munkaügyi stb. jogi szabályozók megalkotása).

– A gyógypedagógiai folyamat hatékonyságának elismerésével, valamint a jogi szabályozással függ össze azoknak az ellátó rendszereknek a kialakulása, amelyek a gyógypedagógiai nevelés, a gyógypedagógiai szolgáltatások, valamint a gyógypedagógiai rehabilitáció intézményes kereteit, ezek működését biztosítják.

– A sikerhez nélkülözhetetlen feltétel azoknak a szakembereknek a képzése, akik a fogyatékosság sajátosságainak megfelelő módon és az érintett személy aktuá-

lis élethelyzetét figyelembe véve képesek különböző szakaszokban a folyamatot tervezni, koordinálni és abban közvetlenül közreműködni.

– A speciális szaktudás tapasztalatainak halmozódása, a gyógypedagógiai folyamat kutatása, területeinek, eredményeinek leírása, az elméleti alapok és a gyakorlati eljárások fejlesztése tette lehetővé a gyógypedagógia tudomány kialakulását és folyamatos művelését.

Összegezés

A gyógypedagógiai folyamat – az átfogó társadalmi hatások részeként – mindazoknak a speciális szaktudást igénylő nevelési, terápiás, rehabilitációs eljárásoknak az összessége, amelyek az individuális alkalmazás esetén a problémafeltáró, illetve az eredményvizsgáló diagnózis segítségével a gyógypedagógia kompetenciakörébe tartozó bármely életkori ember sajátos szükségleteinek kielégítését, személyiségének fejlődését, élethelyzetének jobbítását, társadalmi integrációját segítik elő.

Irodalom

BÁBOSIK I. szerk. (1997) *A modern nevelés elmélete*. Thelosz, Budapest.

BECKER, K.-P., DOERING, H. (1984) *Zur Bestimmung des pädagogischen Prozesses – Merkmale des rehabilitationspädagogischen Prozess*. In: *Rehabilitationspädagogik* (Hrsg.: Becker, K.-P. et al.) Volk und Gesundheit, Berlin.

BENCZÚR M-né (2000) *Sérülésspecifikus mozgásnevelés*. ELTE BGGYFK, Budapest.

BRUCKMÜLLER M. (1999) *Értelmi akadályozottság és gyermekvállalás – a pedagógiai kísérés lehetőségei*. In: *Kiscsoportos lakóotthonok* (szerk.: Lányiné Engelmayer Á.) Soros Alapítvány, Budapest.

BUNDSCHUH, K. (1999) *Entwicklung*. In: *Wörterbuch Heilpädagogik* (Hrsg.: Bundschuh, K., Heimlich, U., Krawitz, R.) Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn/Obb.

CSÁNYI Y. (1994) *Bevezetés a hallássérültek pedagógiájába*. BGGYTF, Budapest.

CSÁNYI Y. (2000) *A speciális nevelési szükségletű gyermekek és fiatalok integrált nevelése-oktatása*. In: Illyés S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest, 377–408.

CSOCSÁN E. (1998) *Európai trendek a látássérültek pedagógiájában*. In: Gordosné Szabó A. (szerk.) *Látássérültek Magyarországon*. Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége, Budapest, 183–191.

DATLER, W. et al. (1998) *Zur Analyse heilpädagogischer Beziehungsprozesse*. Ed. SZH, Luzern.

FARKAS M. (1996) *A hallássérültek kiejtés- és beszédfejlesztésének elmélete és gyakorlata*. BGGYTF, Budapest.

GÁSPÁR L. (1995) *A pedagógiai folyamattervezés elméleti és gyakorlati kérdései*. KLTE, Debrecen.

GERBENNÉ VÁRBÍRÓ K., VIDÁKOVICH T. (szerk.) (1989) *A differenciált beiskolázás néhány mérőeszköze*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1990) *Beiskolázás és kiválasztás a kisegítő iskoláztatás történetében*. In: Illyés S., Bass L. (szerk.) *Nevelhetőség és általános iskola IV*. KKTT, Budapest, 9–67.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1996) *Bevezetés a gyógypedagógiába*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. szerk. (1998) *Látássérültek Magyarországon*. Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A., MESTERHÁZI ZS. et al. (1985) *A fogyatékosok képzésének folyamata*. In: Gordosné Szabó A., Theiner, Ch. (szerk.) *Összehasonlító szakszótár* 48. rész (magyarul és németül), Humboldt Egyetem, Berlin, 1–38.

GÓSY M. (1996) *A beszédészlelési és beszédmegértési folyamat zavarai és terápiája*. BGGYTF, Budapest.

GÖLLESZ V. (1985) *Gyógypedagógiai rehabilitáció*. Tankönyvkiadó, Budapest.

HATOS GY. (1996) *Az értelmi akadályozottsággal élő emberek: nevelésük, életük*. (3., átdolgozott, bővített kiadás) BGGYTF, Budapest.

HATOS GY. (2000) *Értelmileg akadályozott felnőttek pedagógiai kísérése*. ELTE BGGYFK, Budapest.

HUSZÁR I., KULLMANN L., TRINGER L. (szerk.) (2000) *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.

ILLYÉS S. (szerk.) (1987) *Gyógypedagógiai alapismeretek* (3., átdolgozott kiadás). Tankönyvkiadó, Budapest.

ILLYÉS S. (1996) *A Nemzeti Alaptanterv és a fogyatékos gyermekek iskolai fejlesztésének tartalmi szabályozása*. In: *Magyar Pedagógia*, 96/ 4. 377–382.

ILLYÉS S. (1997) *Nevelés és fejlődés. Nevelés feltételei*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon*. Keraban Kiadó, Budapest, II/585-586.

ILLYÉS S. (szerk.) (2000) *Gyógypedagógiai alapismeretek* (4., átdolgozott kiadás). ELTE BGGYFK, Budapest.

KATONA F., SIEGLER J. (szerk.) (1999) *Orvosi rehabilitáció*. Medicina, Budapest.

KULLMANN L. (1999) *A fogyatékos emberek és rehabilitációjuk*. In: Katona F., Siegler J. (szerk.) *Orvosi rehabilitáció*. Medicina, Budapest, 13–27.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1997) *Gyógypedagógiai pszichológia. Speciális nevelési szükséglet*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon*. Keraban Kiadó, Budapest, I/616–617., III/308.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1999) *Gyógypedagógia és rehabilitáció*. In: Katona F., Siegler J. (szerk.) *Orvosi rehabilitáció*. Medicina, Budapest, 319–328.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á., MARTON K. (1991) *Értelmi fogyatékosok szociális teljesítményeinek vizsgálata*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

MEIXNER I. (1989) *Olvasástanítás/tanulás dyslexia-prevenciós módszerrel*. Művelődési Minisztérium, Budapest

MESTERHÁZI ZS. (1997) *Gyógypedagógiai nevelési folyamat*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon*. Keraban Kiadó, Budapest, I/614–616.

MESTERHÁZI ZS. (1998) *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYTF, Budapest.

MESTERHÁZI ZS. (2000) *A gyógypedagógia mint tudomány*. In: Illyés S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest.

MESTERHÁZI ZS. (2001) *A gyógypedagógiai nevelés mint terápia*. In: *Iskolakultúra*, XI/2. 29–33.

NAGY J. (1996) *Nevelési kézikönyv*. Mozaik Oktatási Stúdió, Szeged.

NAGY J. (2000) *XXI. század és nevelés*. Osiris Kiadó, Budapest.

OSER, F., PATRY, J.-L. (1990) *Choreographien unterrichtlichen Lernens*. (Basismodelle des Unterrichts) Pädagogisches Institut der Universität Freiburg/Schweiz.

PLÉH CS. (1994) *A tudás helye a nevelés folyamatában*. In: *Iskolakultúra*, 22–23.

SÁNDOR É. (1995) *Művészetterápiáról pedagógusoknak*. In: Kárpáti A. (szerk.) *Vizuális képességek fejlődése*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

SPECK, O. (1998) *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. Reinhardt, München, Basel.

VÉKÁSSY L. (1987) A dadogók komplex kezelése. Medicina, Budapest.

VOLENTICS A. (2000) *Nehezen nevelhető, inadaptált gyermekek a közoktatás és a gyermekvédelem intézményeiben*. In: Illyés S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest.

ZÁSZKALICZKY P. (szerk.) (1998) *A függőségtől az autonómiáig*. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.

ZÁSZKALICZKY P., LECHTA, V., MATUSKA, O. (szerk.) (1997) *A gyógypedagógia új útjai – rendszerfejlesztés, tanácsadás, integráció*. Liecreh Güth Kiadó, Bratislava.

3.

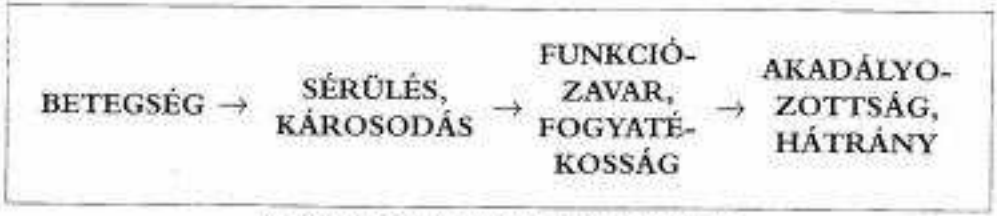
A GYÓGYPEDAGÓGIA ANTROPOLÓGIAI KÉRDÉSFELTEVÉSEI

A FOGYATÉKOSSÁG FOGALMÁNAK DIMENZIÓI

A gyógypedagógia központi kategóriájának, a fogyatékosság fogalmának megközelítésében az utóbbi időben jelentős hangsúlyeltolódások történtek. Megvizsgálva a fogyatékossággal élő emberek populációjának egészét, illetve valamely fogyatékossági csoportot definiálni szándékozó néhány jellemzőbb hazai és külföldi meghatározás „legkisebb közös többszörösét" (Bach, 1985; Bánfalvy, 1995; Bleidick, 1984; Buday, 1997; Dupuis, 1992; Gordosné, 1993; Illyés, 1999; Jantzen, 1987–1990; Kobi, 1993; Lányiné, 1996; Lindmeier, 1993; Mesterházi, 1998; Speck, 1996), azt láthatjuk, hogy a megközelítések általában tartalmaznak legalább három fontos dimenziót, legalább három különböző szintet, melyen megadni igyekeznek a zavartalan és a megváltozott fejlődés, az ép és a fogyatékos személyiség, a normalitás és az abnormalitás között fennálló különbséget. Egyfelől rögzítik, hogy a fogyatékosság esetében többnyire tartós, irreverzíbilis biológiai-organikus tényezők, sérülések állnak a háttérben, melyek végérvényesen eltérítik az érintett személy fejlődésmenetét a normalitás természetes változékonyság szabta kereteitől. Másfelől leszögezik, hogy e károsodások következtében funkcionális szinten nem vagy kevésbé fejlődnek ki egyes területek, a pszichés működések szintjén bizonyos anomáliákkal, hiányokkal vagy defektusokkal kell számolnunk, az érintett egyén képességstruktúrája és személyiségszerkezete más lesz, mint lett volna akkor, ha fejlődésmenetét nem változtatja meg a szóban forgó sérülés. Harmadfelől leírják, hogy a fenti két szinten regisztrálható eltérések miatt szociális szinten a fogyatékossággal élő emberek társadalmi beilleszkedésének esélyei csökkennek, szocializációs folyamataik megnehezítetté válnak.

E három szint különbözősége köszön vissza a gyógypedagógia egyes háttérelméleteinek, a fogyatékosság különböző paradigmáinak egymástól való elkülönítését célzó kísérletekben (Wöhler, 1980), de az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének 1980-as definíciójában is (WHO, 1980; Lindmeier, 1993; Mesterházi, 1997), melyben egymással lineáris oksági kapcsolatban állva jelenik meg az eltérések organikus, pszichés-funkcionális és szociális szintje: valamely betegség következtében károsodások keletkeznek a biológiai struktúrákban és működésekben, ezek talaján a szomatopszichés funkciók szintjén zavarok, primer és szekunder fogyatékosságok ala-

kulnak ki, melyek interperszonális és szociális kihatásai tartós társadalmi hátrányt váltanak ki, és akadályozzák az érintett egyén részvételét a különféle szociális folyamatokban (*3/1. ábra*).

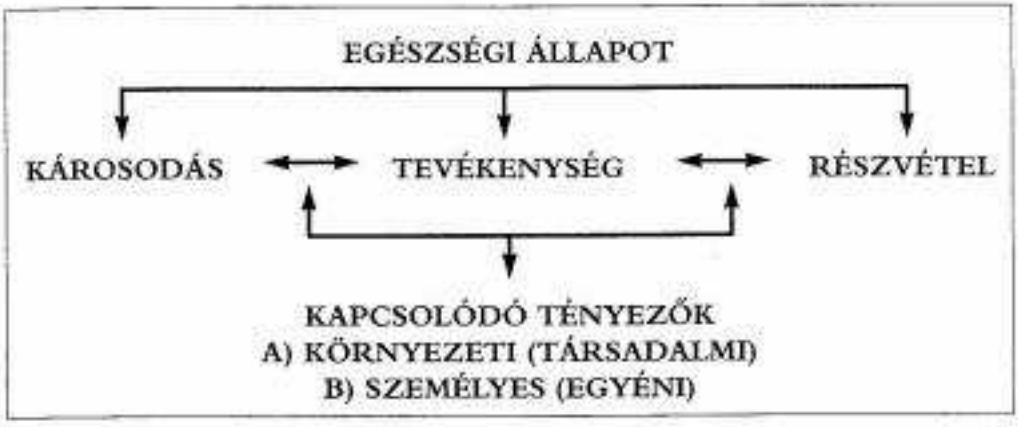


3/1. ábra. A fogyatékosság értelmezése 1980–1997-ig

Az utóbbi évek megközelítései elmozdulni látszanak a fogyatékosság fenti, úgynevezett személyorientált-klinikai felfogásától, melyben a tárgyalt szinteken jelentkező eltérések egymással közvetlen, szinte egyenes vonalú ok okozati viszonyban állva jelennek meg, s minden korábbinál nagyobb hangsúlyt fektetnek a fogyatékosság (akadályozottság) szociális dimenziójára. Az a kérdés válik egyre lényegesebbé, hogy a károsodás és az erre épülő funkciózavarok mennyiben és mennyire korlátozzák az egyént autonóm életvezetésében és önrendelkezésében, a megkívánt szociális szerepek elsajátításában és gyakorlásában, a társadalom életébe történő beilleszkedésében, illetve hogy e korlátok kialakulásának okai nem csak, esetleg elsősorban nem az individuális eltérések szintjén keresendők.

Az Egészségügyi Világszervezet új definíciójának értelmében (WHO, 1997) a fogyatékosság már nem „a normális szociális szerep betöltésére való egyéni képtelenséget" jelenti, hanem „egyértelművé válik a társadalom felelőssége és az, hogy gyakran nem is az állapot, hanem a társadalom, a közeg tesz fogyatékossá" (Könczei, 1999, 129), amennyiben a fogyatékossággal élőknek nemritkán súlyos stigmatizációs ártalmakkal, negatív diszkriminációval kell számolniuk, s különösen gyakran válnak különféle kontraszelekciós mechanizmusok áldozataivá. Többdimenziós, komplex meghatározással állunk szemben, melyben az egyes elemek között kölcsönös kapcsolat áll fenn. Az eltérések hátterében továbbra is az egészségi állapot megváltozására visszavezethető károsodás áll, ami negatívan befolyásolja az érintett személy aktivitásait, tevékenységét, ez pedig korlátozza őt a társadalom életében való részvételben, a participációban. Ugyanakkor – egyfelől – e komponensek kapcsolata már nem csak egy irányba mutat, hiszen a felsőbb dimenziókban bekövetkező eltérések is visszahatnak, akár negatív, akár pozitív formában, az alsóbb szintekre. Az összefüggés pedig – másfelől – a folyamatra hatást gyakorló úgynevezett kapcsolódó tényezőkkel válik teljessé, melyek közül csak az egyik típusba sorolhatók utalnak az egyén individuális jellemzőire visszavezethető változásokra, míg a másik cso-

portba tartozók esetében a nemkívánatos fejlemények bekövetkezte a környezeti-társadalmi hatások számlájára írható, ezek ugyanis azok a tényezők, melyek jelentősen befolyásolják, adott esetben erősítik vagy gyöngítik az egyes szintek közötti kölcsönhatásokat (*3/2. ábra*).



3/2. ábra. A fogyatékosság értelmezése 1997-től

Az új WHO-definíció dimenziói a fogyatékosságnak a korábbiaknál jóval differenciáltabb és komplexebb szemléletét tükrözik. Lehetséges és szükséges azonban a fogyatékosság jelenségét még egy további szinten is vizsgálnunk. Vajon azok a biológiai, szomatopszichés vagy interszubjektív, szociális szintű változások, melyek a fogyatékossággal élő embert jellemzik, megváltoztatják-e – s ha igen, mennyiben – a legáltalánosabb humán jellemzőket, befolyásolják-e azokat a legáltalánosabb emberi attribútumokat, melyek az embert emberré teszik? Azaz, találunk-e antropológiai szinten is különbséget a fogyatékos és a nem fogyatékos emberi létezés között? Mi lehet a fogyatékosság antropológiai dimenziója?

Antropológiai modellek

Az ember mibenlétére irányuló kérdés mindig is a filozófiai gondolkodás alapkérdései közé tartozott, de önálló bölcseleti diszciplínaként az antropológiát csak Kant (1868, 25) óta számíthatjuk, aki Logikájának bevezetésében az alábbi négy kérdésben összegzi a filozófia alapproblémáit, s ezzel egyben meghúzza a metafizika, az etika, a vallás és az antropológia határmezsgyéit is: Mit tudhatok? Mit kell tennem? Mit szabad remélnem? Mi az ember? Voltaképpen azonban az első három kérdés is a negyedikre vonatkozik, s így az antropológia válik a filozófia alaptudományává (Nyíri, 1972; 1981).

A máig legmeghatározóbb, legnagyobb hatású filozófiai antropológiai rendszerek a 20. század 50-es, 60-as éveiben keletkeztek, s igyekeztek egységgé rendezett képet kialakítani az egyes szaktudományok által „szétszabdalt" emberről, azaz végső soron feloldani az ellentmondást, hogy miközben az emberi problémák mindig komplex formában jelentkeznek, tudományos szintű vizsgálatuk különféle szempontok elkülönítésével, az adott szaktudomány alapkategóriáinak abszolutizálásával folyik. Az egyes antropológiai modellek ezen az általános horizonton próbálják megválaszolni az emberi létezés nagy kérdéseit, feltárni ember és környezet, ember és világ, ember és történelem, ember és nyelv, ember és szabadság, ember és transzcendencia kapcsolatát (Gadamer, Vogler, 1972–1975), s természetesen jelentős különbségeket találunk köztük annak függvényében, hogy az ember jellegzetes sajátosságai közül éppen mit választanak kiindulópontként.

Max Scheler alapgondolata, hogy ember és állat között nem csupán fokozati különbségeket találunk. Habár az ember testi, morfológiai sajátosságai kevésbé tökéletesek, mint az az egyes állatfajokra jellemző, a „személy" és a „szellem" kategóriái ellensúlyozzák ezt a hátrányt. Az ember mint „ 'szellemi' lény ... már nem ösztön(törekvés)- és környezetfüggő, hanem »környezetétől« szabad és 'világra nyitott' " (Scheler, 1995, 46). Határtalan mértékben képes a világra nyitottan viselkedni, távolságot tud teremteni önmaga és külvilága között, reflektálni képes önmagára, s ezáltal kiszabadul organikus és pszichés adottságainak kötöttségéből. Nyitottsága az általa szabadon változtatható világra lehetővé teszi számára, hogy ne csupán egy örökletesen determinált, fajára jellemző és felcserélhetetlen külvilágban legyen életképes, de belakja azok végtelen variációját, otthon legyen a legkülönbözőbb adottságokkal rendelkező környezetekben, azaz a világ egészében.

Adolf Portmann (1956) hasonlata szerint az ember biológiai szempontból túlságosan korán, időnek előtte, „fiziológiai koraszülöttként" jön a világra. Ezért aztán fejlődésének első – Portmann által konzekvensen extrauterinnek nevezett – évében lezárulatlan, még specializálatlan funkciói igen sok irányban nyitottak, érzékelésének és észlelésének megnövekedett lehetőségei a szabadság határtalanságát biztosítják számára. Ez a szabadsága, majd az ebből kialakuló, az önmagából való kilépést lehetővé tevő képessége, a szellem és a kultúra kárpótolják őt evolúciós hátrányaiért. Az állat ösztönökhöz kötöttségének helyére az embernél a tapasztalat, a tanulás és a hagyomány lép. Az ember szervezete sokáig alakítható marad, az emberi viselkedés alapvető vonásai csak az első életévekben alakulnak ki, s ebben a folyamatban döntő szerepet játszanak már a szociális feltételek, a nyelv, illetve a cselekvés is. Mindezek kifejlődésére csak a méhen kívül nyílhat mód, hiszen a folyamat feltételezi a valósággal való állandó érintkezést, s teljességgel lehetetlen lenne akkor, ha – mint az állati fajok esetében – a méhen belüli fejlődés eredményeképpen kész, adott környezetéhez szinte azonnal alkalmazkodni tudó egyedek jönnének a világra.

Helmuth Plessner (1976) „excentrikus pozíciónak" nevezi az emberi lét alaphelyzetét. Ez a lény el tud távolodni önmagától, miáltal öntudatra tesz szert, önma-

gára folytonosan reflektálni képes, s e képessége folytonosan kijelöli, ugyanakkor – ennek minden előnyével és hátrányával – azon nyomban relativizálja is helyzetét a világban. „Az excentricitás megoldhatatlan ellentmondást jelent annak, aki ebbe a helyzetbe van állítva. Bár az excentricitás beilleszti a külső világba és környezetébe, s ennek révén bensőleg ragadja meg saját valóságát, ám nagyon drágán kell megfizetnie ezt az érintkezést a léttel. Az excentrikus helyzet azt jelenti, hogy az ember ott áll, ahol áll, és egyúttal nem áll ott, ahol áll" (Plessner, 1975, id. Nyíri, 1981, 9–10). Megjelenik az én mint „pozicionális centrum", s e vonatkoztatási pontból az ember egyszerre állhat önmaga és élményei, test és lélek terrénumain. A közvetlenül megélt konkrét téren és időn kívülivé válhat, miáltal a saját létezés tárgyiasul.

A talán legteljesebb filozófiai antropológiai rendszer megalkotása Arnold Gehlen (1976) nevéhez fűződik, aki szerint az ember számára már puszta létezése is feladat, ezért létszükséglete, hogy viszonyuljon önmagához, s azokhoz az eszközökhöz, melyek segítségével egzisztál. Morfológiai szempontból „hiánylény", vagyis önmagában, természetes képességeivel semmilyen miliőben nem életképes, hiszen – az állati fajoktól eltérően – nem specializálódott egyetlen meghatározott környezethez sem, ezért létkérdés számára, hogy előnyt kovácsoljon morfológiai fogyatékosságaiból. Innen, e kényszerből adódik a világ felé való felfokozott nyitottsága, a valóság aktív feldolgozására utaltsága, a gondolkodás és az akarat különös jelentősége, az önreflektálás képessége.

Az állatok tökéletes kiegyenlítettségével szemben az emberi konstitúciót a diszharmónia jellemzi, melynek feloldásában kiemelkedő szerepet játszik az emberi impulzusok gátlás alá helyezhetőségének jelensége, sőt, az ember cselekvéseinek egyenesen le kell szakadniuk a mindenkori szükségletekről, hogy alávethessék magukat a tapasztalatszerzés tárgyi törvényszerűségeinek. Így az emberi impulzusok képesek felnőni a cselekvéshez, s önmagukban is szükségletekké válhatnak. A fennmaradás érdekében létfontosságú, hogy az ember legspeciálisabb képességeit képes szükségletekké változtatni. A szükségletek és kielégítésük között – gehleni terminussal – hiátus keletkezik tehát, s éppen itt helyezkedik el a cselekvés és a gondolkodás. „Ez a lény nem cselekedhet »ösztönösen«, mert egzisztenciája a tényekbe való behatolástól és a tények feletti uralomtól függ: éppen ezért szükséges, hogy még a behatolás és uralom legkülönbözőbb módjai is szükségletekké lehessenek" (Gehlen, 1976, 484). Felépül a világra nyitott, tudatos impulzusállapot, az ismeretelmélet alapkérdése – Miként jutnak el képzeteink a világhoz? – megfordul: Miként nő belénk a külvilág? Aktívan tapasztalt helyzetekben feltörni érezzük szükségleteinket, ezek hozzánőnek a tevékenységekhez, meghatározott impulzusokká válnak.

A tehermentesülés rendkívül fontos folyamatában az ember egzisztenciális feltételeinek hiányosságait a tulajdon tevékenysége révén létfenntartásának eszközeivé változtatja át, s így bizonyos értelemben felszabadul a biológiai szükségletek és meghatározottságok alól. Fejletlen ösztönrendszere helyett a fő szerepet a tudatos vagy szellemi funkciók veszik át. Hasonló módon játszódik le az ember észlelési, mozgási elemeinek teher-

mentesülése is, így alakulhat ki a nyelv, majd a tehermentesülés legmagasabb foka, a gondolkodás, melyen keresztül az ember felszabadul a jelen nyomásától, tetszőlegesen megjelenített világokat tud elképzelni, feltárul előtte tér és idő, jövő és messzeség.

Fontos vonása továbbá az impulzuséletnek, hogy kommunikáción alapul, az emberi tapasztalat kommunikatív jellegű, azokból a gyakorlati érintezésekből nő ki, melyek tehermentesültek a közvetlen, ösztönös megnyilatkozásoktól, objektivitásban csapódnak le s eredményekben jelennek meg. Önmagunk átélésének előfeltételévé a másik emberrel való azonosulás válik, melyben döntő jelentőségű a másik szerepébe való belehelyezkedés képessége. Végül előttünk áll az ember, akinek „az akarat teszi ...általános lényegi minőségét, kinevelésre szoruló, meghatározatlan lény, aki feladatot jelent önmaga számára, akinek nem élete van, hanem életvitele, ...lényege szerint akaró lény" (uo., 528).

Pedagógia és antropológia

Milyen szerepe van a nevelésnek a sajátosan emberi minőségek kialakulásában? Mi a pedagógiai folyamat jelentősége a „kinevelésre szoruló lény" antropológiai státusának szempontjából? E témakörök alkotják a pedagógiai antropológia kérdésfeltevéseit, mely megpróbálja a neveléstudomány területén alkalmazni az antropológiai kutatások eredményeit, s a nevelés fogalmát, célját, és feladatait is ezek függvényében keresi (Angelusz, 1984; 1996; Bálint, 1980; König, Ramsenthaler, 1980; Wulf, Zirfas, 1994). Olyan problémákra igyekszik választ keresni, mint hogy „szüksége van-e a gyermeknek a nevelésre, mik a nevelés határai és lehetőségei, mi a környezet hatása ebben, továbbá a pedagógiai jellegű kapcsolat vagy nevelési viszony, a pedagógiai szituáció és az emberi tanulás jelentőségének kérdései, az identitás fejlődése, illetve az önértelmezés, normák és értékek, illetve azok érvényessége, valamint a tekintély és szabadság kérdésköre" (Kron, 1997, 20). Képviselői általában elvetik a nevelés kézműves-analógiájú felfogását, kiindulópontjuk szerint az ember nem tetszés szerint formálható anyag, hanem antropológiailag meghatározott lényege szerint, sajátos törvényszerűségeknek megfelelően bontakozik ki, ezért van szükség a pedagógiai alapfogalmaknak az antropológiai felismerések fényében történő átvizsgálására. Mivel az ember rendelkezik egy lényegi, belső, nem változó és nem változtatható maggal, egzisztenciával, ezért a nevelés gondozásként, egzisztenciális találkozásként, a növekedni hagyás művészeteként értelmezhető (Bollnow, 1977).

A jelentősebb 20. századi neveléselméletek antropológiai hátterei egymáshoz képest is nagy eltéréseket mutatnak annak függvényében, hogy az adott nevelési koncepció az értékrelativisztikus vagy az értékcentrikus kategóriába sorolható-e inkább, s hogyan építi magába a nevelés mint tevékenység, az egzisztencia, a perszonalitás vagy akár a transzcendencia kategóriáit (Schaffhauser, 1997).

Az egyetemes emberi tevékenységként felfogott nevelés mögött minden eset-

ben ott bújik az emberről megrajzolt valamilyen kép, s ennek vonásai határozzák meg a pedagógia praxisának konkrét jellegzetességeit (Skiera, 1994).

Az ember antropológiai meghatározottságainak fényében nyer értelmet a neveléstudomány számos alapfogalma, így a kommunikáció, a kooperáció, az interakció, az enkulturáció, a szocializáció és az individualizáció kategóriái is (Németh, 1997).

Heinrich Roth (1966) pedagógiai antropológiájában az ember legspecifikusabb vonásaként jelenik meg a tanulásra és a nevelésre való ráutaltsága és képessége, melyeket az ember biológiai adottságaiból vezet le, ahogyan ezek Portmann-nál vagy Gehlennél megvilágítást nyernek. Az ember korlátlan tanulási lehetőségei voltaképpen morfológiai fogyatékosságainak, alapvető ösztönei és reflexei korlátozottságának, azaz „hiánylény-voltának" kompenzációjaként értelmezhetőek, még egyértelműbb megfogalmazásban: ha nem lennének hiányosságai az ösztönök területén, soha nem tehetett volna szert az őt jellemző tanulási kapacitásra. A csecsemő és a kisgyermek kiszolgáltatott helyzete, hosszú időn át tartó függése a felnőttektől az előfeltétele annak, hogy egyáltalán bejárhassa saját, egyetlen más faj egyedeire sem jellemző, szédületes fejlődési útját. Rákényszerül arra, hogy bonyolult tanulási folyamatokon keresztül alkalmazkodjon környezetéhez, s ehhez szüksége van olyan személyekre, akik tanítják és nevelik őt. A neveléstudomány fenomenológiai-hermeneutikai tradíciójának egyik legmeghatározóbb alakja, Martinus J. Langeveld (1965, 173; 1968) ebből fakadóan egyenesen „animal educabileként", nevelésre utalt állatként határozza meg az embert.

Természetes jelenségnek kell tekintenünk, hogy ma az egyes pedagógiai antropológiai modellek esetében nagy különbségeket találunk az általuk megrajzolt emberképek között. Mivel az adott antropológiai koncepcióhoz választott alapkategóriák sohasem empirikus jellegűek, hanem – szoros összefüggésben állva a szóban forgó szaktudomány uralkodó paradigmája vagy egymás mellett élő modelljei által meghatározott alapfogalmakkal és -definíciókkal – előzetes választások eredményei, ezért nemcsak az egyes humán tudományok között, de ugyanazon szaktudomány keretében is több antropológiai koncepció létezhet egyidejűleg egymás mellett (Michalski, 1988). „Az emberképek korunkbeli pluralizmusa nem relativizmust (valami abszolútumot feltételező vagy sejtető viszonylagosságot) fejez ki, hanem az ember regionalitását, különféle régiókra tagolódását tükrözi" (Pethő, 1986, 103).

A FOGYATÉKOSSÁG ANTROPOLÓGIAI HORIZONTJA

A gyógypedagógiai antropológia különféle koncepciói is a fenti értelemben vett partikularitást tükrözik, hiszen nem függetlenedhetnek attól, hogy éppen melyik szaktudományos modell alapfogalmaira építkeznek, s milyen tudományideált és módszerteszményt választanak a priori kiindulópontként (Illyés, 1982; Pálhegyi, 1989). Saját rendszerük érvényességi körén belül kell koherensnek maradniuk, s a

gyógypedagógiai tevékenység egészére nézve kell annak legitimizációját biztosítaniuk. Egyfajta előzetes, majdhogynem normatív elkötelezettség ez, miszerint a gyógypedagógia nem építheti elméleteit olyan antropológiai elképzelésekre, melyek túlságosan szűken határozzák meg az ember mibenlétét, lényegét, a conditio humanát, s merev küszöbkritériumok alkalmazásával egyeseket kirekesztenek az emberinek mondott létezésből. „Minden antropológiai koncepció kijelentéseinek érvényessége azon mérhető, mennyire képes alapvető reflexiójának hatáskörébe marginális csoportokat is bevonni" – fogalmaz Manfred Thalhammer (1977, 16), végső soron amellett érvelve, hogy az emberről alkotott általános kép nem szűkíthető le oly módon, hogy abba már ne férjenek bele a bármilyen szempontból eltérő jellemzőkkel leírható emberi létezési formák is.

Ha a gyógypedagógiai antropológia feladata abban áll tehát, hogy a legáltalánosabb szinten ragadja meg a nem fogyatékos és a fogyatékos létezés közti különbséget (Zirfas, 1998), akkor ezzel az általános antropológia, a humán tudományok általános emberképei számára közvetít fontos felismeréseket, hiszen a mindannyiunkban közös emberi lét határterületéről közöl valamit, segítve ezáltal felismerni „az emberi létezés biológiai korlátaiban, biológiai esendőségében rejlő örök kihívások" (Illyés, 1998, 32.) lényegét. A fogyatékosságot, az ember bio-pszicho-szociális jellemzőinek eltéréseit nem rendkívüliként, hanem a conditio humana természetes lehetőségeként, sajátos velejárójaként, legfeljebb határhelyzeteként láttatja, mint ahogyan a gyógypedagógiai tevékenységet is általános érvényű, csak éppen megnehezített feltételek között zajló nevelésnek fogja fel. A fogyatékosság nem változtatja meg az egyén antropológiai státusát, sőt, bizonyos értelemben kihangsúlyozza, kiemeli azt. A klasszikus filozófiai antropológiák az ember morfológiai hiányosságaiból, biológiai adottságainak „fogyatékosságaiból", specializálatlanságából indultak ki. Gehlen (1976, 217.) egyenesen hangsúlyozza, hogy a sajátos emberi konstelláció oka nem az intelligenciában keresendő, hanem az már „anatómiailag, szenzomotorosan, s ...érzékfiziológiailag jelen van". Ami az embert emberré teszi, azaz másokra utaltsága, kultúrára és kommunikációra szorultsága, nevelést igénylő volta, eszerint a szokványosabbnál is intenzívebben jelentkezik a fogyatékossággal élő gyermekek, fiatalok és felnőttek esetében.

A nehézséget az jelenti, hogy a súlyos és legsúlyosabb fokú fogyatékosságok konkrét eseteiben éppen azok a kritériumok nem látszanak teljesülni, melyeket az emberi létezés attribútumaiként határoznak meg egyes antropológiai modellek (Dreher, 1991). Számos vonatkozó koncepció küszöbfogalomként értelmezi az emberi személy fogalmát, vagyis nem rendeli hozzá a személy-státust eleve minden, genetikailag az emberi fajhoz tartozó egyedhez, hanem azt meghatározott egyéni minőségek meglétéhez, bizonyos empirikus feltételek teljesítéséhez köti, s így emberképéből eleve kitöröl bizonyos határhelyzeteket. Ha megvizsgáljuk például Fletcher (1972, id. Anstötz, 1990, 78–83) idevágó kritériumrendszerét, akkor azt láthatjuk, hogy egy súlyos fokban fogyatékos ember eszerint nem elégíti ki az emberi minőség feltételeit (*3/1. táblázat*).

3/1. táblázat. Az emberi minőség kritériumai Fletcher (1972) „antropológiai profilja" alapján (id. Anstötz 1990, 78–82)

A) Pozitív kritériumok:	B) Negatív kritériumok:
1. Minimális intelligencia	1. Az emberi individuum létrejötte nem zárja ki a mesterséges körülményeket
2. Öntudat	2. Az ember lényege nem a reprodukcióban áll
3. Önkontroll	3. Az emberi minőség nem a szexualitás függvénye
4. Időérzékelés, időtudat	4. Az ember nem abszolút, örök, a priori jogok összessége
5. Jövőre irányultság	5. Az ember nem feltétlenül a természetfeletti valóságban hívő lény
6. A múlt tudata	
7. Kapcsolatteremtési képesség	
8. Másokért érzett felelősség	
9. Kommunikációs képességek	
10. Egzisztenciális tudás	
11. Tudásvágy	
12. Változás, változtathatóság	
13. A racionalitás és az emóciók egyensúlya	
14. Egyszeriség, identitás	
15. Neokortikális funkciók	

Az utóbbi évek etikai diszkussziója a gyógypedagógiában különösen élesen kirajzolta az antropológiai kérdésfeltevés problematikáját (Zászkaliczky, 1993; Antor-Bleidick, 2000). A genetikailag károsodott magzatok szelektív abortusza vagy a súlyos fejlődési rendellenességekkel világra jött újszülöttek teratanáziája körül kialakult morálfilozófiai és publicisztikai viták végső soron arról szólnak, el lehet-e egyáltalán, s ha igen, milyen esetekben lehet elvitatni valakitől az emberi személy státusát, s ezáltal adott esetben meg lehet-e fosztani őt akár az élethez való jogától is. Az a kérdés, hogy a személy fogalmát empirikus küszöbfogalomként, vagy általános érvényű előfeltételezésként kell-e kezelnünk. A gyógypedagógiai antropológia különféle válaszkeresési kísérletei (Haeberlin, 1990; Jakobs, 1997; Siegenthaler, 1993; Thalhammer, 1986; 1989; 1995; Pfeffer, 1988; Zászkaliczky, 1996) egészen különböző premisszákból kiindulva, egészen különböző érvelések eredményeképpen és egészen különböző feltevésekhez eljutva is közösek abban a tekintetben, hogy bármilyen fokban és formában megváltozott szomatopszichés adottságok esetén is emberi minőséget és személy-státust rendelnek a fogyatékos ember létéhez, hiszen azt az általános emberi lét lehetséges – s azt gazdagító – variánsának ismerik el. Urs Haeberlin (1996) egyenesen odáig megy, hogy a gyógypedagógiának mint tudománynak is egyfajta normatív jelleget és értékközvetítő funkciót kölcsönöz, megkövetelve tőle, hogy tudományideáljának és módszereszményének szintjén is foglaljon állást azok mellett, akiknek megismerésére, nevelésére és kísérésére vállalkozott. Későbbi elemzések hivatottak kimutatni, tartható-e ez az álláspont. Annyi azonban bizonyosnak látszik, hogy a gyógypedagógia antropológiai megalapozására, valamilyen lehetséges és vállalható antropológiai háttérkoncepcióra való építésére minden korábbinál nagyobb szükség van.

Irodalom

ANGELUSZ E. (1984) *Filozófia — antropológia — nevelés.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

ANGELUSZ E. (1996) *Antropológia és nevelés.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

ANSTÖTZ, CH. (1990): *Ethik und Behinderung. Ein Beitrag zur Ethik der Sonderpädagogik aus empirisch-rationaler Perspektive.* Marhold, Berlin.

ANTOR, G., BLEIDICK, U. (2000) *Behindertenpädagogik als angewandte Ethik.* Kohlhammer, Stuttgart.

BACH, H. (1985) *Grundbegriffe der Behindertenpädagogik.* In: Bleidick, U. (Hrsg.): *Handbuch der Sonderpädagogik I. Theorie der Behindertenpädagogik.* Marhold, Berlin, 3–24.

BÁLINT M. (1980) *Pedagógiai antropológia és egzisztencialista pedagógia. Gondolatkörök a mai polgári pedagógiában.* Akadémiai, Budapest.

BÁNFALVY CS. (1995) *Gyógypedagógiai szociológia.* BGGYTF, Budapest.

BLEIDICK, U. (1984) *Pädagogik der Behinderten. Grundzüge einer Theorie der Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher.* 5. Aufl. Marhold, Berlin.

BOLLNOW, O. F. (1977) *Existenzphilosophie und Pädagogik.* In: Becker, H. H. (Hrsg.): *Anthropologie und Pädagogik.* Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 81–88.

BUDAY J. (1997) *Fogyatékosság.* In: Báthory Z., Falus I. (szerk.): *Pedagógiai lexikon I.* Keraban, Budapest, 522.

DREHER, W. (1991) *Anthropologische Fragen angesichts schwerster Behinderung.* In: Fröhlich, A. (Hrsg.) *Handbuch der Sonderpädagogik XII. Pädagogik bei schwerster Behinderung.* Marhold, Berlin, 60–69.

DUPUIS, G. (1992) *Behinderung.* In: Dupuis, G., Kerkhoff, W. (Hrsg.) *Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete.* Marhold, Berlin, 71.

FLETCHER, J. F. (1972) *Indicators of Humanhood. A Tentative Profil of Man.* In: *Hastings Center Report,* 2, 1–4.

GADAMER, H.–G., VOGLER, P. (Hrsg.) (1972–1975) *Neue Anthropologie I–VII.* Thieme, Stuttgart.

GEHLEN, A. (1976) *Az ember természete és helye a világban.* Gondolat, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1993) *Bevezetés a gyógypedagógiába.* BGGYTF, Budapest.

HAEBERLIN, U. (1990) *Das Menschenbild für die Heilpädagogik.* Haupt, Bern–Stuttgart–Wien.

HAEBERLIN, U. (1996) *Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft. Ein propädeutisches Einführung in Grundfragen einer Pädagogik für Benachteiligte und Ausgegrenzte.* Haupt, Bern–Stuttgart–Wien.

ILLYÉS S. (1982) *Biológiai sérülés és emberkép.* In: *Gyógypedagógiai Szemle,* 4, 273–279.

ILLYÉS S. (1998) *A gyógypedagógiai tradíció.* In: Central European Time, 5, 29–32.

ILLYÉS S. (1999) *Együtt vagy külön? Kihívás a fogyatékos gyermekek intézményes nevelésében, kihívás a közoktatásban.* In: Hoffman R. (szerk.) *Évkönyv a magyar köznevelésről 1998.* OM—OKT, Budapest, 29–35.

JAKOBS, H. (1997) *Heilpädagogik zwischen Anthropologie und Ethik. Eine Grundlagenreflexion aus kritischer-theoretischer Sicht.* Haupt, Bern–Stuttgart–Wien.

JANTZEN, W. (1987–1990) *Allgemeine Behindertenpädagogik I–II.* Beltz, Weinheim–Basel.

KANT, I. (1868) *Logik.* In: *Sämtliche Werke VIII.* (Hrsg.: Hartenstein, G.) Voss, Leipzig.

KOBI, E. E. (1993) *Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken.* 5. Aufl. Haupt, Bern–Stuttgart–Wien.

KÖNCZEI GY. (1999) *A hátrányos helyzetű csoportok védelme az Európai Unióban. Idősek – fogyatékossággal élő személyek.* In: Gyulavári T. (szerk.) *Az Európai Unió szociális dimenziója.* OFA, Budapest, 125–146.

KÖNIG, E., RAMSENTHALER, H. (Hrsg.) (1980) *Diskussion Pädagogische Anthropologie.* Fink, München.

KRON, F. W. (1997) *Pedagógia.* Osiris, Budapest.

LANGEVELD, M. J. (1965) *Einführung in die theoretische Pädagogik.* 5. Aufl. Klett, Stuttgart.

LANGEVELD, M. J. (1968) *Studien zur Anthropologie des Kindes.* 3. Aufl. Niemeyer, Tübingen.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1996) *Értelmi fogyatékosok pszichológiája I. Régi nézetek új megközelítésben.* BGGYTF, Budapest.

LINDMEIER, CH. (1993) *Behinderung – Phänomen oder Faktum?* Klinkhardt, Bad Heilbrunn.

MESTERHÁZI ZS. (1997) *Gyógypedagógia.* In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon I.* Keraban, Budapest, 611–612.

MESTERHÁZI ZS. (1998) *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése.* BGGYTF, Budapest.

MICHALSKI, K. (szerk.) (1988) *A modern tudományok emberképe.* Gondolat, Budapest.

NÉMETH A. (1997) *Nevelés, gyermek, iskola.* Eötvös, Budapest.

NYÍRI T. (1972) *Antropológiai vázlatok.* Szent István Társulat, Budapest.

NYÍRI T. (1981) *Az ember a világban.* Szent István Társulat, Budapest.

PÁLHEGYI F. (1989) *Az emberképek gyógypedagógiai konklúziói.* In: *Gyógypedagógiai Szemle,* 3, 183–190.

PETHŐ B. (1986) *Emberkép és pszichiátria.* In: Uő.: *Pszichiátria és társadalmi ügy.* Magvető, Budapest, 93–154.

PFEFFER, W. (1988) *Förderung schwer geistig Behinderter. Eine Grundlegung.* Bentheim, Würzburg.

PLESSNER, H. (1975) *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie.* 3. Aufl. de Gruyter, Berlin.

PLESSNER, H. (1976) *Die Frage nach der Conditio humana. Aufsätze zur philosophischen Anthropologie.* Suhrkamp, Frankfurt/M.

PORTMANN, A. (1956) *Zoologie und das neue Bild des Menschen.* Rowohlt, Hamburg.

ROTH, H. (1966) *Pädagogische Anthropologie.* Hannover.

SCHAFFHAUSER F. (1997) *A XX. századi neveléselméleti modellek jellegzetességei.* In: Bábosik I. (szerk.) *A modern nevelés elmélete.* Telosz, Budapest, 43–62.

SCHELER, M. (1995) *Az ember helye a kozmoszban.* Osiris, Budapest.

SIEGENTHALER, H. (1993) *Menschenbilde und Heilpädagogik. Beiträge zur Heilpädagogischen Anthropologie.* Edition SZH, Zürich.

SKIERA, E. (1994) *Egy antropológiai pedagógia alapvonásai.* ELTE TFK, Budapest.

SPECK, O. (1996) *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung.* 3. Aufl. Reinhardt, München–Basel.

THALHAMMER, M. (1977) *Geistige Behinderung.* In: Speck, O., Thalhamer, M. (Hrsg.) *Die Rehabilitation der Geistigbehinderten. Ein Beitrag zur sozialen Integration.* Reinhardt, München–Basel, 9–72.

THALHAMMER, M. (1986) *Warten und Erwarten, Träumen und Trauern. Anthropologische Fragmente zur Schwerstbehindertenpädagogik.* In: Uő. (Hrsg.) *Gefährdungen des behinderten Menschen im Zugriff von Wissenschaft und Praxis.* Reinhardt, München–Basel, 122–149.

THALHAMMER, M. (1989) *„Wir (er-)leben den täglichen Tod, wir spielen mit dem Sterben". Versuch einer Darstellung des Nicht-Verstehens.* In: Bittner, G., Thalhammer, M. (Hrsg.) *„Das Ich ist vor allem ein körperliches…". Zum Selbstwerden des körperbehinderten Kindes.* Bentheim, Würzburg, 239–249.

THALHAMMER, M. (1995) *„Mi legszörnyűbb, a halál; de a halálnál is van szörnyűbb halál" (H. Kudszus): Súlyosan akadályozott gyermekek az intenzív osztályon – éjszakai ügyeletek tapasztalatainak interanalizációs kisérletei.* In: Zászkaliczky P. (szerk.): *„…önmagában véve senki sem…". Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből Lányiné dr. Engelmayer Ágnes 65. születésnapjára.* BGGYTF, Budapest, 106–120.

WHO (1980) *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH.* World Health Organization, Geneva.

WHO (1997) *International Classification of Impairments, Activities and Participation – ICIDH–2.* World Health Organization, Geneva.

WÖHLER, K. (1980) *Behinderung, sonderpädagogisches Handeln und Erziehungsziel: Paradigmen der Behinderung in Aktion.* In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 12, 803–815.

WULF, CH., ZIRFAS, J. (Hrsg.) (1994.) *Theorien und Konzepte der pädagogischen Anthropologie.* Auer, Donauwörth.

ZÁSZKALICZKY P. (1993) *Utilitarista érvelésmódok modern bioetikai problémák megoldási kísérleteinél.* In: *Magyar Filozófiai Szemle*, 5–6, 937–961.

ZÁSZKALICZKY P. (1996) *A súlyos akadályozottsággal élő emberek humán szükségleteinek antropológiai jelentőségéhez.* In: Lányiné Engelmayer Á. (szerk.) *A súlyos és halmozott fogyatékossággal élő gyermekek fejlesztése, a képzési kötelezettség teljesítése.* OKI, Budapest, 15–39.

ZIRFAS, J. (1998) *Die Normativität des Humanen. Zur Theorie der Behinderung aus der Sicht von pädagogischer Anthropologie und Ethik.* In: Eberwein, H., Sasse, A. (Hrsg.): *Behindert sein oder behindert werden? Interdisziplinäre Analysen zum Behinderungsbegriff.* Luchterhand, Neuwied–Berlin, 96–119.

4.

TUDOMÁNY ÉS GYAKORLAT A GYÓGYPEDAGÓGIÁBAN

BEVEZETÉS

A tudományfilozófia és tudományszociológia sokrétűen igazolta, hogy a tudományos gondolkodás fejlődése szorosan összefonódik tudományon kívüli tényezőkkel: társadalmi hatásokkal, emberi viszonyokkal, rejtett és nyílt érdekekkel, politikai nézetekkel stb. A tudományos igazság ezért nemcsak tisztán „tudományos", hanem egyben „társadalmi" természetű is, sőt a legtágabb értelemben véve emberi jelenség, amelyben az emberi élet egésze tükröződik (Kuhn, 1967; Illyés 1990).

A gyógypedagógia tudományában az analitikus tudomány felé nyitott, „racionális" és az életre, az antropológiai dimenziókra érzékeny, „megértő" gondolkozásmód többnyire erősen összefonódik. A racionális gondolkozás az „igazság" kritériumait keresi, a megértő gondolkozás számára az „érték" és a „jelentés" megragadása a fontos. Fogyatékosságról, fogyatékos emberről gondolkozni megértő emberi közeledés nélkül aligha lehet, de a tapasztalatok tudománnyá formálásához már nélkülözhetetlen a racionális gondolkozás (Speck, 1987).

A gyógypedagógia tudománya a tapasztalatok gazdagodásával egyre több racionális tudást sűrít magába. Más oldalról viszont a megértés horizontjának tágulásával ez a tudás egyre több humanitást, emberséget, egyre több értéket is kifejez. Magyarázó és mozgósító elmélet a gyakorlat számára csak e két gondolkozásmód egyidejű örvözetéből születhet. Emberi jelentés nélkül racionális igazságokból életképtelen elmélet alkotható, viszont a megértő gondolkozásmód „belátásait", „felismeréseit" a racionális gondolkozás tudja cselekvőképes tudássá formálni (Zászkaliczky, 1995).

A gyógypedagógia tudományában a „megértés" az emberi létezés újabb és újabb dimenzióit kínálja fel és tematizálja a racionális elemzés számára, és gyakran azokra a dimenziókra is érzékenyen reagál, amelyek aktuálisan nincsenek a társadalomtudományok figyelmének középpontjában (Kopelman, Moskop, 1984; Haeberlin, 1985). A fogyatékosokra vonatkozó racionális és emberi nézőpontok az idők során gazdagodtak, de ugyanakkor a kor változásaival át is alakultak. Ezért az újabb elméletek nemcsak másról, többről szólnak, mint a korábbiak, hanem a már korábban tudottat is másképp láttatják, mint az előző elméletek (Bach, 1981, 1985, 1987;

Windmer, 1986; Kanter, 1987; Speck, 1987). Mindez a tudomány metaelméleteiben – pl. a gyógypedagógia tudomány rendszeréről alkotott felfogások változásában – is tükröződik (Gordosné, 1977, 1982, 1990). De ugyanilyen nagy ívű a változás a „megértő" gondolkozásmód korábbi „emberbaráti" megnyilvánulásai és a fogyatékosságügyi törvények „jogi" előírásai között (Zászkaliczky, 1992; az 1998. évi 26. törvény).

A TERMÉSZETTUDOMÁNYOS MEGKÖZELÍTÉS

Alább a „racionális" és a „megértő" megközelítések közül a vizsgálódás leszűkül a „racionális" megközelítésre (Husén, 1995; Zrinszky, 1995; Zsolnai, 1996).

Ez a megközelítés a gyógypedagógia hagyományos, természettudományos felfogásához áll közel. Azonban, mivel a tematizálandó tudományos feladat a fogyatékos embernek, a fogyatékos ember életbe ágyazottságának, és a velük foglalkozó gyógypedagógiai tevékenységnek a vizsgálata, a természettudományos szemlélet sem nélkülözheti a megértő nézőpontok alkalmazását, bár ezek a tudományról alkotott elképzelésekben gyakran rejtve maradnak.

A természettudományos megközelítés a vizsgált jelenséget elemekre bontja, és az elemek közötti összefüggéseket próbálja leírni. Ehhez a vizsgálódás tárgyából kiküszöbölni vagy semlegesíteni törekszik az emberi, szociális elemet, vagy pedig ezeket az elemeket a vizsgált jelenségben a többi elemhez hasonlóan kívánja kezelni, vagyis hatásukat operacionalizált, mérhető formában kívánja figyelembe venni.

A gyermek iskolai teljesítményeinek, viselkedésének vizsgálatakor a természettudományos megközelítés meghatározza *a teljesítmény a viselkedés megállapítható, mérhető változatait és létrehozza azt a mérőeszközt, amellyel a teljesítményben, viselkedésben bekövetkező változások megállapíthatók, megmérhetők* (Illyés, 1978). Mérőeszközök például a megnyilvánulásokat rendszerező tünet skálák, a pszichológiai teljesítménytesztek, de ilyen mérőeszköz az iskolai tudás szintjének megállapítására összeállított feladatsor is. A jelen gondolatmenetben eltekinthetünk attól a lényeges különbségtől, amely egy standardizált teljesítményteszt feladatai és egy pedagógus által összeállított tudásszintmérő feladatsor között áll fenn. Mindkét eszköz azt a célt szolgálja, hogy segítségével a pedagógus megállapíthassa a tanulók teljesítményeiben megmutatkozó különbségeket, vagy ugyanazon tanuló teljesítményeiben bekövetkező változást (Sax, 1980; Vidákovich, 1990; Broadbent, 1992; Fábián, 1993; Nagy, 1993; Falus, 1996; Vári, 1997).

A viselkedés, teljesítmény általában nem önmagában képezi a tudományos vizsgálódás tárgyát, hanem valamilyen hatással összefüggésben, amely kapcsolatba – többnyire oki kapcsolatba – hozható a viselkedéssel, teljesítménnyel. *A viselkedést és a teljesítményt közvetlenül idegrendszeri, pszichológiai folyamatok váltják ki, ezeket pedig a*

gyermek testi, lelki érését belülről szabályozó genetikai és kívülről életre hívó környezeti hatások hozzák létre.

A gyógypedagógia tapasztalati tudománya a viselkedést, és a teljesítményt a pszichológiai elemekkel, az idegrendszeri elemekkel, az érést és a fejlődést kibontakoztató genetikai elemekkel és az idegrendszeri és pszichológiai elemeket formáló környezeti hatásokkal összefüggésben elemzi.

Hatáselemzés a gyógypedagógiai gyakorlatban

A gyógypedagógiai tevékenység bármely formájáról legyen is szó, a tevékenység valamilyen közvetlen, vagy közvetett módon hatást kíván gyakorolni a gyermekre annak érdekében, hogy a gyermek testi állapota, idegrendszeri működései, pszichológiai funkciói módosuljanak, tapasztalata, tudása gyarapodjon és ennek nyomán a gyermek teljesítményei, viselkedése is valamilyen kedvező irányban változzon. A változás irányára vonatkozó „kedvező" megjelölés:

– jelentheti a gyógyulást biológiai értelemben;
– jelentheti a károsodott biológiai állapotra felépülő új képességek kialakulását, a kompenzációt;
– legáltalánosabb értelemben jelentheti a pszichológiai funkciók tartalommal való megtöltését és eközben történő fejlesztését, vagyis jelentheti a nevelést;
– jelentheti a gyógypedagógiai tevékenységet, amelynél a szokásos genetikai, idegrendszeri, vagy pszichológiai feltételek károsodása miatt a nevelés, a gyógyítás, a kompenzáció célkitűzéseinek eléréséhez a szokásostól eltérő, több célt is szolgáló hatásokat kell alkalmazni.

A gyógypedagógiai gyakorlat eljárásai, módszerei olyan hatás együttesek, amelyek a gyermek testi állapotát, idegrendszeri folyamatait, pszichológiai funkcióit, tudását, személyiségét, viselkedését, teljesítményeit kívánják kedvezően befolyásolni (Illyés, 1996a, 1996b). A gyakorlatot és a tudományt maga az eljárás kapcsolja össze. A gyakorlat az eljárás alkalmazása, a tudomány pedig az eljárás magyarázata és hatékonyságának igazolása.

A hatásigazolás és a hatásmagyatázat a természettudományos megközelítést alkalmazó tudományok alapvető törekvése (Gibbon, Taylor, 1987; Hammers, 1993; Specht, 1993; Körmendy, 1995; Kézdi, 1999). A fizikai és a kémiai jelenségek vizsgálatakor a vizsgálandó jelenségekben ugyanúgy önálló elemeket különítenek el, mint a nevelési, terápiás helyzetekben. Itt is és ott is az elemek kapcsolatát, egymásra gyakorolt hatását elemzik, illetve valamelyik elem módosítása útján az elemek kapcsolatát igyekeznek befolyásolni.

A gyógyszerek hatásainak vizsgálatakor például az alapkérdés ugyanúgy fogalmazódik meg, ahogy azt korábban a nevelési helyzetre vonatkoztatva megfogalmaztuk: létre hozza-e a gyógyszer (a nevelési helyzetben a nevelő hatás) a megkívánt kedvező változást, és mi a gyógyszer (a nevelő hatás) hatásmechanizmusa?

Napjainkban az orvostudományban is előtérbe került az a kérdés, hogy valójában hatnak-e, és hogyan hatnak azok az eljárások, amelyeket az orvosi gyakorlat alkalmaz? A „bizonyítékokon alapuló orvoslás" már nem elégszik meg azzal, hogy az eljárás mögött szaktekintélyek állnak, vagy azzal, hogy az eljárást régóta alkalmazzák, hanem azokat a bizonyítékokat keresik, amelyek egyértelműen igazolják, hogy az eljárással valóban elérhető a kitűzött cél (Bihari, 1999, 5.).

„Nem tekinthető tudományos bizonyítéknak egy szóban elhangzott vélelem, még akkor sem, ha az egy igen-igen nagy tekintélyű professzortól származik. Ez az idő lejárt. A tudományos bizonyíték ott kezdődik, amikor egy magas impakt faktorral rendelkező »nemzetközileg elismert magas színvonalú« tudományos folyóiratban publikálják egy olyan vizsgálat eredményét, amelyet eleve úgy terveztek meg, hogy abból tudományos bizonyíték születhessen. Ez a gyógyszerek esetében a kettős vak, randomizált, multicentrikus, placebokontrollált vizsgálat. Természetesen azzal, hogy valami nyomtatásban megjelenik, még nem válik szentírássá. A következő lépés az, amikor több ilyen vizsgálat eredményét összevetik és egy standard tudományos módszerrel kritikusan elemzik, ez az úgynevezett szisztematikus review vagy metanalízis. Más oldalról megközelítve: erősebb bizonyíték, amikor egy gyógyszert nem placebóval, hanem egy már meglévő, bevált gyógyszerrel hasonlítanak össze. Ez az úgynevezett komparatív analízis, összehasonlító elemzés.

Azzal természetesen nincs semmi gond, ha elutasítunk egy olyan módszert, vagy gyógyszert, ami hatástalannak bizonyul. Azzal sincs probléma, amikor egy abszolút hatásos, ráadásul nem túl drága eljárást, vagy készítményt támogatunk. A dilemma akkor kezdődik, amikor a vizsgált gyógyszer, vagy orvosi beavatkozás csekély mértékben hatásos, viszont nagyon drága. Célunk, hogy a rendelkezésünkre álló erőforrásokat a lehető legjobban hasznosítsuk, azaz elfogadható minőségű életéveket vásároljunk, s nem pusztán az élet meghosszabbítását. Végül is – bármennyire eufemisztikusan próbáljuk magunkat kifejezni – itt lényegében a pénz felhasználásáról van szó, arról, hogy a rendelkezésünkre álló pénzből a lehető legtöbb egészségnyereséget biztosítsuk az állampolgároknak" (Horváth, 1999, 258–259.).

Sajnos a gyógypedagógia tudomány területén nincs magas impakt faktorral rendelkező nemzetközi folyóirat, igen ritka a kettős vak, randomizált, multicentrikus, placebókontrolált vizsgálat és fehér holló a szisztematikus review vagy metanalízis is. A gyógypedagógia tudományában ezek a fejlett bizonyító eljárások elsősorban azért nem honosodtak meg, mivel a vizsgált jelenség elemei antropológiai egységek, amelyek között a kapcsolat, a „hatás", egymással összefonódott – természettudomá-

nyos megközelítéssel leírható és ilyen eszközökkel nem leírható – hatáselemeket tartalmaz és a holisztikus hatásmechanizmusban a természettudományos megközelítés „objektív" és a „megértő" megközelítés „szubjektív" komponensei nehezen elkülöníthetőek.

A nevelő, a gyógypedagógus, a terapeuta mindig teljes emberi kapcsolatban van a gyermekkel, és soha nem tudja a hatás következményeit a megcélzott idegrendszeri folyamatokra, pszichológiai állapotokra, képességekre, a viselkedésre, vagy a teljesítményekre redukálni. Az antropológiai mediáció minden alkalmazott társadalomtudomány területén nehezíti a hatás objektív elemeinek felismerését és a hatás személyfüggetlen mechanizmusának meghatározását.

E nehézség miatt a neveléstudomány, a gyógypedagógia területén igen erős az eljárások személyfüggősége. A személyfüggőség egyrészt abban nyilvánul meg, hogy ugyanazzal az eljárással az egyik gyógypedagógus változást ér el, a másik gyógypedagógus nem, másrészt pedig abban, hogy ugyanaz az eljárás az egyik gyermeknél hatásos, a másiknál nem.

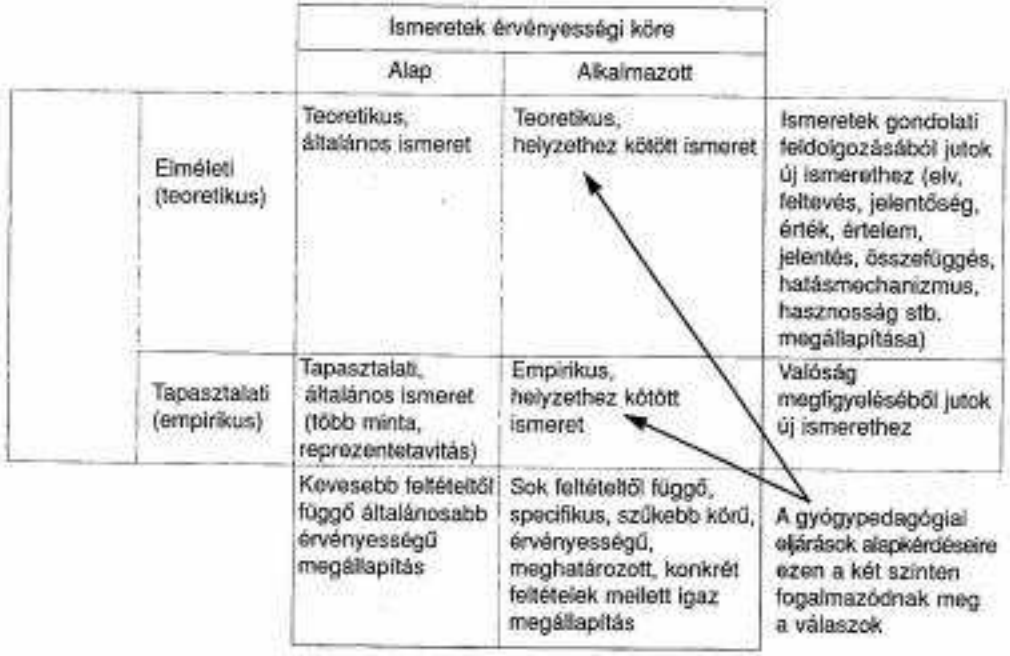
A hatáselemzés az alkalmazott társadalomtudományok embert formáló gyakorlatában végső soron azért nehéz, mivel a hatásban az objektív és a szubjektív elem összefonódik, és a módosítandó objektív folyamatok a gyermek szubjektumába vannak beágyazódva (Illyés, 2000).

E nehézségek ellenére a természettudományos megközelítést és gondolkozásmódot alkalmazó gyógypedagógia tudomány a gyakorlatban alkalmazott eljárások objektív, személyfüggetlen elemeinek és ezen elemek hatásmechanizmusának megismerésére törekszik. A gyakorlati tapasztalatok csak akkor válhatnak tudományos tényekké, ha beigazolódik, hogy az eljárás és nem az azt alkalmazó személyiség tudatos, vagy önkéntelen megnyilvánulásai hozzák létre a változást, és magyarázatot kap az is, hogy a hatás milyen idegrendszeri, pszichológiai folyamatok módosításán keresztül javítja a viselkedést, a teljesítményt (Illyés, 2000).

A GYÓGYPEDAGÓGIAI ELJÁRÁSOK ALAPKÉRDÉSEI

A gyógypedagógiai eljárásokat eltérő elnevezésekkel jelölik. A gyógypedagógiai eljárás lehet terápiás, fejlesztő, habilitációs, rehabilitációs, korrekciós, kompenzáló, felzárkóztató stb. módszer. Az elnevezések általában esetlegesek és nem jelölnek jellegzetes tartalmi specifikumokat. Mindegyik eljárás hatásokat alkalmaz, valamilyen állapot megváltoztatására. A terápiás és a fejlesztő eljárásokban nagyobb szerepet kap az idegrendszeri és pszichológiai funkciók fejlesztése, míg a pedagógiai típusú eljárásokban általában a funkciók fejlesztése mellett a tapasztalatok, az ismeretek, a tudás kialakítása kerül előtérbe.

A gyógypedagógiai eljárások tudományos értéke attól függ, hogy az eljárások alapkérdéseire adott válaszok milyen bizonyítékokon alapulnak (Illyés, 1998).



4/1. ábra. A gyógypedagógiai eljárások alapkérdéseikre adott válaszok eredete

A gyógypedagógiai eljárás tudományos megalapozásához a gyógypedagógiai tevékenység egyes alkotóelemeire vonatkozó kérdésekre kell választ adni:

A gyógypedagógiai tevékenység alkotóelemei	
1. Mi a tevékenység (módszer, eljárás)?	A hatás leírása
2. Mikor kell alkalmazni?	Az állapot leírása
3. Hogyan lehet megállapítani, hogy szükség van-e az alkalmazásra?	Állapotdiagnosztika leírása
4. Hogyan hat az eljárás?	Hatásmechanizmus leírása
5. Mi az eljárás alkalmazásának az eredménye?	Állapotváltozás leírása
6. Hogyan lehet megállapítani az eljárás eredményét?	Állapotváltozás, diagnosztika leírása
7. Az eredmény alapján hogyan kell módosítani az eljárást?	A hatásmódosítás leírása
8. Melyek azok a hatások, amelyek az eljárástól függetlenül befolyásolják az állapotváltozást?	Párhuzamos hatások leírása
9. Az állapotváltozásban mi az eljárás eredménye és mi a párhuzamos hatások eredménye?	Teljes körű hatáselemzés leírása

ÁTVETT ELJÁRÁSOK A GYÓGYPEDAGÓGIAI TEVÉKENYSÉGBEN

Az elmúlt tíz évben a magyar gyógypedagógia nagyszámú terápiás, fejlesztő eljárást honosított meg Magyarországon. Az átvett eljárások egy része szélesebb körben, több országban ismert, de vannak közöttük kevésbé ismertek is. Az eljárások átvételével és alkalmazásával jelentősen gazdagodott a hazai gyógypedagógiai gyakorlat. Az sem kétséges, hogy az eljárásokhoz kapcsolódó szemléletmód, magyarázó elvek bővítették és korszerűsítették alkalmazóik ismereteit a lehetséges hatásmechanizmusokról. A gyógypedagógus-képzésben az oktatók többsége nemcsak saját gyakorlati munkájában és a képzésben alkalmazza az új eljárásokat, hanem multiplikátorként másokat is bevezet az eljárások alkalmazásába. Tanítványaik egy része további multiplikátorként az ismeretforrásoktól távolabb eső körzetekben terjeszti az eljárásokat.

Mindegyik eljárásról elmondható, hogy feladataik, gyakorlataik nem haszontalanok, a gyermek sokfajta tevékenységéhez hasonlóan kisebb-nagyobb mértékben ezek is fejlesztik a gyermeket. Az alapkérdés azonban az, hogy pl. az irányított, játékos foglalkozáson túl az átvett eljárások a megjelölt területeken valóban terápiás, fejlesztő hatásúak-e? Vannak-e, és ha igen, akkor melyek azok a bizonyítékok, amelyek ezeknek az eljárásoknak a célzott terápiás hatékonyságát igazolják? A gyógypedagógiai eljárások tudományos megalapozásához megválaszolandó kérdéseket a külföldről átvett eljárások esetében is fel kell vetni.

Ha ezeket a kérdéseket most számba vesszük, akkor általában azt tapasztaljuk, hogy a külföldről átvett eljárások tudományos bizonyítékai gyakran vagy hiányoznak, vagy pedig feltevésszerűek, amelyeket létrehozóik maguk sem igyekeztek megfelelő eljárásokkal tapasztalatilag ellenőrizni.

Az átvett eljárások között alig van olyan, amelynek hatékonyságát rendszeres hatásvizsgálat igazolná. Nem kétséges, hogy az eljárások terjedését jó szándékú segítő akarás motiválja, az alkalmazó eredményt, kedvező változást akar elérni. Másoldalról viszont az is aligha vitatható, hogy az eljárások elterjesztése az eszközök, a kiadványok, a tudás átadása egyben üzleti vállalkozás is, melyben az üzleti szférában szokásos meggyőzés, akár helyettesítheti is a hatásvizsgálat eredményeinek a bemutatását.

Az eljárások nagy részénél külön probléma az is, hogy a külföldi gyermekpopulációkon méréssel megállapított teljesítménynormák csak erős fenntartásokkal és csak tájékoztató jelleggel alkalmazhatók a magyar gyermekeknél. Bár ez a körülmény már régóta ismert, csak egy-két eljárásnál történt kísérlet a hazai normák megállapítására, vagy pedig van folyamatban ilyen munkálat (pl. a gyermek Wechsler magyar sztenderdizálása). Gyakran találkozni az „argumentum ad hominem" esetével is, ahol a szakember elismertsége az általa közvetített eljárás tudományos bizonyítékául is szolgál.

Az átvett eljárásoknál a legkidolgozottabb általában a módszer leírása, vagyis az,

hogy mit és hogyan kell csinálni. Az eljárást ismertető tanfolyamok többnyire módszertani tanfolyamok, ahol a résztvevők az eljárás alkalmazási lépéseit, az eszközökkel való bánásmódot tanulják meg. Ezt az ismertetést többnyire kiegészíti még az a magyarázat is, amely a gyógypedagógiai tevékenység második és negyedik alkotó eleméhez kapcsolódik, vagyis ahhoz a kérdéshez, hogy hol, milyen állapotoknál kell alkalmazni az eljárást és mi az eljárás hatásmechanizmusa, vagyis mitől és hogyan alakul ki az a változás, amelyet az eljárással el kívánnak érni.

A külföldről átvett eljárások lényeges változást indítottak el a hagyományos neveléstudományi gondolkozásmódban. A hagyományos iskolai oktatás a tudás, az ismeretek átadásakor igazodik az idegrendszeri és pszichológiai funkciók fejlettségéhez, a fejlettségi szintet adottnak tekinti. A gyógypedagógia nem tekinthette adottnak az életkorokra jellemző funkcionális szinteket, hanem ennek az állapotnak az eléréséhez pedagógiai-terápiás eljárásokkal rekonstruálnia kellett a fejlődés sérült szakaszait. A külföldről átvett eljárások döntő többsége ilyen rekonstrukciós célú, fejlesztő terápiás eljárás, amely a megkívánt teljesítményt a szokásosnál alacsonyabb fejlettségi szintről kiindulva kívánja kialakítani. Ezek az eljárások az iskolai pedagógia gyakorlatában felnőtt és az ott megnyilvánuló funkcionális szintekhez hozzászokott pedagógusok számára a problémamentes gyermekeknél rejtve maradt funkcionális összefüggéseket teszik átláthatóvá, megérthetővé és pedagógiai eszközökkel befolyásolhatóvá. Az eljárásokhoz kapcsolódó magyarázatok nagyrészt összhangban vannak az agy működésére és a pszichológiai funkciókra vonatkozó korszerű ismeretekkel, és mivel az eljárás egyes lépései, gyakorlatai apró pénzre váltják ezt a tudást, korszerű szemléletet és ismereteket közvetítenek a neveléstudomány számára. A gyermekszemléletet, az iskolai teljesítménynehézségek magyarázatait forradalmasító, korszerűsítő hatásukon túl az eljárások tudományos igazoltsága – vagyis az, hogy az eljárások nyomán valóban az történik, amit az eljárások magyarázatai feltételeznek – azonban nagyrészt hiányzik. Hasonló a helyzet az 50-es évekhez, amikor a gyógypedagógia nagy reményeket fűzött a pavlovi nervizmus magyarázó elveinek a gyógypedagógiai gyakorlat területén történő alkalmazásához (Illyés, 1968). Az agyi történések és a pszichés funkciók területén akkor a pavlovi nervizmus számított korszerű tudásnak, és a gyógypedagógiai eljárásokat akkor tekintették tudományosan bizonyítottnak, ha az eljárás magyarázata a pavlovi nervizmus fogalmait, elveit alkalmazta. Az eljárás megalapozottságát nem a hatásvizsgálat, a bekövetkezett változások megbízható kimutatása szolgáltatta, hanem az eljárás magyarázata, amely összhangot teremtett a korszerű tudományosság és a gyakorlati eljárás között. A korszerű tudományosság mai szintjén, az agyi és a pszichológiai funkciókra vonatkozó jóval fejlettebb tudásszinten sokszor ugyanezt az eljárást hitelesítő gondolkozásmódot figyelhetjük meg a külföldről átvett eljárások magyarázataiban is.

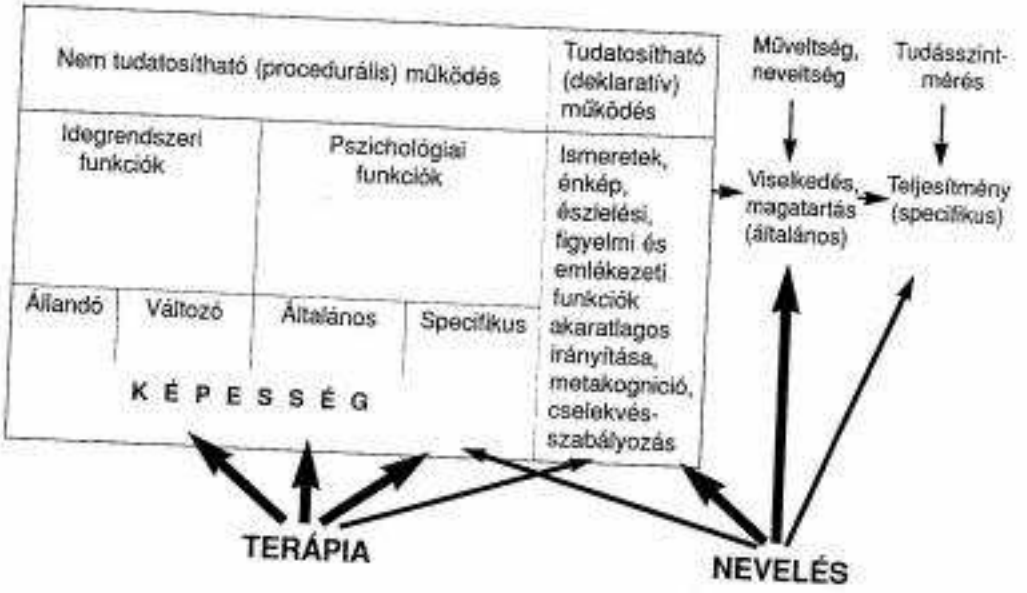


4/2. ábra. A gyógypedagógia átvett eljárásainak alkotóelemei

AZ ELJÁRÁS HATÁSMECHANIZMUSA

Napjainkban a megismeréstudomány területein sok új szempontú megfigyelés, és ezek magyarázatára a ma még kellően nem ismert agyi és pszichológiai folyamatokról gazdag és sokféle elméleti modell áll azon tudományok rendelkezésére, amelyek a viselkedés és a teljesítmény változásai mögött meghúzódó idegrendszeri és pszichológiai folyamatokat kívánják megérteni (Csapó, 1992; Pléh, 1999; Illyés, 2000). Ezeknek az ismereteknek a beáramlása megkezdődött a neveléstudományba és ezeket az ismeretek használják fel a gyógypedagógiai tevékenység eljárásai is, akkor, amikor az eljárás hatásmechanizmusait kívánják leírni.

Az eljárások mögött explicit vagy inplicit feltevések húzódnak meg arról, hogy a gyermekkel gyakoroltatott tevékenységek milyen idegrendszeri és pszichológiai funkciókat mobilizálnak, ezen funkcióknak az eljárás feladatsorai szerint történő működtetése milyen tartós változásokat eredményez az idegrendszeri és pszichológiai funkciókban, vagyis milyen képességek alakulnak ki. Az eljárások csak a gyermektől megkívánt teljesítményeken keresztül tudják mobilizálni a belső funkciókat. A feladatok, a megkívánt teljesítmények elrendezése, tartalma, sorrendje mindig arra a feltevésre épül, hogy a tevékenykedtetés nyomán hogyan jönnek létre a változások a pszichológiai és idegrendszeri funkciókban. A megismeréstudomány, a pszichológia, az idegélettani kutatások és a sérült funkciók esetében – különösképpen a neuropszichológia – sok hasznosítható ismeretet kínál a pszichológiai és az idegrendszeri folyamatok változásainak modellezésére.



4/3. ábra. Hol kívánja az eljárás az állapotot módosítani?

A gyógypedagógiai eljárások leggyengébb pontjai általában a belső változásokról, az eljárás hatásmechanizmusairól, a képességek kialakulásáról megalkotott magyarázatok. A legegyszerűbb esetben nem történik más, mint valamelyik alapfunkcióra – ilyen funkció például a szenzomotoros koordináció, a figura-háttér viszony, az intermodális transzfer, a féltekei specializáció, az emlékezeti tárak, a rövid távú emlékezet stb. – történő hivatkozás, ezzel jelölve meg a beavatkozás belső helyét és a korrekciós feladatot. A gyermek tevékenysége és a belső funkciók kapcsolata azonban mindig bonyolultabb annál, hogy a tevékenység egyetlenegy funkció működéseként lenne értelmezhető. Az eljárás hatásmechanizmusának leírása a gyermektől megkívánt teljesítmény létrehozásához szükséges valamennyi belső működés teljes körű számbavételét igényli.

Bár a gyógypedagógiai eljárások kidolgozóit és leíróit a hatásmechanizmus feltárása nehéz feladat elé állítja, az eljárások gondosan gyűjtött tapasztalatai azonban megmutathatják, hogy az eljárás milyen közvetítő pszichológiai és idegrendszeri mechanizmusokat vesz igénybe.

A gyógypedagógiai eljárások tudományos bizonyítékainak felsorakoztatásakor a leggyakrabban előforduló hiányosság az, hogy az eljárással elérhető belső változásokról, a hatásmechanizmusról kialakult elképzelés nagyobb bizonyító erővel bír, mint a teljesítményekben, viselkedésben bekövetkező, mérhető változás bemutatása. Az eljárás bizonyítékai között fontosabbá válik annak magyarázata, hogy az eljárás hogyan hat, mint annak igazolása, hogy az eljárás valóban létrehozza-e a megkívánt változást.

A gyakorló pedagógustól, gyógypedagógustól, pszichológustól nem várható el az, hogy a hatásmechanizmusról és annak minden összetevőjéről teljes körű, korszerű elképzelést alakítson ki. Az viszont teljes egészében az ő gyakorlati kompetenciájának a körébe tartozik, hogy pontosan meg tudja állapítani az eljárás hatására a teljesítményben és a viselkedésben bekövetkezett változásokat. Mindaddig ugyanis nem beszélhetünk gyógypedagógiai eljárásról, amíg hitelesen nem igazolható, hogy az eljárás hatására kedvezően változott a viselkedés és a teljesítmény.

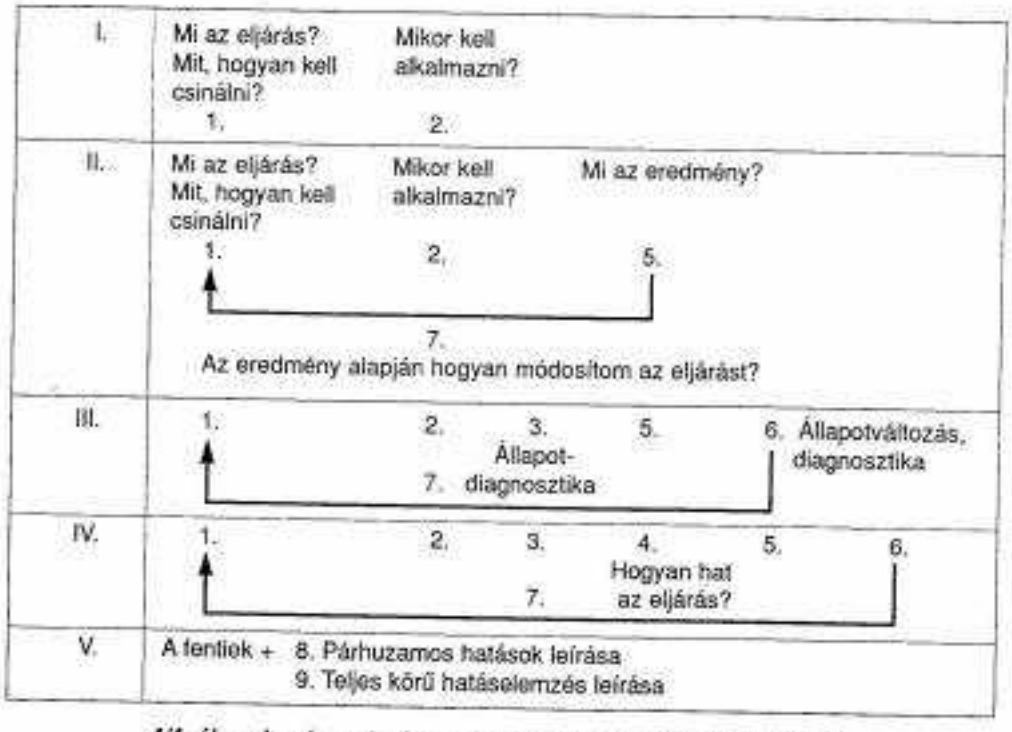
A gyógypedagógiai tevékenység eljárásainak kidolgozásakor és leírásakor a tevékenység valamennyi alkotóeleme általában nem egyszerre fogalmazódik meg. Egyes alkotóelemek az eljárás kidolgozásakor előbb írhatók le, más elemek csak később. A *4/4. ábrán* bemutatjuk az eljárások kidolgozásának szokásos menetét.

A legelső, legegyszerűbb leírási szinten arra a két alkotóelemre fogalmazódik meg válasz, hogy mi az eljárás, mi a módszer, és hogy mikor kerülhet alkalmazásra. A következő szinten a leíráshoz kapcsolódik a hatásvizsgálat, az eredmények felmérése és a tapasztalatok alapján az eljárás módosítása. A harmadik szinten kerülnek megfogalmazásra a diagnosztikai elemek a kiinduló állapot pontos diagnosztikája és az állapotváltozás diagnosztikája. A negyedik szinten már megkísérelhető a hatásmechanizmus körvonalazása, vagyis annak tisztázása, hogy hogyan is hat az eljárás. Végül az ötödik szinten kísérletet lehet tenni az eljárás hatásainak és az azzal egy időben érvényesülő párhuzamos hatások elkülönítésére és leírására és a teljes körű hatáselemzésre.

Az eljárások kidolgozásának öt lépéses sémája inkább vezérfonal, mint egy általánosan követendő menet. Fontosnak tartom azonban azt, hogy a hatásmechanizmusról kialakított elképzelés, a belső változások modellje ne kerüljön az eredmények pontos felmérése és a diagnosztikus elemek elé, és ne helyettesítse ezeknek az alkotóelemeknek a pontos, részletes és szakszerű kimunkálását.

A LÉTREJÖTT KEDVEZŐ VÁLTOZÁSBAN AZ ELJÁRÁS HATÉKONYSÁGÁNAK ELKÜLÖNÍTÉSE MÁS HATÁSOKTÓL

A gyógypedagógiai eljárások mindig csak egy szűk sávban tudják leírni azokat a hatásokat, amelyek a terápiás, fejlesztő, nevelő foglalkozás közben a gyermeket érik. Még kétszemélyes helyzetben is, amikor csak a gyógypedagógus és a gyermek kommunikál egymással, a felnőtt kommunikációja nemcsak az eljárás hatásait közvetíti a gyermek felé, hanem a felnőtt számtalan más megnyilvánulását is. A gyógypedagógiai eljárások leírásai ezekre a hatásokra, amelyek közvetlenül nem tartoznak az eljárásokhoz, általában csak általános megjegyzéseket tesznek, pl. biztosítani kell a gyermek figyelmi szintjét, a feladat megoldás közben fent kell tartani a gyermek érdeklődését és figyelmét, motiválni kell a gyermeket a feladat végrehajtására stb.



4/4. ábra. A gyógypedagógiai eljárások tudományos leírásának szintjei

A gyermekkel való foglalkozásnak mindig vannak olyan elemei, amelyeket minden eljárás adottnak tekint ahhoz, hogy az eljárás speciális hatásai érvényre juthassanak. Mivel ezeket a hatásokat a gyermekkel foglalkozó gyógypedagógus hozza létre, viszont ezekre nincsenek olyan konkrét előírások, mint az eljárás egyes lépéseire, ezeket a hatásokat személyfüggő, szubjektív feltételeknek tekinthetjük.

A gyermekkel foglalkozó felnőtt valamennyi szubjekív megnyilvánulása és az eljárás lépéseinek objektív hatása a befolyásolási helyzet teljes körű hatásmechanizmusát működteti és a gyermekben egyformán nyomot hagy.

A gyógypedagógiai eljárások magyarázatakor az egyik legnehezebb feladat az eljárás objektív hatásainak és az eljárást alkalmazó felnőtt sokféle szubjektív hatásának a szétválasztása.

Ha hosszabb időtartamú eljárásról van szó, akkor a megkívánt változás létrejötte vagy elmaradása a gyermek otthoni környezetének hatásaival, vagy a gyermek növekedésével és érésével is összefügghet.

Az eljárás hatásainak tulajdonított változásokat a felnőtt személyéből, a gyermek tágabb környezetéből és a gyermek éréséből eredő változásoktól kell elkülöníteni. Különösen a hosszabb időtartamú beavatkozásoknál nehéz igazolni, hogy a teljesítmények és a viselkedés kedvező átalakulása kizárólag vagy elsősorban az alkalmazott eljárás eredménye.

BACH, H. (1981) *Allgemeine Sonderpädagogik.* In: Bach, H. (Hrsg.) *Sonderpädagogik im Grundriss.* Berlin.

BACH, H. (1985) *Grundbegriffe der Behindertenpädagogik.* In: Bleidick, U. (Hrsg.) *Theorie der Behindertenpädagogik.* Berlin, 3–24.

BACH, H. (1987) *Zukunftsperspektiven der Sonderpädagogik.* In: Heese, G., Klein, G. (Hrsg.): 17., 49–59.

BIHARI K. (1999) *Bizonyítékon alapuló orvoslás közérthetően.* In: Magyar Egészség Piac, 2. évf. 3–4. sz. 5.

BROADBENT, S. (1992) *The Assessment Disability and Technology. Handbook: A step-by-step guide.* Oldham, North West Regional Access Centre, 103.

CSAPÓ B. (1992) *Kognitív pedagógia.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

FÁBIÁN Z. (1993) *A pedagógiai kutatások módszerei és logikája.* Pedagógusok Szakma Megújulása Projekt. Budapest, 195.

FALUS I. (1996) *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe.* Keraban Könyvkiadó, Budapest, 538.

GIBBON, F., TAYLOR C. (1987) *How to Design a Program Evaluation.* London Sage Publications. 165.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1977) *Über einige Grundfragen der allgemeinen Theorie der Heilpädagogik.* Wiss. Zeitschrift der Humboldt–Universität zu Berlin.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1982) *Gyógypedagógia.* Tankönyvkiadó, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1990) *Die Struktur des Wissenschaftsgebietes der Heilpädagogik.* In: Bachmann, W., Mesterházi Zs. (Hrsg.): *Trends und Perspectiven der gegenwärtigen ungarischen Heilpädagogik.* Heil- und Sonderpädagogik. Band 11. Institut für Heil- und Sonderpädagogik Justus Liebig–Universität, Giessen. 44–56.

HAEBERLIN, U. (1985) *Das Menschenbild für die Heilpädagogik.* Bern, Stuttgart.

HAMMERS, J. H. (1993) *Learning potential assessment: theoretical, methodological and practical issues.* Sxets and Zeitlinger. Amsterdam. 382.

HORVÁTH J. (1999) *A szó már nem elég.* In: *Magyar Egészség Piac,* 2. évf. 1. sz. 258–259.

HUSÉN, T. (1995) *Research Paradigms in Education.* In: Husén T., Postletwaite T. N. (Eds.): *The International Encyclopedia of Education,* New York, Pergamon 5051–5056.

ILLYÉS S. (1968) *A nevelés gyógyítási hatékonyságának magyarázata a gyógyító nevelés jelentősebb magyar elméleteiben.* In: Lovász T., Illyés S., Gollesz V. (szerk.) *Tanulmányok a gyógypedagógia köréből.* Tankönyvkiadó, Budapest, 95–146.

ILLYÉS S. (1978) *A teljesítmény és a pszichológiai folyamatok kapcsolata.* In: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (szerk.) *Áthelyezési vizsgálat I.* Budapest, Oktatási Minisztérium. 51–59.

ILLYÉS S. szerk. (1984) *Nevelhetőség és általános iskola. I. Eszközök és módszerek.* Budapest, Oktatáskutató Intézet. 384.

ILLYÉS S. (1990) *Kontinuität und Diskontinuität in der Theorienbildung der Heilpädagogik.* In: Bachmann, W., Mesterházi Zs. (Hrsg.) *Trends und Perspectiven der gegenwärtigen ungarischen Heilpädagogik.* Heil- und Sonderpädagogik. Band 11. Institut für Heil- und Sonderpädagogik Justus Liebig-Universität, Giessen. 13–43.

ILLYÉS S. (1996a) *Learning Disabilities in Europe – Some Basic Issues.* In: Vianello, R. (Eds.) *Learning Difficulties in Europe: Assessment and Treatment.* Bergamo. Edizioni Junior. 37–44.

ILLYÉS S. (1996b) *Learning difficulties in Europe: Assessment and Treatment. Changes in the Educational Viewpoints on the differences in Pupils.* In: Vianello, R. (Ed.): *Learning Difficulties in Europe: Assessment and Treatment.* Bergamo. EDIZIONI JUNIOR. 1996. 47–48.

ILLYÉS S. (1998) *Neveléstudományi kutatások a felsőoktatási intézményekben.* In: *Magyar Felsőoktatás.* 1998/3. 8. évf. 14–18.

ILLYÉS S. (2000) *A tanuló neveléstudomány.* In: Csapó Benő, Vidákovich Tibor (szerk.) *Neveléstudomány az ezredfordulón.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2001. 435 p.

KANTER, G. (1987) *Erziehung und Bildung Behinderter in einer sich verändernden Welt.* Sonderpädagogischer Kongres. Zeitschrift für Heilpädagogik. 631–637.

KÉZDI B. (1999) *Többszörös könyvismertetés.* In: *Pszichoterápia,* 8. évf. 47–60.

KOPELMAN, L., MOSKOP, I. C. (Eds.) *Ethics and Mental Retardation. Dordrecht.*

KÖRMENDY GY. (1995) *Hatékonysági mutatók a gyermekpszichoterápiában.* In: *Végeken* 6. évf. 2. sz. 16–20.

KUHN, TH. (1967) *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen.* Frankfurt.

NAGY J. (1993) *Értékelési kritériumok és módszerek.* In: *Pedagógiai diagnosztika,* 2. sz. Szeged 25–49.

PLÉH CS. (1999) *A konstrukcionizmus és a pszichológia.* In: *Iskolakultúra,* 9. évf. 6–7. sz. 3–14.

SAX, G. (1980) *Principles of Educational and Psychological Measurement and Evaluation.* Belmont Wadsworth Publishing Company. 645.

SPECHT, W. (1993) *Evulation der Schulversuche zum gemeinsamen Unterricht behinderter und nichtbehinderter Kinder.* Graz. 91.

SPECK, O. (1987) *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung.* München, Basel

SZABÓ GY. (1998) *Szakértői és rehabilitációs bizottságok hatáselemzése Borsod-Abaúj-Zemplén megyében* (tanulmánykötet) 113.

VÁRI P. (1997) *Monitor'95. A tanulók tudásának felmérése.* Országos Közoktatási Intézet, Budapest. 328.

VIDÁKOVICH T. (1990) *Diagnosztikus pedagógiai értékelés.* Akadémiai Kiadó, Budapest. 224.

WINDMER, K. (1986) *Wissenschaftstheoretische Gedankensplitter zur Sonderpäda-*

gogik. In: Bachthold, A., Jeltsch-Schuder, B., Schlienger, I. (Hrsg.) *Sonderpadägogik*. Handlung, Forschung, Wissenschaft. Berlin. 58–72.

ZÁSZKALICZKY P. (1992) *A gyógypedagógia etikai problémairól – a Peter Singer vita tükrében*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 20. évf. 2. sz. 116–128.

ZÁSZKALICZKY P. (1995) *A megértő elem a gyógypedagógiai pszichológiában*. In: Zászkaliczky P. (szerk.) *„...Önmagában véve senki sem..."*, Budapest, 98–106.

ZRINSZKY L. (1995) *Filozófia és neveléstudomány*. In: *Iskolakultúra*, 1995/23. 72–75.

ZSOLNAI J. (1996) *Bevezetés a pedagógiai gondolkodásba*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 140.

1998. évi 26. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.

5.

GYÓGYPEDAGÓGIA ÉS TERÁPIA

GYÓGYPEDAGÓGIA ÉS GYÓGYÍTÁS TUDOMÁNYTÖRTÉNETI MEGKÖZELÍTÉSBEN

A gyógypedagógiai tudomány és gyakorlati tevékenység fogalomdefiníciójában és az elnevezésére használt szakkifejezésekben történelmi időszakonként és nyelvterületenként változó mértékben jelentek meg a tevékenység céljára, illetőleg az ellátandó populáció megjelölésére utaló jelzések. A tevékenység célját igyekezett kifejezni a „gyógy" vagy „gyógyító" pedagógiai szóösszetétel, illetve jelzős szerkezet, mely a fogalom megalkotóinak munkájában jelent meg először, mint *Heilpädagogik* (gyógypedagógia), később, kissé más jelentéstartalommal használták *Heilerziehung* (gyógynevelés) formában is (Georgens, Deinhardt, 1861). A nemzetközi szakirodalomban sokkal később a német rehabilitációs pedagógia, a holland orthopedagógia, az angolszász nyelvterületen a remedial education, valamint a több országban is használt korrekciós pedagógia utal erre a törekvésre. A magyar gyógypedagógiai neveléstudomány hagyományaiban nagyon régen és mélyen gyökerezett az a felfogás, amely a fogyatékos gyermekek nevelésének kiindulópontjául a sérülés ellenében ható korrigálást, helyreállítást, kiigazítást, kiegyenesítést, tág értelemben vett pedagógiai gyógyítást tekintette.

Az érintett populációra vonatkozó megjelölésre utal pl. a német *Behindertenpädagogik*, mely nevében az akadályozott személyekre irányuló nevelést fogalmazza meg. A Szovjetunióban a *defektológia* kifejezés szintén azokra a személyekre utalt, akiket valamilyen fogyatékosság (defektus) hátráltatott a fejlődésben.

A *„speciális nevelés"* szakmaelnevezésben megjelenő speciális jelző se a nevelési célokra, se a populációra nem utal, egyszerűen a megszokottól, az általánostól való eltérést fejezi ki valami különlegesnek, speciálisnak a tételezésével. Ez az elnevezés az USA-ból kiindulva több európai országban is elterjedt. A német *Sonderpädagogik* (különpedagógia) szintén csak az általánostól való eltérésre utal.

A szakmai elnevezésekben történt változások mögött jelentős szemléletbeli eltérések húzódnak meg, melyek egyúttal komoly szakmai viták alapján bontakoztak ki. A fogyatékosságügy területén szinte nyelvújítási folyamatnak lehetne nevezni ezeket a történéseket. A 20. század közepétől kezdve folyó diszkussziók első hulláma abból az újszerű meggondolásból táplálkozott, mely a gyógypedagógiai és általában a fogyatékosságügyi szakmákban a klasszikus orvosi-klinikai modelltől, a be-

tegségmodelltől való elfordulást jelentette. Egyre inkább nyilvánvalóvá vált, hogy a baj, amelynek javítását, csökkentését, korrigálását vállalta a gyógypedagógia, nemcsak magában a fogyatékos gyermekben lehet, hanem abban a környezeti feltételrendszerben, amely értetlenségével, előítéleteivel, kirekesztésével a gyermeket és családját körülveszi. A sikertelenség oka nem egyszerűen a gyermek képességzavara, hanem pl. a pedagógiai ráhatások elégtelensége, a módszerek inadekvát alkalmazása vagy kidolgozatlansága.

Ezeknek a környezeti „bajoknak", nevelési hiányosságoknak felszámolásához, csökkentéséhez szükséges intézkedések megjelölésére nem tűnt már kielégítőnek a gyógyítás kifejezés.

A szakmai diszkusszió minden országban, ahol lezajlott – így hazánkban is – szenvedélyekkel, indulatokkal kísért volt, ami mutatja az újítók türelmetlenségét, sokszor radikalizmusát és a hagyományokban rejlő értékek fel nem ismerését. A német nyelvű országokban a szakmai viták már a második világháborút követően elkezdődtek, de csak az 1960-as években vezettek oda, hogy a gyógypedagógia kifejezést a tudományos ismereteket összefoglaló nagy kézikönyvek és folyóiratok címében, valamint az intézmények nevében is megváltoztatták (Moor, 1965; Heese, Wegener, 1969; Bleidick, 1972; Becker, 1979; Jantzen, 1987) Ausztria és Svájc konzervatívabbnak mutatkozott e téren, mint az akkori Nyugat-Németország.

A gyógypedagógiai szakma elnevezéséről lefolyt első viták nyomában bevezetett új kifejezések azonban az idő távlatában nem tűnnek jobbaknak az eredetinél: a különleges vagy speciális pedagógia nem határolja be azoknak a körét, akikre irányul, a különpedagógia név pedig nem szolgálja a közben kibontakozó integrációs törekvéseket, hiszen elsősorban a különállásra, a szegregációra utal.

A hazai gyógypedagógiai tudományos közéletben is lezajlott a gyógypedagógia gyógyító voltával kapcsolatos vitasorozat, de végül a tradíciókhoz való ragaszkodás erősebbnek bizonyult, a gyógypedagógia és a gyógypedagógus kifejezések megmaradtak a szakmai szóhasználatban. A kérdésről tudománytörténeti szempontból részletesebben tájékozódni kívánók pontos képet kaphatnak a vitatott témákról, a szembenállók által képviselt érvrendszerekről. A megjelent publikációk címei is kifejezik a viták tartalmát: *„A gyógyító nevelés fogalmának fejlődéséről és korszerű értelmezéséről"* (Gordosné, 1964), *„A gyógypedagógiai tevékenység pszichoterápiás jellegéről"* (Pálhegyi, 1967), *„A nevelés gyógyítási hatékonyságának magyarázata a gyógyító nevelés jelentősebb magyar elméleteiben"* (Illyés, 1968), *„Gyógyít-e a gyógyító pedagógia?"* (Vértes, 1990). Ez utóbbi írás 20-25 évvel a lezajlott viták után jelent meg, mint egy visszatekintő újrafeldolgozás a hagyományőrzők érveivel. (További forrás: Mesterházi, 1997.)

Ha gondosan átolvassuk ezeket az írásokat, megállapíthatjuk, hogy ma már részben aktualitásukat vesztették, illetőleg értékelésük csak a gyógypedagógia és társtudományainak akkori fejlettsége alapján történhet meg. Nem kérhetünk számon valamit a 20. századelő tudósaitól mai ismereteink tudásanyagának alapján, és nem ró-

hatjuk fel nekik, hogy nem tudták azt, amit a 20. század végének tudományos kutatója már tud.

A tudományok pedig – amelyek a sérült, fogyatékos, akadályozott személyek állapotának felismerését, erre épülően fejlesztését, kezelését, nevelését, oktatását, pedagógiai kísérését, rehabilitációját elősegítik – igen jelentős mértékben fejlődtek. Változott az orvostudomány betegségfogalma és gyógyításkoncepciója is. A betegség ma már nemcsak a szervezet kóros biológiai folyamatainak gyűjtőfogalma, hanem az egyén fizikai, pszichikai és szociális jóllétének hiányát is jelenti. Erre épülve természetes tehát, hogy a gyógyítás fogalmán nemcsak a szorosan vett orvosi eszközökkel történő beavatkozást kell érteni, hanem a pszichológiai és a szociális módszerekkel végzetteket is.

Pszichoterápia és gyógyítás

A gyógypedagógiában a pedagógiai eszközökkel megvalósuló gyógyítói hatékonyság gondolata igen szoros összefüggést mutat a pszichológiában teret kapó pszichoterápiás eljárásokkal, melyeknek lényege szintén a kiegyenlítés, javítás/javulás, vagyis pszichológiai eszközökkel történő gyógyítás.

Ez a gyógyítás a megváltozott betegségfogalom értelmében nem elsősorban a szervezet kóros biológiai struktúrájára, működészavarára akar hatni. Betegségnek értelmezett viselkedészavarok, neurózisok, szexuális funkciózavarok, bűnözés, alkoholizmus, öngyilkosság és általában a pszichoszomatikus betegségek jelentik fő alkalmazási területét. Természetesen a klasszikus testi betegségek következményes pszichés hatásainak enyhítése is a pszichoterápia része. Minden pszichológiai irányzatnak kialakultak terápiás eljárásai és ezen belül egyénekre és csoportokra egyaránt alkalmazható módszerek. A betegségfogalom kiszélesedése értelmében a társadalom sokféle baja minősült így betegségnek, de a „beteg társadalom" gyógyítása már túlmutat a pszichoterápia illetékességén és a szociológiai gondolkodás térhódítását mutatja. Sőt, egyes szerzők a társadalom hibás működésére vezetik vissza a pszichiátriai megbetegedések kialakulását. „A pszichiáter feladata ezért kilépni az osztály falain kívülre, hogy a rokonszakmák ismereteit és módszereit segítségül kérve feltárja és megszüntesse a betegségeket létrehozó és fenntartó társadalmi folyamatokat. A pszichiátria munkaterülete nem az osztály, hanem a társadalom" (Gerevich, 1983, 11–12.).

A szociológia fellépett a társadalmi problémák medikalizálása ellen, ehelyett a beteggé vagy fogyatékossá minősítés társadalmi hátterét, ennek indokait keresi, és nem tekinti betegségnek a legkülönfélébb társadalmi gyökerű élethelyzetek, eltérő kultúrák és szubkultúrák magatartásmintáit. A differenciálódó orvosi és szociológiai szakmákban megjelenik a szociálpszichiátria és pszichiátriai szociológia, a fogyatékosságügy területén pedig a gyógypedagógiai szociológia, mint új szemléletű részdiszciplína (Buda, 1994a; Bánfalvy, 1995).

A gyógypedagógia igen intenzív közeledése az orvosin kívül a más szakmákban is megjelenő terápiás gondolat felé, érthető abból az alaphelyzetből, amit a fogyatékos gyermek nevelése, illetve a fogyatékos felnőttek pedagógiai kísérése jelent. Érdemes megvizsgálnunk a pszichoterápia modern fogalmi leírását, és rögtön érzékeli belőle minden gyógypedagógus, hogy ez a definíció akár a gyógypedagógiai tevékenység leírására is felhasználható volna: „Egészen általánosan megfogalmazva a pszichoterápia minden olyan segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás – szociológiai nyelven interakció – és kommunikáció révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban" (Buda, 1981, 5.; Buda, 1993).

Egy másik meghatározás szerint „a pszichoterápia, mint a pszichikus gyógyítás módjainak gyűjtőfogalma, elméletek és módszerek egységrendszere. Minden pszichoterápia alapját meghatározott emberkép, személyiségkoncepció és fejlődési modell képezi." ... „A pszichoterápiák különös vonása, hogy nem csupán gyógyítási technikák kombinációi, hanem alapvetően interperszonális, kommunikatív, interakciós befolyásolási, illetve kölcsönhatási rendszerek." Más megfogalmazásban a pszichoterápia gyógyító célnak alárendelt, segítő emberi kapcsolat, mellyel személyiségfejlesztő korrektív hatásokat lehet elérni (Bagdy, 1989, 273.).

Ha ezekbe a meghatározásokba a pszichológia helyébe a pedagógia vagy gyógypedagógia szót tennénk, megállapíthatjuk, hogy olyan lényeges pontokhoz érkezünk, melyek a gyógypedagógiai tevékenység kiemelten fontos elemei, mint például: segítő beavatkozás, változás létrehozása a magatartásban, mely kommunikatív, interakciós erőtérben jön létre stb. Az „áthallás" a modern gyógypedagógiai felfogás felé különösen abban mutatkozik meg, amikor a pszichoterápiák fontos vonásaként azt emeli ki a szerző, hogy azok nem csupán a gyógyítási technikák kombinációi, hanem ennél magasabb rendű rendszerbe épülnek. A legmodernebb gyógypedagógiai humanista koncepciók is a holisztikus szemléletmódot hangsúlyozzák, amelybe integráltan illeszkednek az egyes nevelési, fejlesztési, terápiás eljárások. Nem túlspecializált technikai természetű módszerek összességéről van szó, hanem oktatási, nevelési, szociális és különböző terápiás segítségek olyan egységes gyógypedagógiai rendszeréről, melyben az a közös, hogy az érintett személyek individuális szükségleteinek kielégítése érdekében szerveződnek, nem kirekesztőek, nem megbélyegzőek, és nem az egyes szakmák képviselőinek státusérdekeit, kompetenciaharcát szolgálják (Krawitz, 1995; Speck, 1989).

A TERÁPIÁS GONDOLAT MEGJELENÉSE A PEDAGÓGIÁBAN

Hogy a gyógypedagógiai gondolkodásban a tudománnyá váló gyógypedagógia kezdeteitől fogva megjelent a terápiás gondolat, az előzőekből könnyen belátható. Van azonban e kérdésnek az általános pedagógiában megjelenő vetülete is, amellyel

szintén érdemes foglalkozni, hiszen napjaink interdiszciplináris megközelítésmódjában ezek a kezdetben különállóan fejlődött gondolatok összetalálkozhatnak. Emellett kétségtelen, hogy a gyógypedagógia önálló tudományos diszciplína volta ellenére magán hordja a változó korok pedagógiájának és egyéb társadalmi hatásainak lenyomatát is.

A hagyományos pedagógiai koncepciókban a társadalom nevében és érdekében fogalmazódtak meg a célok és a feladatok. Az iskolának a társadalom ideális polgárát kellett előállítania, a közjó eszméje határozta meg az iskola teljesítményének értékelését. Emellett azonban szinte minden pedagógiai elméletben benne rejlett az a célkitűzés is, hogy az ideális iskola legyen jó az egyénnek is. Az egyén azonban mégis háttérbe szorult, és prioritást élvezett a társadalom szolgálata, a harmonikus társadalmi beilleszkedés gondolata. A társadalom – adott korra jellemző – embereszményének megvalósítását szolgáló iskola a gyermek számára egyúttal megterheléssel járó, fáradságos felkészítés/felkészülés hosszú folyamata. Ebben a folyamatban a nevelés fontos feladata a „vadhajtások" nyesegetése volt, hiszen a sajátosan gyermeki megnyilvánulások még korrigálandó hibának számítottak.

A 20. században kibontakozó polgárosodással előtérbe került az egyén megbecsülése, az individuális szükségletek figyelembevételének igénye. A társadalmi értékek mellett az önérvényesülés, az önmegvalósítás jelszavai jelentek meg a különböző társadalmi mozgalmakban, és hatásuktól az iskola világa sem maradt érintetlen. Az új embereszményben megjelent az ember döntési szabadságának elismerése, a társadalmi kötöttségek elleni harc, az adott kor elvárásaival szembeni kritikai viszonyulás is. Az ilyen autonóm személyiség kialakítását azok a reformpedagógiai mozgalmak segítették elő a 20. század elején világszerte és hazánkban is, melyek aztán nálunk az 1950-es évektől évtizedekre visszaszorultak a hivatalos nevelési elgondolásokból és az iskolákból, és amelyek napjainkban hosszú rejtőzködés után mintegy reneszánszukat élik.

A reformpedagógiai mozgalmakba mélyen beépültek a pszichoanalízis felfedezései a kora gyermekkori élményvilág felnőttkorra is kiható történéseiről (Bálint, 1936; Reiser, 1975). Megjelent a pedagógia kritikus értelmezése. A közjót szolgáló, társadalmilag hasznos és azzal harmóniában élő egyén „előállítása" során felismerték az egyént ért pedagógiai ártalmak sokféleségét. A pedagógiai szakirodalomban olvashatunk a „fekete pedagógiáról" (Miller, 1980). A hatalom és a hatalommal való visszaélés, a kényszerítés, a szigor, a pedagógiai diktatúra, a szolgai alkalmazkodásra nevelés elleni harc is képviseletet kap a reformpedagógiai mozgalmakban, felismerve, hogy mindez deformálja a gyermeki és majd a felnőtt személyiséget is.

Az iskola világában egyre gyakrabban jelentek meg azok a gyermekek, akik a 20. század társadalmi kihívásai között növekedve a hagyományos családmodell felbomlásából, az urbanizációból és sok más hátrányos hatásból eredően nem tudtak megfelelni az iskola elvárásainak. Szociális hátrányok miatti elmaradások, magatartási problémák és egyéb, már-már devianciának mutatkozó jelenségek kezelésére

nem volt elég omnipotens a pedagógus. A külső segítség iránti igény vezetett a nevelést segítő más szakemberekkel – az iskolapszichológussal, a szociális munkással – való együttműködés gyakorlatához, és azoknak a szervezett szolgáltatásoknak a kiépüléséhez, melyek az iskola köré rendeződve segítenek megfelelni a nehezebb feltételeknek. E belátható, érthető igény kielégítését szolgáló közoktatáspolitikai szervezeti keretek az európai országokban nagyon eltérő módon és különböző időben alakultak ki. Hazánkban az iskolapszichológiai szolgálat máig nem vált általánossá, bár kialakítására már a 20. század elején történtek jelentős próbálkozások. Ranschburg Pál kísérleti pszichológiai laboratóriumából az 1920-as évek közepén kialakuló *„Szondi Laboratórium"* és a *Gyógypedagógiai Nevelési és Pályaválasztási Tanácsadó* Schnell János vezetésével a vizsgálati és tanácsadó munkán kívül igazi iskolapszichológiai feladatokat is ellátott (Schnell, 1948; Horányi, Kósáné, 1988; Lányiné, 1992). Az 1980–90-es években iskolapszichológusi műhely alakult, mely szakmailag irányította és szervezte az újra megindúló iskolapszichológusi munkát, amely azonban megrekedt a lelkes kutatók és szervezők modellkísérlete szintjén. A nevelési tanácsadói hálózat is hosszas küzdelem után jutott el addig, hogy az 1993. évi közoktatási törvény a közoktatási intézmények közé – az óvodák és iskolák mellé – sorolja be a nevelési tanácsadót, mint az oktatást-nevelést segítő pedagógiai szakszolgáltatások egyik intézményét.

A klinikai lélektani és a pszichoterápiás hagyomány világából nőttek ki a mentálhigiénés törekvések az iskolában. Itt már egyértelműen találkozik a terápia és a nevelés. A terápia főleg az individualizációnak, a személyes igény kielégítésének egyénbarát eszközeként jelent meg és működik ma is. A mentálhigiénés törekvések az iskola világában nemcsak a gyermekek lelki problémáinak megelőzésére és kezelésére irányulnak, hanem általában a testi és lelki egészségpromócióra, beleértve a pedagógusok egészségmegőrzésének fejlesztését is (Buda, 1994b).

Pszichológiai, pszichoterápiás hatások a gyógypedagógiában

A gyógypedagógiai szolgáltatások területén a 20. század második felében kezdett erőteljesen érvényesülni a pszichológia felé fordulás, a pszichológusok közreműködésének igénylése a fogyatékos gyermek körüli problémák megoldásában. Ekkorra már kibővült a gyógypedagógia illetékessége, már nemcsak az iskola világára korlátozódott. A korai fejlesztés térhódításával előtérbe került az anya, illetve a szülők és a testvérek problémáinak segítése, a sérült gyermek létéből fakadó nehezített élethelyzetben történt elakadások feloldása. Mindehhez nélkülözhetetlenek voltak a pszichoterápiás eszközök. Az iskolázás utáni életszakaszokban jelentkező problémák megoldását, vagyis az egész életívet átfogó kísérés gondolatát kezdték megvalósítani különböző szervezeti formákban.

Az egyes fogyatékossági területekre nem egyforma mértékben gyűrűzött be a

pszichoterápia alkalmazása, legérzékenyebben a viselkedési és magatartási feltűnőséget mutató gyermekek gyógypedagógiája – hazánkban a pszichopedagógia – fogadta azt. Az autista gyermekek nevelése, fejlesztése esetében is nagyon elmosódnak a nevelés és a terápia határai. Hatékony nevelésüknek igen hangsúlyozottan kell átgondolt terápiás elemeket is tartalmaznia. Míg a pszichoanalitikus hagyományok világából kifejlődött terápiák főleg a gyermeket nevelő anyának és a családtagoknak tudnak segíteni, addig a viselkedésmodifikációs terápiás technikákkal ötvözött nevelési, fejlesztési eljárások olyan strukturált életteret biztosítanak, melyben az autista gyermek kiismeri magát, félelmei csökkennek, kognitív kapacitása kibontakozhat.

Sokáig azt gondolták, hogy az értelmi fogyatékos személyekkel nem lehet pszichoterápiát végezni, különösen nem verbális terápiát, mivel náluk a verbális üzenetek kognitív feldolgozása és saját élményeik verbális megfogalmazása akadályozott. Ma e téren is más a nézet. Ha a terapeuta alkalmazkodik az érintett értelmi fogyatékos személy verbális és gondolkozási szintjéhez, ha meggyőződik arról, hogy érti-e miről van szó, ha többször ismétli az egyes gondolatokat, témákat, akkor igenis lehet, sőt sok esetben szükséges is a pszichoterápiás segítségnyújtás. Különösen az egyéni életszakasz kritikus pontjain, az átmeneteknél fontos ez, pl. az iskolából a munka világába történő beilleszkedés, a szexualitással való bánni tudás, a családról való leválás, az érzelmi és magatartási problémák kezelése esetén (Strohmer, Prout, 1994).

A fogyatékos gyermekek szüleivel való pszichoterápia változása is egyértelműen megfigyelhető. Régebben a szakembereknek nem engedelmeskedő vagy kétségbeesett és „rebellis" szülő megnyugtatásához, lelki egyensúlyteremtéséhez próbált egyéni segítséget adni a pszichoterápia, ma a terapeuta kilép a szorosan vett pszichoterápiás közegből és szószólója lesz az érintett fogyatékos személynek vagy az őt nevelő családnak, partner a hatóságokkal való együttműködésben is. A családterápia is tágabb szociális keretbe illeszkedik ma már, a családot körülvevő mikro- és makrokörnyezettel is törődik. Ez a gondolkodásmód átvezet a konzultációs technikák világába (Hansen, 1984).

A 20. század 60-as 70-es éveire egy erősen pszichologizáló tendencia volt jellemző, mely sok esetben magán viselte a „divathullámokkal" általában járó szakmai egyoldalúságokat is. A külföldi országok gyakorlatában a segítő pszichológiai és pszichoterápiás szolgáltatásoknak olyan széles köre és rendkívüli módon specializált válfajai alakultak ki, hogy a kínálat néha meghaladta a kereslet igényeit, és a fogyatékos gyermeket nevelő családok mintegy belefáradtak abba, hogy gyermeküket egyik terápiáról a másikra cipeljék. Nálunk ez a veszély korántsem áll fenn, hiszen még mindig inkább arról van szó, hogy a pszichoterápiás segítséget igénylők ehhez csak nagyon kevés helyen juthatnak hozzá, és nagyon kevés azoknak a pszichológusoknak a száma is, akik ismerik a fogyatékos gyermek és családja speciális adottságait, helyzetét. Azok a gyógypedagógusok, akik hazánkban – nem kis számban –

pszichológusi diplomát is szereztek, inkább diagnosztikus intézményekben helyezkedtek el, és kevésbé jutottak pszichoterápiára is képesítő végzettséghez.

A pszichológia hatása nemcsak abban mutatkozott meg, hogy interdiszciplináris teamben együtt dolgozott gyógypedagógus és pszichológus, hogy pszichoterápiás szolgáltatások épültek a gyógypedagógiai intézmények és ellátórendszerek köré, hanem a gyógypedagógiai elméletképzés szintjén is megjelent az átpszichologizálás. E jelenségben több ok is közrejátszhatott. Egyrészt a szakmák társadalmi presztízsében a pedagógiának sajnálatos módon bizonyos leértékelt szerep jutott, s talán még ma is ez a helyzet. A magasabb társadalmi státusú orvostudomány és pszichológia felé való orientálódás a pedagógiában tehát adott esetben presztízsemelkedést is jelentett. Másrészt az okok keresésekor sokkal lényegesebb arra gondolnunk, hogy a gyógypedagógia individualitásra épülő, egyén- és gyermekbarát pedagógiai gondolkodása eleve a pszichológiai segítségnyújtás alapkiindulásával van rokonságban.

Nézzünk egy jellemző példát a német különpedagógia egyik napjainkban hatékony képviselőjétől: Vernooij a nevelésnek, vagy szóhasználatában a pedagógiai fejlesztésnek és a gyógypedagógiai/különpedagógiai tevékenységnek olyan széles körű tartalmat és célmegjelölést ad, ami erős átfedésben van a terápia fogalomdefiníciójával, bármilyen pszichoterápiás irányzatot vizsgáljunk is. Felfogása szerint a gyógypedagógiai fejlesztésnek az autonóm személyiség kialakítása irányába kell hatnia egy relatív belső és külső függetlenség elérése céljából. A nevelői beavatkozásnak három területen kell érvényesülnie: *szociokulturális-ökonómiai, individuális-emocionális és individuális-funkcionális* szinten. Az első szint azt jelenti, hogy a szülők, a testvérek, sőt a tágabb lakóközösség bevonása is szükséges a pedagógiai célok elérése érdekében. Igaz ugyan, hogy megemlíti, mindehhez szociálpolitikai, szociálpedagógiai és adott esetben családterápiás pszichológiai eszközök is szükségesek, de mindez a gyógypedagógiai nevelői célok elérésének van alárendelve. Az individuális-funkcionális szint beavatkozásai között említi a szociális, kognitív és pragmatikus kompetenciák fejlesztését. Hangsúlyozza a személyorientáltságot, a konfliktusmegoldó stratégiák és az érzelmi egyensúly stabilitásának kifejlesztését, a magabiztosság érzésének növelését, a kontroll- és önkontroll-képesség gyakorlását (Vernooij, 1987). Ezek a fogalmak a különböző pszichoterápiás irányzatok szótárából kerültek át egy terápiás aspektust is hangsúlyozó különpedagógiai elméletbe.

Az elmúlt évtizedekben a rehabilitációs és terápiás megközelítésekből olyan fejlesztő programok alakultak ki, amelyek magas szakmai színvonalon egy-egy részképesség tréningjére irányultak. A neuropszichológia és az agykutatás jelentős fejlődése, a komputer felhasználása az emberi kognitív feldolgozási folyamatok modellezésében aprólékosan kidolgozott módszerek bevonulását jelentette a fogyatékos és a tanulási zavart mutató gyermekek ellátásába. Ezek a gyógypedagógus hagyományos módszerrepertoárjában azelőtt nem szerepeltek, és az osztálytermen kívüli világra, az egyéni korrekció keretébe illeszkedtek, gyakran idegen szakemberek biztosították. A dilemma feloldása két irányú volt, és ma is az. Egyrészt a gyógy-

pedagógusok nagy igyekezettel próbálják pszichológiai tudásukat, terápiás jártasságukat, módszerspecifikus képzettségüket kiegészíteni intenzív tanfolyamok, posztgraduális képzések keretében. Másrészt a gyógypedagógus-képző intézmények – külföldön és hazánkban is – megkísérlik a graduális képzés keretében biztosítani a terápiás igény kielégítését. Svájcban például klinikai gyógypedagógusnak nevezik azt a szakembert, aki a korai fejlesztésben, a szabadidő-pedagógiában, a felnőttek pedagógiai kísérésében és egyéni fejlesztő módszerek területén képzett. Hazánkban pedig a gyógypedagógus-képzésben az 1990-es években bevezetett reformban vált szét a tanári és a pedagógiai terapeuta szerepkörökre történő felkészítés.

A NEVELÉS ÉS TERÁPIA MEGKÜLÖNBÖZTETŐ JEGYEI, A PEDAGÓGUS ÉS A TERAPEUTA ELTÉRŐ SZEREPEI

Az előzőekben kifejtett gondolatok alapján úgy tűnhetett, hogy nagyon erős az összemosódás a nevelés és a terápiás beavatkozások között, mintha nem is volna a két tevékenységet végző szakemberek között pontos kompetenciahatár. Ez azonban nincsen így. A célokban lehet sok közös elem, a segítő beavatkozás kivitelezésében mégis jellegzetesek az eltérések.

TANÁR-DIÁK VISZONY

A nevelés-oktatás fontos szereplője a tanuló. A tanár-diák viszonyban a tanár birtokolja a tudást, a diák a befogadó. A tanárt természetesen érdekli az, hogy hogyan motiválja a tanuló érdeklődését, de ez akár sikerül neki, akár nem, előre meghatározott külső tudásanyagot ad ehhez a befogadáshoz. Ha problémát lát, ha a tanuló nem érti a feladatot, és nem képes megbirkózni vele, akkor a tananyagot változtatja, a módszereit igazítja hozzá a gyermek életkorához, képességeihez, újraszervezi a tanulási szituációt és nem a gyermeket akarja megváltoztatni. A tanár-diák dialógusban egyértelműen megjelenik a tanár értelmező szerepe a világ és a szociális akciók megismerésében. A pedagógus szerepe mindig aktív, befolyásoló.

TERAPEUTA-KLIENS VISZONY A PSZICHOTERÁPIÁBAN

A klienstől elvárja a terapeuta, hogy akarjon változni, legyen motivált a terápiával kapcsolatban. Arra törekszik, hogy a kliens belső fejlődése jöjjön létre a terápia során. Ehhez kívülről keveset, elsősorban nem ismereteket ad. Abban akarja erősíteni és arra akarja képessé tenni, hogy magától változzon, mintegy belülről. A tera-

peuta és kliens dialógus azt szolgálja, hogy a kliens jobban megértse önmagát. A terapeuta szerepe passzív, megértő, értelmező.

A gyermekpszichoterápia természetesen figyelembe veszi azt, hogy a különböző életkorú gyermekek erre az önreflexióra még nem képesek. A gyermekeknél a pszichoterápia alapvetően olyan kifejező módszerekkel dolgozik, mint a rajz, a modellezés, a játék, a bábjáték stb. „...a gyógyulás a terápiás viszonyon belül következik be az ott kibontakozó pszichodinamikában és annak gyermekszemléletű alkalmazásában úgy, hogy a testbeszéd, a tudattalan mozgások, a kreativitás impulzusai kifejezésre jussanak és formát nyerjenek." A pszichoterápiás kezelésmódok akkor eredményesek, ha érzékeny, szerető és komoly klinikai tapasztalattal rendelkező terapeuták gyakorolják őket, akik megőrizték saját belső gyermekségüket (Petzold, Ramin, 1996, 11–12.). Ez utóbbi gondolat érvényes lehet a pedagógiai beavatkozásra és az azt végző pedagógusra is.

A nevelési és a terápiás tevékenységek közös vonása az is, hogy módszertanilag összetettnek és az egyénhez igazodónak kell mindkét tevékenységnek lennie. Pedagógus és terapeuta azonos céllal, eltérő szerepvállalással dolgozik, bármilyen intézményben folyjék is a nevelési, fejlesztési vagy terápiás beavatkozás. Az együttműködés terepei világosak a gyermek fejlesztésére vonatkozó terápiás terv kidolgozásakor, a szülőkkel való munkában. Ahogy a pszichológus munkájában szupervízióra van szükség, úgy a nevelés határhelyzeteiben is biztosítani kell ezt. Ezek olyan helyzetek, amelyben a nevelő és a nevelt kapcsolatának harmonikus folyamata megakad, konfliktusszituációk alakulnak ki. Ilyenek pl. a nevelő és a gyermek közti viszony megromlása, a kapcsolat szélsőséges krízishelyzetei, amelyekben a nevelő részéről előfordulhat agresszió, visszaélés a hatalmával, vagy ha ezek nem is, saját tehetetlenségének érzése (Bundschuh, 1987; Reiser, 1975; Powell, Jordan, 1996).

Gondolatok a gyógypedagógia hagyományokra épülő új öndefiníciójához

A pedagógiai szaktudományokban általában és a gyógypedagógiában különösen erős az a törekvés, hogy a társtudományokkal és más szakmákkal egyenrangú, azzal azonos presztízsű helyzetet vívjon ki magának. Ehhez szükséges a pszichológiától, orvostudománytól, rehabilitációtól való különállás bemutatása, az összemosások elkerülése, a pedagógiai, nevelési, fejlesztési elvek elsődlegességének markáns hangsúlyozása minden területen.

Ezért a hagyományok közül azok felé próbálnak visszanyúlni, amelyek régebben is ilyen hangsúlyúak voltak. Paul Moornak, a gyógypedagógia kiemelkedő svájci elméletalkotójának megfogalmazása szerint a gyógypedagógia nem más, mint *pedagógia nehezített feltételek között*. Ehhez a korai állásponthoz csatlakozik Haeberlin

is, aki a 80-as évek közepén megjelenő általános gyógypedagógiáját úgy építi fel, hogy ez a pedagógiai dominancia egyértelmű legyen (cit. Haeberlin, 1985, 23.).

A hagyományokról szólva érdemes megemlíteni Ranschburg Pált is, aki orvos létére az oktatást és a nevelést tartja a gyógypedagógia legfontosabb feladatának, amikor elmélkedéseit a gyógypedagógia jelenéről és jövőjéről papírra veti, hozzátéve, hogy ez *„gyógyelőzati oktatás és nevelés"* legyen. A gyógypedagógia neve alatt összefoglalt szakmák szerinte azért tartoznak össze, mert tudományos alapjuk egy és ugyanaz: „...mindannyiuknak egyik gyökere ott ered, ahol a neveléstan a maga eljárásaival nem győzi, mert nemcsak fejleszteni kell, de gyógyítóan kell fejleszteni" (Ranschburg, 1909).

A modern gyógypedagógia magát pedagógiai dominanciájú, önálló, komplex tudománynak definiálja (Gordosné, 1993). Résztudományaihoz és társtudományaihoz való viszonyának újragondolása fontos feladat. Ebben a fejlesztés és terápia egymásra épülő és egymást kiegészítő funkcióinak pontosabb számbavétele is szükséges, melyhez elengedhetetlen az is, hogy az egyes tevékenységek hatásmechanizmusát is jobban ismerjük, beleértve a nem specifikus hatótényezőket is.

A gyógypedagógiának át kell gondolnia viszonyát a sérüléssel, fogyatékossággal, akadályozottsággal élő gyermekekhez, felnőttekhez. Figyelembe kell vennie a fogyatékosságügyi szakmákban és az érintettek érdekérvényesítő mozgalmaiban még napjainkban is zajló második nyelvújítás javaslatait. Ezek már nemcsak a szakma elnevezésére, hanem a minden szereplőjének és tevékenységének megjelölésére használt fogalmak revíziójára irányulnak. Az indítékok ebben a mozgalomban megváltoztak, egyre inkább politikai felhangot kaptak; a *political correctness*-nek a gyógypedagógia területére is begyűrűző hatásáról van itt szó. A sérült emberek esélyegyenlőségéért a jog eszközeivel küzdők alapkiindulása lett a pejoratív kifejezéseknek nemcsak a kerülése, hanem a tiltása is. A fogyatékos személyekre használt kifejezések megújításakor, a populáció és az egyes érintettek leírásakor a jelzős szerkezet helyett a személy/ember, a gyermek megjelölés kerül első helyre.

A fogyatékossággal élő személyekre irányuló bármilyen segítő beavatkozás esetében újraértékelést igényel a segítő és a segített hierarchikus viszonya is. A gyógypedagógia nehezen birkózott meg azokkal az egyéni autonómiát hangsúlyozó törekvésekkel, melyek a reformpedagógiákra épülve a modern pedagógiában és a sérült személyek érdekérvényesítő mozgalmaiban is tért hódítottak. Túlzottan mélyen élt a gyógypedagógusok tudatában az, hogy neveltjük sérült, a sérülésnek a fejlődést akadályozó korlátai vannak, védelemre, pártfogásra szorul, gyakran helyette is a gyógypedagógusnak kell közreműködnie a problémamegoldást jelentő életfeladatokban. A fogyatékossággal élő emberek és családjaik emancipálódása a hagyományos gyógypedagógiai segítő és rehabilitációs szemléleten túlmutató gondolkodást indukált. Az individuális igények hangsúlyozása, az azok kielégítéséért folytatott társadalmi küzdelem a fogyatékosságügy szereplőjét – akire a segítés irányult – a kiszolgáltatott gondozottból autonóm állampolgárrá léptette elő. Az önrendelkező

élet mozgalom a mozgáskorlátozottak világából indult el, de rövidesen utat talált az érzékszervi fogyatékos személyeken túl az értelmileg akadályozott emberek és családjaik körében is. Ismerjük el, hogy nemcsak a szakemberek tudhatják, hogy mire van szüksége a fogyatékossággal élő gyermeknek vagy felnőttnek, hanem ő maga, illetve szülője is. A gyógypedagógusnak fontos feladata, hogy meghallgassa és megértse az érintettek igényeit, és teret adjon annak, hogy az életkort és a fogyatékosság súlyosságát figyelembe véve a személynek legyen választási, beleszólási, adott esetben döntési joga az életét érintő kérdésekben. Szakemberek és érintettek kezdeti szembenállása helyett a jövő gyógypedagógiájának az együttműködésre, az egymás világának megértésére kell épülnie. A civil mozgalmak hazai térhódítása a fogyatékosságügyben azt a biztató jövőképet festi elénk, hogy a kezdeti bizalmatlanság és szembenállás máris oldódik, és az egymástól tanulás, a különböző szerepvállalás formái lassan, de biztatóan alakulnak. Ez teszi majd lehetővé, hogy a fogyatékossággal élő emberek a függőségtől az autonómiáig vezető úton sajátos igényeikhez illeszkedő segítséget kapjanak (Zászkaliczky, 1998).

Ahogy a pedagógiai szakszolgáltatások beépülnek ma már a közoktatás rendszerébe, úgy van erre szükség a gyógypedagógia esetében is. A gyógypedagógia 20. század eleji úttörői ezt modellértékűen ki is munkálták, a megvalósítás napjaink feladatai közé tartozik. Azok a mai szakértői és rehabilitációs bizottságok, amelyek régen a gyógypedagógiai iskolákba történő szelekciót biztosították, ma egyre inkább a fogyatékos gyermekek és családjaik sokoldalú, komplex támogatását valósítják meg a korai gyógypedagógiai beavatkozástól a későbbi élethelyzetek megoldásának segítéséig (Lányiné, 1997; 1999).

A gyógypedagógia akkor szolgálja leghatékonyabban a fogyatékossággal élő gyermekek érdekeit, ha minden eszközzel segíti integrációjukat a társadalomba. Ehhez az óvodai-iskolai integráció feltételeinek kimunkálása elengedhetetlen. Az e téren elindult tudományos kutatás keretében működő iskolai kísérletek lassan kezdenek beépülni a közoktatás rendszerébe (Csányi, 1997). Az iskola világa köré épülő szolgáltatásoknak is az integráció biztosítását kell segíteniük. Ausztriában a hazai pedagógiai szakszolgálati modelltől részben eltérő, komplexebb, több szakmát integráló szolgáltatási rendszer kialakításának tervét dolgozták ki különpedagógiai centrumok létesítésére, amelyek hálózatorientált kooperációs minták a közösségi munkában (Hovorka, 1994). Hasonló kezdeményezésekről más országokban is tudunk (Neukäter, 1996).

Az új évezredbe lépő gyógypedagógia számára adottak a kihívást jelentő feladatok. Az önálló, komplex tudomány elméletének továbbfejlesztése mellett a társszakmákkal – kiemelten a pszichológiákkal – való integrált együttműködés segítheti elő ezek megoldását.

BAGDY E. (1989) *Pszichoterápia a pszichoszomatikus gyógyításban*. In: Császár Gy. (szerk.) *Pszichoszomatika a gyakorlatban*. Pszichoteam, Budapest, 271–290.

BÁLINT A. (1936) *Versagen und Gewähren in der Erziehung*. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 10.

BÁNFALVY CS. (1995) *Gyógypedagógiai szociológia*. BGGYTF, Budapest.

BECKER, K. P. et al. (1979) *Rehabilitationspädagogik*. Volk und Gesundheit, Berlin.

BEGEMANN, E. (1994) *Anschauung vom Menschen als Basis des Lebens und Lernens – Zur Korrektur individualistischer und rationalistischer Person – (miss-)Verständnisse*. In: Amrein, Chr., Zászkaliczky, P. (Hrsg.) *Die Sonderpädagogik im Prozess der europäischen Integration*. In: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*. Zürich, 63. 2. 424–430.

BITTNER, G. (1967) *Psychoanalyse und soziale Erziehung*. Juventa Verlag, München.

BLEIDICK, U. (1972) *Pädagogik der Behinderten*. Marhold, Berlin.

BUDA B. (1981) *Előszó*. In: Buda B. (szerk.) *Pszichoterápia*. Gondolat, Budapest.

BUDA B. (1993) *A pszichoterápia alapkérdései. Kapcsolat és kommunikáció a pszichológiában*. Országos Alkohológiai Intézet, Budapest.

BUDA B. (1994a) *Mentálhigiéné*. Tanulmánygyűjtemény. Animula, Budapest.

BUDA B. (1994b) *Fejezetek az orvosi szociológia és a társaslélektan köréből*. Tanulmánykötet. TÁMASZ, Budapest.

BUNDSCHUH, K. (1987) *Grenzen in der Erziehung*. In: *Erziehen als Beruf. Festschrift für Andreas Möckel zum 60. Geburtstag*. Edition Bentheim, Würzburg, 71–84.

CSÁNYI Y. (1997) *Integrált iskoláztatatás*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon* I. köt. Keraban Könyvkiadó, Budapest.

GEORGENS, J. D., DEINHARDT, H. (1861) *Die Heilpädagogik*. Friedrich Fleischer, Leipzig

GEREVICH J. (1983) *Terápiák társadalma – társadalmak terápiája*. Magvető, Gyorsuló idő sorozat, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1964) *A gyógyító nevelés fogalmának fejlődéséről és korszerű értelmezéséről*. In: Kiss Á. (szerk.) *Tanulmányok a neveléstudomány köréből*. 1963. Akadémiai Kiadó, Budapest, 505–543.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1993) *Bevezetés a gyógypedagógiába*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

HAEBERLIN, U. (1985) *Allgemeine Heilpädagogik*. Verlag Paul Haupt, Bern, Stuttgart.

HANSEN, J.C. (ed.) (1984) *Families with handicapped member (The family therapy collections)*. Aspen Publication, Rockville, Maryland.

HEESE, G., WEGENER, H. (Hrsg.) (1969) *Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik und ihrer Grenzgebiete*. Marhold, Berlin.

HORÁNYI A., KÓSÁNÉ ORMAY V. (1988) *A nevelési tanácsadás hazai történeti előzményei*. In: *Pedagógiai Szemle*, 12., 1123–1135.

HOVORKA, H. (1994) *Schulische Integration und soziales Umfeld - Sonderpädagogische Zentren als Kooperationsbeispiele netzwerkorientierter Gemeinwesenarbeit*. In: Amrein, Chr., Zászkaliczky, P. (Hrsg.) *Die Sonderpädagogik im Prozess der europäischen Integration*. In: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, Zürich, 63. 2., 396–401.

ILLYÉS S. (1968) *A nevelés gyógyítási hatékonyságának magyarázata a gyógyító nevelés jelentősebb magyar elméleteiben*. In: *Tanulmányok a gyógypedagógia köréből*. Tankönyvkiadó, Budapest, 95-146.

JANTZEN, W. (1987) *Allgemeine Behindertenpädagogik*. Bd. I.: *Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen*. Weinheim, Basel.

KRAWITZ, R. (1995) *Pädagogik statt Therapie. Vom Sinn individualpädagogischen Sehens, Denkens und Handelns*. 2. Auflage. Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn.

LÁNYINÉ E. Á. (1992) *A Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet történetéhez*. In: Borbély S., Torda Á. (szerk.) *10 éves a Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet Vizsgáló és Tanácsadó*. BGGYTF, Budapest, 1–9.

LÁNYINÉ E. Á. (1997) *Gyógypedagógiai szakszolgáltatás*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon* I. köt. Keraban Könyvkiadó, Budapest.

LÁNYINÉ E. Á. (1999) *Honnan indultak és merre tartanak a fogyatékos gyermekeket vizsgáló szakértői bizottságok*. In: Nagyné Réz I. (szerk.) *Emlékkötet a szakértői bizottságok 25 éves jubileumi tudományos tanácskozása alkalmából*. Budapest, 18–23.

MESTERHÁZI ZS. (1997) *Gyógyító nevelés, gyógypedagógia*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon* I. köt. Keraban Könyvkiadó, Budapest.

MILLER, A. (1980) *Am Anfang war Erziehung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

MOOR, P. (1965) *Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch*. Bern, Stuttgart.

NEUKÄTER, H. (1996) *Erziehungshilfe bei Verhaltensstörungen. Vernetzung der sozialen, pädagogischen und medizinischen Dienste*. Zentrum für pädagogische Berufspraxis, Oldenburg.

PÁLHEGYI F. (1967) *A gyógypedagógiai tevékenység pszichoterápiás jellegéről*. In: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2., 295–298.

PETZOLD, H., RAMIN, G. (1996) *Gyermekpszichoterápia*. Osiris, Budapest.

POWELL, ST., JORDAN, R. (1996) *Education, Therapy and Autism: A special case?* In: *Therapeutic Intervention in Autism: Perspectives from Research & Practice*. A collection of papers from the conference held at the College of St. Hild, St. Bede, University of Durham, April 1st-3rd, 1996, Autism Research Unit.

RANSCHBURG P. (1909) *Elmélkedések a gyógypedagógia jelenéről és jövőjéről*. In: *Magyar Gyógypedagógia*, 1., 41–50., 2., 81–85.

REISER, H. (1975) *Zur Praxis der psychoanalytischen Erziehung in der Sonderschu-*

le. In: Leber, A., Reiser, H. (Hrsg.) *Sozialpädagogik, Psychoanalyse und Sozialkritik*. Luchterhand, Darmstadt, 53–85.

SCHNELL J. (1948) *A Magyar Állami Gyermeklélektani Intézet kialakulása*. In: Ortutay Gy. (szerk.) *A köznevelés évkönyve*. Magyar Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium, Budapest, 242–247.

SCHÖN, B. (1989) *Therapie statt Erziehung? Chancen und Probleme der Terapeutisierung pädagogischer und sozialer Arbeit*. Frankfurt am Main.

SPECK, O. (1987) *System Heilpädagogik*. München, Basel.

STROHMER, D. C., PROUT, H. TH. (eds.) (1994) *Counseling and psychotherapy with persons with mental retardation and borderline intelligence*. Clinical Psychology Publishing Co., Inc., Brandon, Vermont.

VERNOOIJ, M. A. (1987) *Therapie oder sonderpädagogisches Handeln bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen*. In: *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 1., 12–21.

VÉRTES O. A. (1990) *Gyógyít-e a gyógyító pedagógia?* In: *Gyógypedagógiai Szemle* 3., 163–170.

ZÁSZKALICZKY P. (1998) *A függőségtől az autonómiáig*. Soros, Kézenfogva Alapítvány, Budapest.

6.

Diagnosztika és gyógypedagógia

Bevezetés

A viselkedés megismerésének és megértésének problémái évtizedek óta a pszichológia és a neveléstudomány érdeklődésének középpontjában állnak és összefüggenek a diagnosztika kérdéseivel.

A diagnosztika szó görög eredetű, az orvostudományból származik, az állapot, a „betegség" felismerésének, meghatározásának, a diagnózis megalkotásának ismeretrendszere.

A pedagógiában más értelmet nyer, mint az orvostudományban, minthogy a fejlesztés céljával összefüggő intellektuális, pszichikus tényezők állapotának, fejlettségének meghatározását jelenti különböző eljárások, vizsgálatok segítségével. A pedagógia gyakorlatában az ún. diagnosztizáló mérés következtében nyílik lehetőség a fejlesztő beavatkozások megszervezésére.

S bár a pedagógia a fenti értelmezés alapján pontosan meghatározza a diagnosztika szerepét, a gyógypedagógiával ellentétben viszonylag lassan alakította ki annak gyakorlatát, hogy értelmezze, vajon mi az oka a gyermeki teljesítmények eltérésének, a fejlődés másságának. Ez ugyanis a gyógypedagógia számára kezdettől alapkérdésként fogalmazódott meg. A pedagógia és a gyógypedagógia diagnosztikához való eltérő viszonya jelentősen összefügg az érintett népesség különböző sajátosságaival. A szellemi, szociális, emocionális és pszichikus fejlődés veszélyeztetettsége, a fogyatékosság okozta izoláció veszélye, a fejlődés, a teljesítmény és a viselkedés zavarai, a fogyatékosság különböző formáit jellemző tünetek feltárása, továbbá ezek jellegének, mértékének megállapítása szükségszerűen erősítette a gyógypedagógián belül a gyógypedagógiai diagnosztika szerepét.

A diagnosztika a gyógypedagógia elméletéhez és gyakorlatához annak tudománnyá válása óta szorosan kapcsolódik, a szaktudományi ismeretek gyarapodásával az elmúlt évtizedekben a gyógypedagógia egyik önálló területévé vált.

A gyógypedagógiai nevelés folyamatát a fogyatékos (sérült, akadályozott, fejlődésükben zavart) gyermekek, fiatalok, illetve nemegyszer a felnőttek esetében ugyanis a speciális szükségletek felismerése és diagnosztizálása indítja el.

A gyógypedagógiai diagnosztika önálló ismeretrendszerének kialakulása nem választható el a gyógypedagógiai pszichológia hazai kialakulásától, százéves múltjától, abban szorosan gyökerezik.

A komplex gyógypedagógiai diagnózis fogalmát a gyógypedagógiai pszichológia alkotta meg annak alapján, hogy figyelembe vette a kóreredet, az előélet, a vizsgálati eredmények és az aktuálisan észlelt állapot leírása mellett a gyógypedagógiai segítségnyújtás irányait és feladatait. A gyógypedagógiai pszichológia, tudományos ismeretrendszerének kialakulásától kezdődően szorosan összefonódott a gyógypedagógiával. Olyan szemléleti alapról indult el a századfordulón, amely összhangban áll a mai kor fejlesztési irányultságú diagnosztikus szemléletével, s magában hordja a diagnosztikus kérdések differenciált megközelítésének valamennyi lehetőségét.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHODIAGNOSZTIKA GYÖKEREI

Ranschburg Pál (1870–1945) ideg-elmeorvos, aki egyben a magyar kísérleti pszichológia úttörője, 1899-ben a Budapesti Királyi Magyar Tudományegyetem orvosi karán *Psychofizikai Laboratóriumot* alapított (Gordosné, 1997). A laboratórium működése, nem sokkal megalakulása után, 1902-től kezdve kifejezetten gyógypedagógiai irányultságúvá vált. A Gyógypedagógiai Psychológiai Laboratóriumban Ranschburg és munkatársi köre az észlelés és emlékezetpszichológiai kutatások mellett ép és fogyatékos gyermekek összehasonlító vizsgálatával, valamint az értelmi fogyatékos gyermekek emlékezetének, olvasás-, írás-, számolásteljesítményének vizsgálatával foglalkozott. A megismerés és feltárás sokszínű rendszerén keresztül alapozta meg azt a – későbbiekben részletezett – komplex gyógy/pedagógiai pszichológiai vizsgálati modellt, amely a teljesítmény, a képesség- és a személyiségzavarok tünetei és okai közötti összefüggések keresésével, az egyén életútjának, előéletének részletes feltárásával az eltérő fejlődés, a megnehezült társadalmi beilleszkedés problémájának megismerését, a változtatás irányába ható segítségnyújtás lehetséges formáinak megválasztását tette lehetővé.

Ranschburg diagnosztikus munkássága Szondi Lipót nyomán 1926–1940 között, a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Kórtani és Gyógytani Laboratóriumában, a *Szondi Laboratórium*-ban folytatódott. A sokirányú, oktatási-, orvosi-, kutatási tevékenység mellett Szondi vezetésével kezdettől hangsúlyos szerepet kapott a gyógypedagógusok és különböző szakemberek diagnosztikus munkára történő felkészítése, továbbá a *Szondi-féle ösztöndiagnosztikai teszt* kidolgozása, családfavizsgálatok gyakorlatának bevezetése, valamint a laboratórium diagnosztikus és terápiás esetforgalmának fokozatos növelésével az értelmi- és az érzékszervi fogyatékosok mellett dadogók, neurotikusok, bűnöző fiatalok gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálata. Általános gyakorlattá vált, mint ahogy ma is az, hogy a vizsgált személyről törzslap, a vizsgálatokról részletes jegyzőkönyv készült. Ennek keretében kapott kiemelt szerepet a *támasznyújtás*, Szondi szavaival élve, a *„kanizás"*, az egyes gyermek vagy fiatal személyével, az érintett családdal való foglalkozás, a pszichológiai és pedagógiai segítségnyújtás mellett a sokrétű jogi és szociális ügyintézés.

A laboratórium szervezetileg több átalakuláson ment keresztül, kórtani és pszichológiai oktatási funkciói megerősödtek, a főiskola tanszékeinek munkájában kiszélesedtek (Gordosné, 2000). E tevékenység folytatásaként 1975–1981 között Illyés Gyuláné, Gordosné dr. Szabó Anna és Lányiné dr. Engelmayer Ágnes szakmai szervezőmunkájának köszönhetően kezdte meg működését a *Gyógypedagógiai Vizsgáló és Tanácsadó Intézet*. Ez a tevékenység azután 1981-től, az akkor megalakult *Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet* hasonló nevű és funkciójú részlegében, majd 1998 szeptemberétől a főiskola *Pedagógiai Szakszolgálat és Szakmai Szolgáltató Központjába* integrálódva folytatódott. Az országos hatáskörrel sok éven át működő *Vizsgáló és Tanácsadó* mintegy 23 000 fogyatékos és eltérően fejlődő gyermek és fiatal számára nyújtott diagnosztikus és fejlesztési segítséget, továbbá a gyógypedagógus-képzés gyakorlóterepeként folyamatosan végezte gyógypedagógus-hallgatók és a szakterületen dolgozó kollégák ilyen irányú felkészítését. Különböző kutatások keretében segítette elő diagnosztikus eljárások kidolgozását, adaptálását, tanegységek tartalmának kidolgozását, a gyógypedagógiai diagnosztika tudományos igényű művelését.

A már felsoroltakon kívül természetesen a főiskola tanszékein, illetve a főiskolán kívül, a gyógypedagógiai és a klinikai pszichológia különböző területein, a tanulási képességet vizsgáló szakértői bizottságokban, korai fejlesztő központokban, beszédjavító intézetekben, nevelési tanácsadókban, továbbá az egészségügyi és rehabilitációs intézményekben, az ott dolgozó gyógypedagógusok és gyógypedagógus-pszichológusok munkájának részeként, szerteágazó, sokszínű diagnosztikus tevékenység folyt és folyik ma is.

A klinikai pszichológia és mentálhigiéné szakmai protokollja (Bagdy, 1998) külön fejezetben tárgyalja az értelmi-, beszéd-, hallás-, látás- és mozgássérülés esetén alkalmazandó diagnosztikus eljárásokat, a szakmai kompetenciát, a speciális diagnosztikai problémák feltárása esetén megjelenő szakemberszükségletet.

A *Ranschburg-iskola*, amely szakemberek generációit állította és állítja jelenleg is pályára, megalapozta a gyógypedagógiai diagnosztika elméletét és gyakorlatát, szorosra fűzte a gyógypedagógia és a diagnosztika kapcsolatrendszerét. Ebben a kapcsolatrendszerben alakult ki a problémák megközelítésének három jelentős irányvonala: a gyógypedagógiai pszichológiai, a gyógypedagógiai és a gyógypedagógiai kórtani megközelítés, amelyek a diagnosztikus gyakorlatban az ún. komplex gyógypedagógiai pszichológiai modellben együttesen vannak jelen.

A diagnosztikai ismeretek a pedagógusképzésben egyedülálló módon, különböző elméleti és gyakorlati jellegű tanegységekbe integráltan (mint pl. a pszichológiai megismerés alapjai, gyógypedagógiai pszichodiagnosztika, beszédfogyatékosok pszichodiagnosztikája, hallássérültek pszichodiagnosztikája, látássérültek pszichodiagnosztikája, mozgáskorlátozottak pszichodiagnosztikája, értelmileg akadályozottak pszichodiagnosztikája, tanulásban akadályozottak pszichodiagnosztikája, inadaptált gyermekek pszichodiagnosztikája, pedagógiai diagnosztika, pszichodiagnosztika gyakorlat) folyamatosan válnak a gyógypedagógiai tudás részévé.

Diagnosztikus szükségletek a gyógypedagógiában

A nemzetközileg is elismert gazdag történeti múlt, a jelentős szakmai hagyományok, tudományos eredmények ellenére, a gyógypedagógiát és a gyógypedagógiai pszichológiát évtizedek folyamán átható, sok szempontból kifogásolt ún. orvosi modell a diagnosztika, az oktatás, nevelés, fejlesztés kérdései felé forduló szakemberekben, így a neveléstudomány, a gyógypedagógia művelőiben még ma is gyakran negatív asszociációkat ébreszt: Mintha az a megismerés öncélúságát, a számokban, pszichometrikusan kifejezett teljesítmények önmagáértvalóságát, az egyéneket egymástól és közösségeiktől elválasztó szelekciós kritériumok érvényesítését jelentené.

A gyógypedagógiában a diagnosztikai tevékenység sohasem öncélú. Sajátos *kommunikációs funkciója van*, minthogy aktív információcserét tesz lehetővé a vizsgáló és a vizsgált személy között.

Ennek részeként a diagnosztikus, feltáró folyamatba ágyazottan lehetőséget nyújt az élet egyes szakaszaiban felmerülő problémák sokoldalú, különböző szintű feltárására.

Speciális (a pedagógia, a pszichológia, illetve az orvosi diagnosztika területén alkalmazott) technikák, vizsgáló eljárások bevonásával *elősegíti döntések meghozatalát* a nehezített élethelyzetekben jelentkező problémák esetleges megszüntetésére, befolyásolására, így pl. a korai fejlődés időszakában, vagy a gyermek-, illetve a felnőttkor egyes színterein, más esetekben a rehabilitáció módszereinek megválasztásában.

Az elmúlt időszakban a gyógypedagógiai diagnosztikán belül folyamatos belső differenciálódás ment végbe, ennek nyomán alakultak ki a gyógypedagógiai diagnosztika különböző területei és azok tartalma:

– egy populáció sajátos diagnosztikai problémáinak megjelenítése (pl. értelmi-, beszéd- vagy mozgásfogyatékosok diagnosztikája);

– bizonyos gyógypedagógiai tevékenységhez kapcsolódó diagnosztika (pl. logopédiai diagnosztika);

– életkorspecifikus kérdéseket tárgyaló diagnosztika (pl. korai gyógypedagógiai diagnosztika);

– a nevelés-oktatás folyamata szempontjából releváns pedagógiai diagnosztika (pl. tanulásdiagnosztika);

– illetve a pszichikus képességek, egyes funkciók, a személyiség sokirányú megismerését különböző standardizált eljárások bevonásával segítő gyógypedagógiai pszichodiagnosztika.

A közoktatás átalakulása, az iskolarendszer elmozdulása a képességfejlesztő, gyermekközpontú iskola felé, továbbá az esélyegyenlőség biztosításának társadalmi programja a diagnosztikus szükségletek növekedésének irányába mutatnak.

Ezt a tendenciát erősíti

– az óvodai-iskolai nevelés során problémásnak minősülő gyermekek, a társadalmi beilleszkedési zavarokkal küzdő fiatalok számának növekedése;

– az integráció fokozatos térnyerése;

– a pedagógiai prevenció kérdései, amelyek ma a közoktatásban a tanulási és a viselkedészavarokkal kapcsolatban kiemelt szerepet játszanak;

– az egyéni szükségletekhez igazodó fejlesztő, illetve rehabilitációs programok, a helyi nevelési tervek alapján végzett munka, különös tekintettel a hátrányos helyzetű, a különböző részképességzavarok következtében eltérően fejlődő, gyógypedagógiai megsegítést igénylő gyermekekre, vagy a későbbi életkorban károsodást szenvedett személyekre.

A diagnosztikus tevékenység folytatásának egyik jelentős feltétele azoknak az intézményeknek a megléte, amelyek szakmailag megfelelően felkészültek, fogadókészek a gyermekek, a fiatalok, s nem elhanyagolható módon a felnőttek problémáinak érdemi kezelésére, a nehezített élethelyzetekben nyújtott tanácsadásra és segítségnyújtásra.

A gyógypedagógia nemzetközi gyakorlatában a hatvanas évektől jól ismert a fejlesztőközpontok és olyan intézmények hálózatának a kiépülése, amelyek sokszínű, fejlesztési-terápiás tevékenységüket diagnosztikus módszerek kifejlesztésére, differenciált diagnosztikus szolgáltatások működésére építették. Ebbe a nemzetközi trendbe beleilleszkedik a pedagógiai szakszolgálatok hazai rendszere, az a tevékenység, amelyet a tanulási képességet vizsgáló szakértői bizottságok, nevelési tanácsadók, beszédjavító intézetek, korai fejlesztőközpontok végeznek.

Az intézményrendszer átalakulása, az integrált nevelés feltételeinek megteremtése olyan pedagógiai rendszerek működést is lehetővé teszi, ahol a különböző gyermekcsoportokat befogadó óvoda és iskola, a "közös tető alatt" működő diagnosztikus és fejlesztő részleggel együtt gondoskodik a személyiség sokoldalú fejlesztéséről.

A képességek és tulajdonságok megítélésének különböző útjai

Az orvosi modell

A gyógypedagógiában nem kerülhető meg az ép és a fogyatékos állapot sajátosságainak meghatározása, azoknak a lehetőségeknek a keresése, amelyek az egyén társadalmi beilleszkedését a neki legmegfelelőbb szinten lehetővé teszik.

E kérdések megválaszolásában diagnosztikus szempontból – nemcsak Magyarországon, hanem más országokban is – jelentős szerepet játszott az orvosi-klinikai megközelítési mód, az ún. orvosi modell. Hatása napjainkban, a paradigmaváltás időszakában is érezhető.

Az orvosi modell lényege abban foglalható össze, hogy

– *az egyént*, a fogyatékos, sérült, akadályozott fejlődésű gyermeket, fiatalt, illetve felnőttet *betegnek*, a kóros állapot hordozójának *tekinti*;

– *a baj, a sikertelenség, a kudarc, a tanulási nehézség, az eltérő fejlődés okát magában az egyénben véli felfedezni*;

– az egyén állapotához illeszkedő megfelelő beavatkozás, gyógymód, terápia függvényében gyógyíthatónak, megszüntethetőnek, enyhíthetőnek véli a tüneteket.

A legfőbb kritika, amely az orvosi modellel szemben megfogalmazódik az, hogy *a hangsúlyt elsődlegesen a biológiai tényezőkre helyezi és kevéssé veszi figyelembe azt a szociális-kulturális feltételrendszert*, amely ugyancsak előidézője, kiváltója lehet a képességek eltérő fejlődésének, a beilleszkedési nehézségeknek, a tanítás-tanulás sikertelenségének. Nem hanyagolható el ugyanakkor az a szempont sem, hogy a képességek különböző zavarai, az eltérő fejlődés sajátosságai bizonyos esetekben az orvosi megközelítés alapján nem magyarázhatók. Jó példája ennek a minimális cerebrális diszfunkció fogalmának fokozatos háttérbeszorulása a tanulási képesség zavarainak diagnosztizálásában, vagy a hátrányos helyzet következményeként kialakuló tanulási sikertelenségek pszichoszociális feltételei, ahol az egyéni biográfia alapján jobban értelmezhetők a problémák, mintha azt a „betegség" megnyilvánulásának tekintik.

A KOMPLEX GYÓGYPEDAGÓGIAI-PSZICHOLÓGIAI MODELL

A gyógypedagógia olyan *komplex embertudomány*, amely a fogyatékosság kérdéseit a nevelés, a fejlesztés, a habilitáció és rehabilitáció kérdéseivel összefüggésben a teljes élettartamra vonatkozóan tárgyalja. A gyógypedagógiai pszichológia számára alapvető feladat a fogyatékos ember megismerése.

A komplex gyógypedagógiai-pszichológiai modell alapja az a *humanisztikus emberkép*, amely az egyént mint pszichológiai, biológiai és szociális egységet szemléli, és problémájának megismerését – a klinikai pszichológia eszköztára, valamint speciálisan a fogyatékosság feltárását segítő eljárások felhasználásával – a teljes (klinikai) kép, az egyén *pszichológiai profiljának megismerésén keresztül* tartja lehetségesnek.

A modellben – főként a gyermekeknél – hangsúlyos szerepet kap a pedagógia igen régóta megfogalmazódó igénye a pszichológia iránt, hogy nyújtson segítséget a fogyatékososság, az akadályozottság megismeréséhez, a teljesítmény- és viselkedési zavarok feltárásához.

Komplex jellege abban fejeződik ki, hogy a teljesítmények, a képességek és funkciók, valamint az ezek működését meghatározó belső és külső feltételek figyelembevételével történik az adott probléma, *a teljes klinikai kép feltárása az itt következő, több szempontú megközelítés alapján:*

a pedagógiai szempontú megközelítés

a gyermek/fiatal óvodai, iskolai teljesítményeit, tudásszintjét, tanithatóságát, tantárgyi teljesítményeit, óvodai, iskolai, intézményi nevelésének, oktatásának feltételeit,

a pszichológiai szempontú megközelítés

értelmességét, intelligenciáját, beszéd-, mozgás-, rajzképességét, kognitív funkcióit, magatartását, személyiségét, az életkorához viszonyított fejlettségi szintjét,

a kóroki szempontú megközelítés

a probléma lehetséges biológiai és környezeti feltételeit, ezek kapcsolatát, a vizsgált személy egészségi állapotát, korának megfelelő testi-fizikai fejlettségét,

a szociális szempontú megközelítés

az életmódot, a fejlődés feltételeit, az életkörülményeket, személyi kapcsolatokat, a környezetre és a gyermek (fiatal vagy felnőtt) saját személyére gyakorolt hatását *veszi figyelembe*.

A komplex vizsgálati modell nélkülözhetetlen része továbbá:
– az anamnézis, az előélet, az életút alakulásának megismerése;
– a jelenlegi, aktuális állapot és a teljesítmények színvonalának megítélése;
– a diagnózis megfogalmazása valamennyi szempont mérlegelésével.

A probléma feltárása többféle diagnosztikus eljárás felhasználásával (megfigyelés, kikérdezés, tesztvizsgálatok, skálák, orvosi vizsgálati technikák) történik.

A diagnózis felállításával párhuzamosan segítő stratégiákat, megoldási javaslatokat (pedagógiai fejlesztés, pszichoterápia, műtét, segédeszköz alkalmazása, környezet, iskolaváltoztatás, nevelési tanácsadás stb.) fogalmaznak meg, amelyek az élethelyzet módosítását, az akadályozottságból eredő hátrányok csökkentését, enyhítését, megszüntetését segíthetik elő.

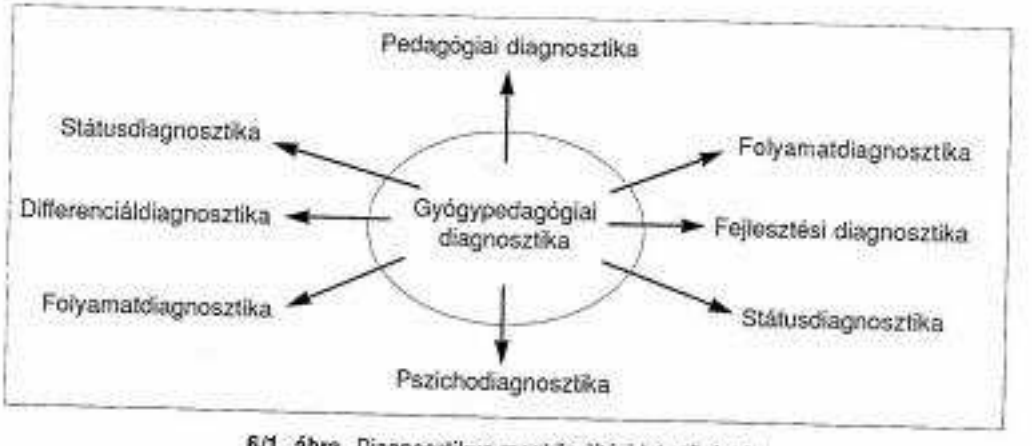
A komplex gyógypedagógiai-pszichológiai modell az egyént nem „beteg"-nek, hanem a környezetével aktív kapcsolatban álló személynek tekinti, aki ha (bizonyos kórformák, hallás-, látás-, mozgás-, beszédsérülés, központi idegrendszeri ártalom esetében) hordozója is egy adott állapotnak, képes a változásra és környezetének alakítására.

A DIAGNOSZTIKUS KÉRDÉSEK MEGKÖZELÍTÉSÉNEK KÜLÖNBÖZŐ LEHETŐSÉGEI A GYÓGYPEDAGÓGIÁBAN

A diagnosztikus kérdések megválaszolása többféle megközelítésben történhet, mondhatjuk azt is, hogy nincs királyi út ezen a téren. A különféle megközelítési módok nem állnak ellentétben egymással, valamennyinek megvan a maga létjogosultsága. Az, hogy mikor melyiknek van nagyobb szerepe a diagnosztikus folyamat-

ban, a probléma jellegétől, a vizsgáló vagy vizsgáló team részéről, vagy mások által felvetett kérdésektől, szakmai felkészültségtől, a rendelkezésre álló körülményektől, feltételektől jelentősen függ. A diagnosztika akkor válik hasznos eszközzé a szakember kezében, ha célirányos megismerésre törekszik, hipotézisét széles körű vizsgálati adatokkal támasztja alá, s képes a megszerzett ismeretek hasznosítására az egyén érdekében.

A diagnosztikus munka alapfeltétele olyan vizsgálati helyzet megteremtése, amelyben a vizsgált személy minden zavaró körülménytől mentesen megnyilvánulhat, ahol képességeinek, teljesítményeinek maximumát nyújthatja. Ezek a helyzetek, akár óvodai csoportban, iskolai osztályban állnak elő, pl. egy teljesítménymérés esetében, akár a szülő, hozzátartozó jelenlétében történnek a zavarmentesnek tekintett, jól felszerelt vizsgáló helyiségben, a gyermekben és felnőttben egyaránt szorongást, félelmet, zavart kelthetnek, szokatlan reakciókat (sírás, az együttműködés megtagadása, gyakori hibázás, dadogás fokozódása stb.) válthatnak ki. A vizsgálónak ezeket mindig mérlegelnie kell az egyén megítélésénél. A gyógypedagógiai diagnosztikában ugyanis alapvetően fontos annak megítélése, hogy mi az egyén teljesítőképességének felső határa, hogy a szűkebb és tágabb társadalmi beilleszkedését mely képesség- és teljesítményelőnyök segítik, illetve mely hiányosságok nehezítik.



6/1. ábra. Diagnosztikus megközelítési lehetőségek

Státusdiagnosztika

A megközelítés egyfajta lehetőségét hordozza a státusdiagnosztika, amely *az aktuális állapot megismerését, feltárását, megfogalmazását teszi lehetővé egy adott időszakban.* A státusdiagnosztika a gyermekkel, a vizsgált személlyel kapcsolatba kerülő valamennyi szakember (pszichológus, orvos, logopédus, fejlesztőpedagógus) számára jó lehetőséget nyújt:

– a fejlettség szintjének komplex megítélésére egy bizonyos életkorban;
– egy részképesség, részteljesítmény (beszéd-, mozgásállapot, olvasásteljesítmény, testi fejlettség) aktuális fejlettségi színvonalának megítélésére.

Nem nélkülözheti természetesen az életkorhoz, az adott problémához illeszkedő diagnosztikus módszerek, eljárások megválasztását, ezek eredményeinek kiértékelését és az adott állapotnak megfelelő fejlesztési javaslatok megfogalmazását. A státusdiagnosztika jó lehetőséget nyújt ahhoz, hogy a későbbiekben, a nyomon követés, a kontrollvizsgálat alkalmával képet kapjunk a megtett útról, a gyermek fejlődéséről, a teljesítmények, a képességek változásáról, egy újabb, az előzőekhez képest már megváltozott státus leírásával. A komplex gyógypedagógiai pszichológiai modellben a jelen állapot, a status praesens felvétele esetén is élünk a státusdiagnosztika lehetőségével, amely alapvetően leíró jellegű.

Folyamatdiagnosztika

Az aktuális állapot diagnosztizálása helyett és mellett egyre nagyobb hangsúlyt kap a tanulási folyamatok, *a fejlődés, az állapot változásának nyomon követése, az ún. folyamatdiagnosztika.* Ez valósul meg a kontrollvizsgálatok, más szóval a nyomon követő vizsgálatok alkalmával, amikor az egy bizonyos idő alatt, az előző vizsgálat óta bekövetkezett változásokról kaphatunk visszajelzést. A folyamatdiagnosztika a státusdiagnosztikához viszonyítva nem leíró, hanem összehasonlító jellegű. Alkalmazása igen hasznos segítséget nyújt pl. a korai életszakasztól kezdődően végbement változásokra, vagy a sérülés kezdetétől a rehabilitáció befejezéséig eltelt időszakra vonatkozóan, a képességrendszer egészének, vagy egy részképesség, egy teljesítmény változásának folyamatában.

Segíti a folyamatdiagnosztikát különböző pszichometriai eljárások alkalmazása, amelyeknek segítségével jól nyomon követhető pl. globális mutatók (IQ, PQ, RQ) változása, a képességstruktúra átalakulása, a pszichikus teljesítményekben (észlelés, emlékezet stb.), vagy az iskolai teljesítményekben végbement változás (pl. hibaszám, az olvasási idő csökkenése stb.).

Differenciáldiagnosztika

A differenciáldiagnosztika az a megközelítési mód, amely részben az *egyének és csoportok, részben a teljesítmények, a képességek és tulajdonságok közötti különbségeket fejezi ki.*

A gyógypedagógia fogalomrendszerében a sérült állapotot, akadályozottságot kifejező, gyakran használt, stigmatizáló és mégis nehezen megkerülhető minősítések,

mint „ép és fogyatékos", „egészséges és beteg", „ép és sérült" stb., a differenciáldiagnosztika alapján történő megközelítést tükrözik.

S minthogy a különbségek megfogalmazása (pl. nem épértelmű, hanem szellemileg elmaradott, nem beszédben hanem értelmileg akadályozott) igen gyakran az elkülönítés, a megkülönböztetés, a szelekció irányába hatott (pl. óvodából, iskolából áthelyezés a fogyatékosok intézményébe), szerepe az integráció, a fogyatékosok esélyegyenlőségének megteremtését célul kitűző társadalmi törekvések erősödésével vitatottá vált, háttérbe szorult.

A differenciáldiagnosztikai megközelítés a gyógypedagógiai diagnosztikában a korábban tárgyalt orvosi modell (l. 91. oldal) hatását mutatja.

Az orvostudományban, a *Betegségek Nemzetközi Osztályozásának (BNO)* rendszere alapján jól ismertek a betegségek, betegségcsoportok különböző kategóriái, köztük a fogyatékosokhoz tartozók különböző csoportjai és azoknak bizonyos szempontok alapján történő elhatárolása más csoportoktól.

Példaként említjük a BNO-ban „az artikuláció jellegzetes zavara" címszó alatt leírt jelenséget (BNO–10, 1994, 352), amelyet a logopédia részben hasonló, részben pöszeség elnevezéssel jelöl, s amelyhez nem sorolható:

- az artikuláció romlása esetén fellépő zavar;
- az afázia;
- az apraxia,
- a halláskárosodás;
- a mentális retardáció;
- a nyelvfejlődés expresszív és receptív zavarai.

Az orvostudomány tehát nagyon határozottan él a jelenségek elhatárolásának lehetőségével, amely a gyógypedagógia szempontjából sem mellőzhető teljesen.

A fogyatékosság, az eltérő fejlődés, a sérülés következményeinek felismerése a gyermek viselkedésében, megnyilvánulásaiban gyakran a laikus számára is szembetűnő. Azt azonban, hogy tényleges-en mi a probléma, fogyatékos-e a gyermek egyáltalán, mennyire tekinthető súlyosnak az állapota, annak melyik megjelenési formájával jellemezhető, gyógypedagógiai differenciáldiagnózis segítségével állapíthatjuk meg.

Differenciáldiagnosztikai szempontot érvényesítünk az olyan esetekben, mint:

- az ép és fogyatékos állapot elhatárolása;
- az egyes fogyatékossági kategóriák (értelmi, érzékszervi, testi, beszédfogyatékos), illetve a pszichés fejlődés különböző zavarainak (autizmus, hiperaktivitás, diszlexia) meghatározása;
- egy kategórián belül (pl. hallássérült) a tünetek alapján történő állapotleírás, (mint pl. diszfáziás nagyothalló), továbbá
- az intézményrendszerbe (gyógypedagógiai óvodába, integráló óvodába, spe-

ciális általános iskolába, fejlesztő vagy hagyományos tantervű osztályba) történő elhelyezés.

A gyógypedagógiai pszichológia gyakorlatában az ép és zavart fejlődés elkülönítésére, a fogyatékosság mértékének, jellegének megállapítása céljára pszichometriai eljárások, informális tesztek, szűrőeljárások széles skálája terjedt el és képezi a gyógypedagógiai pszichodiagnosztika eszköztárát.

Az utóbbi két évtizedben azonban – túlnyomóan deficitorientált, a szelekció irányába ható jellegük miatt – egyre több kritika érte a különböző vizsgálómódszereket, köztük azokat a hagyományos tesztpszichológiai eljárásokat, amelyek többek között az agyi károsodások következményeként létrejött mentális és kognitív funkciózavarok feltárásának eszközeiként ismertek.

A kritika megfogalmazódásához hozzájárult az is, hogy a pszichometriailag különböző IQ, PQ, VQ, RQ teljesítménymutatókban kifejezett diagnosztikus eredmények hozzájárultak a szelekciós elv érvényesítéséhez, miközben a vizsgálók gyakran figyelmen kívül hagyták a viselkedés körülményeinek komplexitását, a környezet fejlődést befolyásoló szerepét. A számszerűsített globális mutatókra épülő diagnózisokat nehezen lehetett a gyakorlatban alkalmazni, ezek alapján aligha lehetett, illetve lehet differenciált terápiát és rehabilitációs tennivalókat megfogalmazni.

A differenciáldiagnosztikával szemben megfogalmazódó valamennyi kritikai érv ellenére azonban állítható, hogy szerepe a diagnosztikus folyamatban nem kerülhető meg. A vizsgálati eredmények, a tünetek ismeretében ugyanis tudnunk kell megfogalmazni az adott állapot lényegét, tudnunk kell megkülönböztetni más állapotok jellegzetességétől, körül kell tudnunk határolni az állapotnak megfelelő diagnosztikus kategóriát. Ez a körülhatárolás azonban sohasem a stigmatizálás, a szelekció, hanem a megfelelő segítségnyújtási formák megválasztásának szándékával történik.

Egy négyéves gyermek esetében például, aki nem beszél, előélete, életkörülményei és a rendelkezésre álló vizsgálati eredmények alapján kell tisztázni, hogy megkésett beszédfejlődésű, diszfáziás, hallássérült vagy mutizmusa van. Amennyiben ez nem történik meg, kevéssé lehet túllépni azon, amit a gyermek környezete maga is tapasztalt, és úgy fejezett ki például, hogy „beszédében el van maradva". Mindezek hiányában a fejlesztés lehetőségeinek megválasztása, a fejlődés kilátásainak megfogalmazása továbbra is kérdésessé válik.

A differenciáldiagnosztikai szempontú megközelítés korszerű értelmezése azt is jelenti, hogy a kategóriához való tartozás egy aktuális állapotot, státust fejez ki, amely a gyermeki fejlődés dinamikájának ismeretében sohasem tekinthető lezártnak, véglegesnek.

A differenciáldiagnosztika mellett – bizonyos értelemben azt fel is váltva – egyre meghatározóbbá vált a fejlesztési irányultságú (fejlesztő) diagnosztika, amelynek gondolata a gyógypedagógiai pszichológiában már a 20. század elején megfogalmazódott. A diagnosztikán belül az 1960-as évek végétől erősödött meg, és napjainkban ennek jelentősége meghatározóvá vált.

A fejlesztő diagnosztika *erőteljesen pedagógiai orientációjú, a személyközpontú pedagógia alapját jelenti, középpontjában a személy, a gyermek egyedisége, teljessége áll.* A fejlesztő diagnosztika és az erre épülő fejlesztő pedagógia filozófiai alapját erőteljesen befolyásolta a humanista pszichológia nézetrendszere, amely a gyermeki igények figyelembevételét, egyéni szükségleteinek és szabadságigényének kielégítését, a képességek fejlődéséhez, az önmegvalósításhoz nyújtott segítségadást, egyéni motivációinak megerősítését jelenti. *Alapvető célja az egyéni szükségletek megismerése, hiányosságok (képességdeficitek) és képességelőnyök feltárása, a változtatás, a fejlesztés irányának, területeinek meghatározása a beavatkozások speciális (terápiás) eszközeinek felhasználásával.*

„A gyógypedagógiának kötelessége a gyermeki fejlődés minden aspektusát figyelembe venni, összhangban a gyermek környezetével. Ez az alapja az egyes gyermekről alkotott átfogó pszichológiai profil kidolgozásának" – fogalmazódik meg igen határozottan a fejlesztő diagnosztika és terápia jelentős elméletalkotója, Frostig munkásságában (cit.: Gregoir van Treck, 1992).

A megismerés tehát nemcsak a gyermekre magára, hanem az őt körülvevő környezetre is vonatkozik, minthogy a problémák az adott környezettől nem függetleníthetők, a fejlesztés, az állapot megváltoztatása pedig sohasem a „normához", a normális fejlettségi szinthez történő „hozzáigazítást", hanem a gyermek önmagához való viszonyának megváltoztatását jelenti, azt, hogy a gyermekből a pedagógus segítségével „a lehető legjobb gyermek váljon, amilyen csak lehet".

Ebben a folyamatban a pedagógusnak kiemelten fontos szerepe van. Megfigyeléseivel elősegíti az egyéni képességprofil leírását, diagnosztikus ismeretei birtokában a napi nevelő, oktató, fejlesztő tevékenysége során segíti a gyermek előrehaladását.

A fejlesztési irányultságú (fejlesztő) diagnosztika tehát szorosan összekapcsolódik a fejlesztő munkával, minthogy a gyermek teljesítményeinek, képességeinek ismeretében, a diagnosztikus folyamat befejezését követően kezdődik meg az egyéni szükségleteken alapuló fejlesztési terv kidolgozása, különböző fejlesztőprogramok, fejlesztő terápiák alkalmazása.

Ez a diagnosztikus megközelítés, amelyet a segítségnyújtás irányába mutató, újszerű szemléletmódként is említhetünk, a hatvanas évektől indult intenzív fejlődésnek az Egyesült Államokban, illetve az európai országokban. Kiteljesedése egybecsett azokkal a törekvésekkel, amelyek a közoktatási rendszerekben a minőségi oktatás iránt fogalmazódtak meg és amelyek az iskolarendszer, a közoktatási szolgáltatások napjainkig tartó differenciálódásához vezetett.

A fejlesztő diagnosztikai módszerek egyik – napjainkban is nagy gyakorisággal használt – csoportja az alkalmazott fejlődéspszichológia, a tanulási, nyelvi folyamatok pszichológiája, és a neuropszichológia elméleti bázisára alapozva dolgozták ki pl. a *Frostig-féle vizuális észlelési képességet vizsgáló tesztet*, az Ayres-féle dél-kaliforniai szenzoros integrációt vizsgáló tesztet és az Ayres Klinika egyéb vizsgálóeljárásait, a *Kiphard-féle mozgásvizsgáló tesztet* vagy a *Pszicholingvisztikai fejlődéstesztet* stb. Ezekhez a vizsgálóeljárásokhoz – különböző szerzői koncepciók alapján – változatos feladatrendszereket tartalmazó képességfejlesztő programok csatlakoznak, amelyek a fejlesztő munka gyakorlatában mint kognitív fejlesztő terápiák (Ayres-féle szenzoros integrációs terápia, Frostig-terápia, pszichomotoros fejlesztés, Sindelar-féle fejlesztő program stb.).

A fejlesztő diagnosztika körébe tartozó eljárások másik csoportja a pedagógiai teljesítmények és képességek mérésére kidolgozott eljárások rendszerét alkotja. Ezek közé tartozik a hazai gyakorlatban az óvodáskori fejlődési elmaradások felismerésére és az iskolaelőkészítő kompenzálás céljára kidolgozott Nagy József-féle *Prefer-teszt* (Nagy, 1980), valamint a logopédiai diagnosztika körébe sorolt vizsgálóeljárások, mint pl. a megkésett és akadályozott beszédfejlődés vizsgálata (Bittera, Juhász, 1995) vagy a *Diszlexia Prognosztikai Teszt* (Marositsné, 1996) stb., amelyek egyúttal a pedagógiai diagnosztikai eljárások körébe is sorolhatók.

A fejlesztő diagnosztika a diagnosztikus tevékenység elméleti és gyakorlati megújulásával a gyógypedagógiában a gyermekközpontú szemlélet erősödését jelentette.

Pedagógiai diagnosztika

A pedagógiai diagnosztika *alapvető funkciója a pedagógiai értékelés, amely egyrészt a gyermekek, tanulók teljesítményeinek* (pl. író-rajzoló mozgás, beszéd, olvasás, írás, számolás teljesítmények) *a személyiség valamely tanult tulajdonságának, fejlettségi szintjének megítélését, a tanulók minősítését, másrészt az adott tulajdonság kívánt színvonalú elérésének céljából a pedagógiai folyamat tervezését, (tanterv, tantervfejlesztés, tantervi értékelés) jelenti.*

A pedagógiai diagnosztika fejlődése a fejlesztő diagnosztikával párhuzamosan az 1960-as években gyorsult fel Ingenkamp, K. munkássága nyomán (Ingenkamp, 1988). Eszköze az ún. diagnosztizáló mérés (Vidákovich, 1990), amelynek körébe tartozik pl. az iskolaérettség, a tudásszint megállapítása különböző tantárgytesztek segítségével, a tanulók csoportba sorolása az iskolarendszerben (fejlesztő osztály, nyelvi tagozatos osztály, integrált tanulócsoport, speciális tantervű osztály stb.). Segítséget nyújt továbbá a fejlesztő programok, tantervek kidolgozásához, a tantervi célok megvalósulásának ellenőrzéséhez.

A gyógypedagógiában, mindamellett, hogy a neveléstudománnyal való kapcsolata meghatározó, a pedagógiai diagnosztika szerepének megerősödése, önállósulása az utóbbi két évtizedben figyelhető meg. Az orvosi és pszichológiai diagnosztikát követve erőteljesen orientálódott a fejlettség, a képességek színvonalának megítélé-

se irányába. Speciális módszertani repertoárja csekélynek mondható. A pedagógiai diagnosztika és a fejlesztési diagnosztika módszerei sok tekintetben azonosak, alkalmazásuk kölcsönös.

A pedagógiai diagnosztika módszerei között számon tartott *Prefer-teszt*, amely az óvodáskorúak tudásának és magatartásának komplex megítélést teszi lehetővé (pl. beszédtechnika, a verbális emlékezet és a relációs szókincs vizsgálata), a gyógypedagógiai diagnosztika részévé is vált az iskoláskort megelőző fejlődési szakaszban, különösen a nyelvi képességzavarok, az író-rajzoló mozgás, a matematikai képességek megítélésében.

Hasonló tendencia érvényesül a *Romankovics-féle olvasás-íráskészséget vizsgáló eljárás* esetén (Romankovics, 1998). A szerző ezt a differenciált olvasástanítás tervezésére alkalmas mérőeszköz céljára dolgozta ki az általános iskolák 1–4. osztályosainak. Alkalmazásával lehetőség nyílik a rosszul olvasó, diszlexia veszélyeztetett, vagy diszlexiás gyermekek kiszűrésére, aktuális teljesítményeinek megítélésére, speciális (logopédiai) osztályban az olvasástanítás egyéniesített megtervezésére.

A *Meixner-féle olvasólapok*kal történő vizsgálatok, amelyek a logopédia területén jól ismertek, a gyógypedagógiai diagnosztika fontos eszközei, az iskolai teljesítmények színvonalát megítélő egyéb pedagógiai vizsgálatok mellett (Meixner, 1974).

A pedagógiai diagnosztika sokéves adóssága olyan tesztek kidolgozása, amelyek a tanulási és iskolai teljesítményzavarok tüneteit mutató gyermekek vizsgálatában objektív mutatói az adott életkorban és korosztályban elvárt képességek és az elvárt eredmények közötti különbségeknek, valamint a diagnosztikus mérés lehetőségeit kiszélesítik a gyógypedagógia különböző területein.

Gyógypedagógiai pszichodiagnosztika

A pszichodiagnosztika a pszichikus képességek és funkciók, a személyiség különböző dimenzióinak megismerését teszi lehetővé leíró jellegű (megfigyelés), illetve kvantitatív és kvalitatív elemzésekre alkalmas (pszichometrikus) jellegű diagnosztikus eljárások felhasználásával. A klinikai pszichológián belül az orvosi diagnosztika analógiájára alakult ki, a *gyógypedagógiai pszichológiában évtizedek óta a komplex gyógypedagógiai-pszichológiai diagnózis kialakításának alapfeltétele.*

A pedagógiai diagnosztika, amely az aktuális teljesítmények szintjén közelíti meg a gyermek állapotát, a gyógypedagógiában sok esetben nem elegendő a probléma feltárásához. A teljesítmények és tulajdonságok alakulását a kognitív képességek, illetve a képességek bázisát képező kognitív funkciók, a személyiségsajátosságok, a motiváció, az aktivitási szint döntő módon meghatározzák és pszichológiai tesztmódszerek, a pszichodiagnosztika különböző eljárásainak felhasználásával a képességek eltéréseit mélyebb szinten magyarázzák.

Tudományos és gyakorlati igényű felhasználásukról évtizedek óta folynak viták. Ezek elsősorban a tesztek szerkezetével és felépítési technikáival, megbízhatóságával, a kapott eredmények értelmezésével, kultúrafüggőségével kapcsolatban alakultak ki. A teszteljárások használatától azonban – ismerve egyes történelmi korszakok, felfogások tesztellenes beállítódásának tapasztalatait – nem lehet eltekinteni. Ez a helyzet támpont nélkülivé tenné a komplex gyógypedagógiai pszichológiai diagnózist, növelné a vizsgálatban a szubjektív elemek szerepét (Lányiné, 1989). A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika a jól konstruált, standardizált, különböző pszichológiai elméleti háttérrel rendelkező vizsgálóeljárások széles körét alkalmazza. A komplex gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálati rendszerben ezeknek segítségével lehetőség nyílik a képességek sokoldalú megismerésére, a fogyatékosság életkori és egyéb szempontból specifikus kérdéseinek megítélésére.

A megismerés szempontjából legfontosabb területek és vizsgálati eszközök:

– az intelligencia (pl. *Binet-, Hawik-, MAWGYI-R-, Raven- vagy Snijders–Oomen-teszt);*

– a beszéd (pl. *Peabody-, Token-, GMP teszt);*

– az észlelés és mozgás (pl. *Bender A-B-, Benton-, Frostig-, Goodenough-, Osseretzky-teszt);*

– az emlékezet és a figyelem (pl. *Rey-teszt, Pieron-teszt);*

– a szociális érettség (*pl. Doll-skála);*

– a személyiség (*pl. Világ-teszt, Children Apperception Test, Pictures Frustration Test, Szondi-, Rorschach-teszt),*

– *Brunet–Lesine-, Denver-, Bayley-féle csecsemő- és kisgyermekkorban alkalmazott eljárások; Testbatterie für Geistigbehinderte (T.B.G.B).*

Új utak a gyógypedagógiai pszichodiagnosztikában

A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika gyakorlata – a klinikai pszichológiához hasonlóan – szükségszerűen kezdte igényelni, illetve napjainkban egyre kifejezettebben igényli olyan módszerek használatát, amelyek a terápia-releváns teljesítményleírások felé mozdulnak el, s a szenzomotoros, illetve kognitív fejlődési folyamatok, a tanulási teljesítmények, a szerzett organikus hátterű funkciókiesések differenciált leírásával lehetőséget nyújtanak az ún funkcionális diagnózis felállítására. Ebben a képességzavarok és képességelőnyök pszichológiai hátterét jelentő funkcionális teljesítményeket, ezek összefüggéseit fogalmazzák meg.

A funkcionális működés különböző területeinek (észlelés, emlékezet, nyelv, figyelem stb.) feltárására irányuló diagnosztikus tevékenység része volt annak a szemléletváltozásnak a gyógypedagógiai pszichodiagnosztikában, amely az állapot megismerésével párhuzamosan a fejlesztésre nagy hangsúlyt helyezett. E folyamat részének tekinthető továbbá a funkcionális diagnózis felállításának alapját jelentő neu-

ropszichológiai diagnosztikai ismeretek megjelenése a fogyatékosságok és fejlődési zavarok pszichológiai kérdéseivel kapcsolatban.

Ez az irányzat, amely a nemzetközi szakirodalomban és diagnosztikus gyakorlatban az 1960-as évektől növekvő módon van jelen, napjainkban a hazai gyógypedagógiai pszichodiagnosztikában az eddig ismert gyakorlati lehetőségek mellett elsősorban tudományos problémaként fogalmazódik meg. Egyben irányt mutat a gyógypedagógiai pszichodiagnosztikán belül egy újfajta szemléletmód érvényesüléséhez.

A neuropszichológia nem egyszerűen a viselkedés egy területének pszichológiai hátterével foglalkozik, mint a fejlődés-, a beszéd- vagy a munkapszichológia. Egyrészt úgy tekinthető, mint a tudományos gondolkodás egyfajta iránya, amely a pszichikus funkciók és a központi idegrendszeri folyamatok működését feloldhatatlanul összetartozónak és egymásra utaltnak tekinti, következetesen és egyidejűleg kíséri figyelemmel a pszichikus funkciókat és az agyi működést.

Másrészt a neuropszichológia védőszárnya alatt, együtt található több társtudomány, így a neurológia, a pszichológia, a gyógypedagógiai pszichológia, a pszichodiagnosztika. Ez a megközelítés pedig annak a lehetőségét hordozza, hogy bizonyos kórformák, nehezen értelmezhető teljesítményproblémák, klinikai képek esetén nagyobb biztonsággal lehessen az akadályozottság pszichikus kérdéseit tisztázni, a diagnosztikus dilemmákat megoldani.

A neuropszichológia ismeretrendszerének erősödése a gyógypedagógiai pszichológiában tehát nem egy új divathullám megjelenésével függ össze, hanem egy nagy múltú, az agykutatás és a pszichológia eredményeit folyamatosan integráló, kevéssé hasznosított ismeretrendszer alkalmazását jelenti.

A neuropszichológiai diagnosztika a cerebrális funkciók vizsgálatán alapul azzal a céllal, hogy feltárja a funkcionális rendszerek működésének integritását, megállapítsa az egyénre jellemző aktuális sajátosságait annak jelenlegi és lehetséges jövőbeni viselkedésével összefüggésben.

Klinikai alkalmazási területe sokszínű: különböző klinikai képek, mint pl. az afáziák, agnóziák, emlékezeti zavarok, a gyermekkort jellemző részfunkció-zavarok, fejlődési zavarok neuropszichológiai tüneteinek elemzése mellett az állapotjellemzők ismeretében tanácsadás az érintett és környezete számára, s ehhez kapcsolódóan a rehabilitációs tennivalók megtervezése és értékelése. A neuropszichológiai diagnosztika tehát egyben a rehabilitáció alapja.

Bár megközelítésében sok hasonlóságot mutat a gyógypedagógiai pszichodiagnosztikával, más jellegű, mélyebb szintű megismerésre ad lehetőséget.

A neuropszichológiai diagnosztikában az elmúlt évtizedben olyan új vizsgálóeljárások alkalmazására került sor, amelyeket – fejlődésneuropszichológiai megalapozottságuknál fogva – gyermekek vizsgálatában jól lehet alkalmazni a funkcionális diagnózis felállítására és az egyéni fejlesztés tervezésére.

A nemzetközileg elismert és bevált módszerek egyben a gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai eszköztár korszerűsítését is lehetővé teszik.

Ezek közé tartozik a *Dél-kaliforniai szenzoros integrációs teszt* (Ayres, 1972), a *Szenzoros integrációs praxis-teszt* Ayres, 1989), *Szenzoros integrációs teszt 0–18 hónapos koriaknak* (DeGangi, Greenspain, 1993), a *Szenzoros integrációs teszt 3–5 éveseknek* (DeGangi, Berk, 1983), a *Célzott megfigyelések szenzoros integrációs zavarok felismerésére* (Prince, Schaefgen, 1995), a *Tübingeni Luria-Christensen neuropszichológiai teszt* (Deegener, Dietel, Kassel, Matthaei, Nödl, 1992) vagy a *Luria-Nebraska neuropszichológiai tesztsorozat* (Golden, 1991), amelyek jelenleg a hazai gyógypedagógiai pszichodiagnosztikában a kísérleti alkalmazás szakaszában vannak és új lehetőségeket kínálnak a speciális nevelési szükségletű gyermekek fejlődési esélyeinek megítélésében.

Összegezés

A gyógypedagógiai diagnosztika az elmúlt évtizedekben a gyógypedagógia önálló területévé vált. Gazdag lehetőségeket nyújt a speciális szükségletű népesség megismerésére, a fejlesztési, társadalmi beilleszkedési lehetőségek feltételeinek javítására, amennyiben a diagnosztikus munka intézményi és személyi feltételei adottak. A diagnosztikus módszerek csak kompetens szakemberek, gyógypedagógus-pszichológusok, a vizsgáló munka feltételeit jól ismerő gyógypedagógusok, a fogyatékosság kérdéseiben járatos klinikai és pedagógiai pszichológusok, kiképzett gyógypedagógusok, diagnosztikus teamek munkája, a szupervízió biztosította lehetőségek felhasználásával válhatnak a tényleges segítségnyújtás eszközévé.

A gyógypedagógiai diagnosztika területén folytatott kutatásoknak elő kell segíteni a diagnosztikus repertoár folyamatos megújítását, a diagnosztikus munka szempontjainak, feltételeinek érvényesítését a közoktatás és az egészségügyi rehabilitáció, a gyermek- és felnőttellátás területén egyaránt.

Irodalom

AYRES, A. Y. (1972) *Southern California Sensory Integration Tests.* Western Psychological Services, Los Angeles.

AYRES, A. Y.(1989) *Sensory Integration and Praxis Tests.* Western Psychological Services, Los Angeles.

BAGDY E. (szerk.) (1998) *A klinikai pszichológia és mentálhygiéné szakmai protokollja.* Animula Kiadó, Budapest.

BÁTHORY Z., FALUS I. (szerk.) (1997) *Pedagógiai lexikon.* Keraban Kiadó, Budapest.

BITTERA T., JUHÁSZ Á. (1999) *A megkésett/akadályozott beszéd- és nyelvi fejlődés vizsgálata.* In: Juhász Á. (szerk.) *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve.* Új Múzsa Kiadó Kft., Budapest, 21–41.

BNO-10 (1994) A mentális és viselkedészavarok BNO–10 szerinti osztályozása. Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest.

BORBÉLY S., TORDA Á. (szerk.) (1992) *10 éves a Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet Vizsgáló és Tanácsadó*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

BUNDSCHUH, K. (1994) *Praxiskonzepte der Förderdiagnostik*. Klinkhardt, Bad Heilbrunn.

DEEGENER, G., Dietel, B., Kassel, H., Matthaei, R., Nödl, H. (1992) *Tübingener neuropsychologische Testbatterie*. Beltz Test. Weinheim.

DeGANGI, G., A., BERK, R. A. (1983) *Test of Sensory Integration*. Western Psychological Services, Los Angeles.

DeGANGI, G., A., GREENSPAIN, S. I. (1993) *Test of Sensory Functions in Infants*. Western Psychological Services, Los Angeles.

GOLDEN, Ch. J. (1991) *Screening Test for the Lurija-Nebrasca Neuropsychological Battery. Adults and Childrens Forms*. Western Psychological Services, Los Angeles.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1997) *Ranschburg Pál*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon*. Keraban Kiadó, Budapest, 238-239.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (2000) *A magyar gyógypedagógus-képzés története*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.

ILLYÉS GYULÁNÉ (1984) *Gyógypedagógiai lélektan I–III*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

INGENKAMP, K. (1998) *Lehrbuch der paedagogischen Diagnostik*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1989) *A képességek és tulajdonságok diagnosztizálása*. In: Gerebenné Várbíró K., Vidákovich T. (szerk.) *A differenciált beiskolázás néhány mérőeszköze*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 5–13.

MAROSITS I. (1999) *A diszlexia veszélyeztetettség vizsgálata* In: Juhász Á. (szerk.) *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve*. Új Múzsa Kiadó Kft., Budapest, 77–93.

MEIXNER I. (1974) *Új segédanyagok a diszlexia korrekciójához*. In: Gyógypedagógia, 3.

NAGY J. (1980) *5-6 éves gyermekeink iskolakészültsége*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

PRINCE, A., SCHAEFGEN, R. (1995) *Gezielte Beobachtungen zur sensorischen Integration*. Bergen, Los Angeles.

ROMANKOVICS A. (1998) *Így tudok olvasni-írni 1., 2., 3., 4. osztályosoknak*. RO-KA Bt. Budapest.

TIETZE FRITZ, P.*(1992) Handbuch der heilpaedagogischen Diagnostik*. Verlag modernes lernen, Dortmund.

TORDA Á. (szerk.) (1993) *Pszichodiagnosztika*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

VIDÁKOVICH T. (1992) *Diagnosztikus pedagógiai értékelés*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

7.

A KONZULTÁCIÓ (COUNSELING) ÉS A GYÓGYPEDAGÓGIA

A KONZULTÁCIÓRÓL

A konzultáció gyökerei a század elejéig nyúlnak vissza, amikor az Amerikai Egyesült Államok társadalmának mentalitásában fölbukkant az a gondolat, hogy az egyén szerencsés pályaválasztása az egész társadalom hasznára válhat. Ennek érdekében kimunkálták a pályaválasztási tanácsadást/irányítást mint szolgáltatást, ami eleinte továbbképzett pedagógusok tevékenységét jelentette, s csak jóval később vált professzióvá (Gibson, Mitchell, 1986).

Mint segítő megközelítés, mint szakma, illetve tevékenység az irányítás (guidance), vagy a ma világszerte elterjedtebb szóhasználattal konzultáció/tanácsadás (counseling [am.], counselling [ang.]) alapvetően egészségorientált, döntéseket és választásokat mozdít elő, kedvet ébreszt és eszközöket kínál a továbbgondolkodáshoz. Művelői felsőoktatási tanulmányok során sajátítják el az elméleti háttér filozófiáit és a beszélgetésekhez szükséges alapvető készségeket.

A konzultáció – ritka esetektől eltérően – nem egyszeri aktus, hanem beszélgetések füzére. Egyfajta tanulási folyamat, amit a konzultáns konkrét, hiteles és meleg viszonyulása bátorít. A konzultáció, bár mutat átfedéseket a pszichoterápiás munkával, eredeti szándéka szerint nem betegeket segít, hanem a nehezen lépdelőket, az elakadtakat, a döntéseikben habozókat és a veszteségeiket gyászolókat. A kliensek sokszor csak tanácsért, információért vagy ügyintézésért fordulnak a konzultánshoz, azonban a *konzultáció* mindig valami több: kísérés, vezetés olyan esetekben, amikor a kliens nem tud egyedül dönteni.

Konzultációk igénybevevéséhez szocializálni lehet a népességet. A két véglet, hogy az ember *vagy* pszichiátriai beteg, *vagy* lelkileg egészséges, lassan már Magyarországon is meghaladott, mint kizárólagos alternatíva. A társadalom felismeri, hogy a mentálhigiénés állapot javítása közös érdek. A konzultációs és tanácsadó szolgáltatások ugyanakkor gyéren érhetők el; ilyen központok, mint önálló intézmények, nem is létesültek még. A konzultáció, illetve a konzultánsok beépülnek családsegítőkbe, korai fejlesztőkbe, nevelési tanácsadókba, munkaügyi központokba és egyetemek segítő hálózataiba.

Ezt a munkát mindazok vállalhatják, akik megtanulták a konzultációs/tanácsadói szakmát. Az a hiedelem, hogy a jószándékú, empatikus emberbarát zsigeri tu-

dása és készsége a segítő beszélgetésvezetés, téves. Sőt, a lelkes segíteni akarás sok esetben éppen akadálya a lélektani fejlesztésnek; ezt direkt tanácsok adása, a problémák sietős bagatellizálása, a sérült ember teljesítményének hiteltelen dicsérése, a szerencsétlen élethelyzet erőltetett átcímkézése nyomán tapasztaljuk.

A konzultáció/tanácsadás magyarországi terjedése az utóbbi tíz évben rásimul arra a világszerte meglevő tapasztalatra, hogy e tevékenység ott tud kifejlődni és továbbfejlődni, ahol az emberek hisznek (illetve elkezdtek hinni) a választhatóságban és a jövőben, továbbá ahol már nemcsak a drámai problémákkal való foglalkozás megengedett vagy lehetséges. Viszonylag újkeletű és égető gondok ugyanakkor fölerősítik az egy-egy célpopulációt érintő counselingfajta terjedését, mint amilyen nálunk az addiktológiai konzultáció illetve a munkavállalóknak és munkanélkülieknek felkínált tanácsadás (Rácz, 1995; Szilágyi, 1993; Ritoók, 1986).

Elméleti megközelítések

A század elején a szakma a pszichológiai tesztmozgalomból, a mentálhigiénés mozgalomból és a pszichoanalízisből meritett. A ma előttünk álló elméleti választék jórészt terápiás iskolákat követ. Két par excellence counseling irányzatot ismerünk: a *klasszikus pályaalkalmassági* vagy differenciálpszichológiai (trait and factor) és a *fejlődéstani* megközelítést (Gladding, 1992; Szilágyi, 1993). A klasszikus pályaalkalmassági konzultáció/tanácsadás a pályaválasztás területén jelent meg az 1930-as évektől. Azok a pragmatisták fejlesztették ki, akik az USA-ban a nagy gazdasági válság idején állásukból elmozdított embereknek segítettek másféle munkát találni. Az a gondolat, hogy egy állás és egy konkrét személy(iség) összeillése alapvető fontosságú a pályakarrierben, már a század elején megvolt; a kezdeti munkát később jelentősen fejlesztették és bővítették a pszichometria eredményei. A konzultáns fő feladata felbecsülni a képességeket, vágyakat, tehetségeket, hiányokat, majd megnézni, hogy egy adott társadalom foglalkozási és álláskínálatához hogyan illeszthetők e személyiségvonások és elképzelések. Megjelenik az az elgondolás is, hogy egy bizonyos személyiségű ember bizonyos munkakörnyezet felé orientálódik, s ha képes foglalkozást választani, maga is és társadalmi környezete is elégedett lesz (Ritoókné, 1992).

A fejlődéstani megközelítés a negyvenes évektől formálódott, elsősorban a pályaválasztás szemszögéből. A szakemberek életszakasz-sémák és fejlődéstani táblázatok segítségével szemlélik az életívet, amelyen egy-egy korcsoport adekvát életszerepei is elhelyezhetők. A konzultáns összehasonlíthatja egy-egy kliens – sokszor korától jócskán független – fejlődéstani állapotát a statisztikailag jellemző paraméterekkel, amiből következhet olyan konzultációs célkitűzés, hogy a pályaválasztáshoz, házasságkötéshez vagy gyerekvállaláshoz előbb éretté kell válnia a kliensnek. A gyógypedagógia területén különös jelentősége van az ún. normális életívek-életsze-

repek és az elakadtak összevetésének. Hogy mitől tart ott valaki az életúton, ahol tart, sokkal kevésbé érdekes a konzultáns számára, mint a célbavehető jövő. A fejlődéstani irányzat mutatja a legpregnánsabban a konzultációs szakmának a jövővel kapcsolatos optimizmusát, a hitet a választhatóságban és változtathatóságban.

Kronológiai sorrendben elsőnek a *pszichodinamikai* szemlélet szüremkedett be a konzultációs munkába; ez a mélylélektani irányzatok hozzájárulása a segítő szakmák tevékenységéhez (Gladding, 1992). Az már a kezdetektől látható volt, hogy a patológia-orientált pszichoanalízis nem alkalmazható a jelenre és a jövőre irányuló együttgondolkodásban, s hogy a segítő – bár non-direktív, aki nem szabja meg a beszélgetés témáját és levezetését – sokkal aktívabb a pszichoanalitikusnál. Nem vezet vissza a múltba, nem keres összefüggéseket múltbéli történések és jelenbéli állapotok között, és nem értelmez. Ezzel együtt azonban elmondhatjuk, hogy a konzultációs szakma – hasonlóan sok más gyógyító, illetve segítő diszciplínához – nem tud meglenni jó néhány pszichodinamikai, főleg Freud által leírt gondolat és műszó nélkül; ilyen például az elhárító mechanizmus, az indulatáttétel, vagy a lélektani ellenállás.

Az *affektív* vagy humanisztikus iskolák – elsősorban a rogersi személyközpontú megközelítés – mindenek előtt metodikai és a konzultáns attitűdjére vonatkozó fejlődést, továbblépést jelentettek a konzultációs szakmában (Buda, 1985; Tringer, 1992; Gladding, 1992; Rogers, 1961). A ma preferált alapvető konzultációs készségek (odafigyelés/türelem, parafrazeálás, világos mondatok, érzelmek visszatükrözése, feedback) a konzultáns érzelmi együttrezgésére alapozó technikák elegye (Gladding, 1992; Szakács, 1990; Bang, 1976). Az affektív iskolák szakemberei az egzisztencialista filozófia elkötelezettjei, akik az érzelmek aktualizálását, azonnali átélését, a jelent, a jelen (éppen-való) létet, a személyes felelősséget, a hitelességet és a változás lehetségességét hangsúlyozzák. Partnereiket még akkor sem nevezik betegnek, ha azok a pszichiátria körébe tartozó tünetek miatt kérnek segítséget, helyette a "kliens" szót használják, vagy arra utaló szavakat, hogy a konzultációra érkező személy elakadt, nem boldogul egyedül a problémáival. A kliens szereppartnere a facilitátor (semmiképp sem terapeuta), aki speciális technikák ismerőjeként kísérőnek szegődik. A személyközpontú attitűd az empátiás viszonyulást minden lehetséges technika fölé helyezi, sőt arra inspirál, hogy a konzultációban megjelenő közlések felfogását rendeljük alá a kliens hangulati követésének (Brammer, 1988; Nelson-Jones, 1983).

Elméleti megalapozottság tekintetében a kognitív és viselkedéstani (behaviorista) iskolák előkelő helyen szerepelnek a gyógyító-segítő szakmákban az utóbbi 15–20 évben. A *kognitív* alapú segítségnyújtás a terápiák területén jelent meg (*racionális-emocionális terápia, tranzakció-analízis*), s a konzultációs munkában valószínűleg nem a kognitív műveleteknek tulajdonított prioritás és a módszerek terén látunk eltéréseket a terápiával összehasonlítva, hanem a konzultánst felkereső populációkban (kevésbé beteg, nem pszichiátriai beteg). A gyakorlatban ugyanakkor nem mindig

küldi a konzultáns terapeutához, illetve a terapeuta inkább konzultánshoz küldi a kliensét. A megismerési folyamatokra koncentráló szakember az emberi interakciókban az indító mozzanatok és az azokra adott reakciók közé ékelődő hiedelmeket, indító ingereket értelmező egyéni magyarázatokat hangsúlyozzák, mint amelyek sokszor nehezítik viszonyainkat, alkalmazkodásunkat. Ezeket a sablonokat, értelmezéseket próbálja a konzultáns megváltoztatni, devalválni, hogy a megváltozott gondolat az érzelmeken és a viselkedésen is változtasson (Corey, 1982).

A behaviorizmus képviselői ugyancsak terápiás céllal dolgozták ki a segítő beavatkozás módszereit. Viselkedésterápiáról beszélnek, aminek a célja alkalmazkodóbbá tenni a viselkedést túlzások lefaragásával és hiányok pótlásával. A konzultációban ugyanez történik. A tanulási folyamat a hangsúlyos, ami klasszikus kondicionálás, jutalmazás-büntetés illetve társas modellkövetés révén megy végbe. A behaviorista technikák az önérvényesítő kommunikációt javítják, fokozatosan tompítják félelmeinket, bővítik a viselkedésrepertoárt, megtanítanak valamire, illetve leszoktatnak valamiről (Corey, 1991).

Egyéni és csoportos konzultáció

A konzultáció kétszemélyes vagy csoportos/családi beszélgetéseket jelent heteken, esetleg hónapokon keresztül. A konzultáns keveset beszél, még kevesebbet kérdez, inkább figyeléssel és beleérzéssel követi partnere közléseit. Ezeket a jó/rossz, igaz/hamis, erényes/bűnös kategóriáiban nem minősíti, saját véleményét (kivéve a kliens önmagára vagy másokra irányuló veszélyes terveit), ideológiai és vallási elkötelezettségét nem hangoztatja, hanem a közlésekkel mint lélektani tényekkel elfogadó és megengedő. Carl Rogers véleményével ért egyet, aki szerint „a tények barátságosak" (Rogers, 1961). Tanácsot nem ad, információt viszont igen. Ha kérdez, azt nem saját kíváncsiságának kielégítése inspirálja, hanem a kliens könnyebb haladásának elősegítése.

A konzultánstanuló képzése során a gondolkodásba bekerül a többféle igazság és a többféle lehetséges megoldás ténye és tolerálhatósága, s az, hogy a konzultáns átadhatja a felelősségvállalást és az aktív haladást a partnerének, aki kísérője védelmét érezve változtatásokra lesz képes.

Akárcsak a terápia területén, a csoportban végzett konzultáció esetén sem a gazdaságossági szempont vezet a szervezésben, hanem a csoportdinamikából (csoporttagok koalíció-formálása, normaképzése, rivalizációk stb.) fakadó gyógyító-segítő tényezők és következmények, mint amilyen a mintaadás-mintakövetés, a nehézségek megoszthatósága, a csoport megtartó ereje, vagy az információszerzés (Gladding, 1992; Rácz, 1995; Ritoókné, 1992). Lehet csoportban dolgozni a sérültség specifikus fajtája vagy a sérültség közös nevezője alapján homogén tagsággal, láttunk nagyjából homogén szülőcsoportokat is, aztán heterogén problematikájú, vagy sé-

rült és úgynevezett problémamentes, nem beteg, nem sérült emberekből vegyesen összeállított csoportokat. A sérült/egészséges integrált csoportok fejleszthetik az egészségesek toleranciáját és a másság iránti érdeklődésüket. Ilyen csoportokba néha tanuló csoportvezetők, tanuló konzultánsok járnak saját élményű tréningjük részeként.

A konzultációs szakmát bemutató kézikönyvek általában kitérnek a konzultáns személyes jellemzőire is, a tőlük elvárható attitűdökre, továbbá a funkcionális és diszfunkcionális pályaválasztás elemeire (Gladding, 1992). Ezekkel kapcsolatban sokan gondolják úgy, hogy ha nem állnak készen a kívánatos vonások, a listákon szereplő tulajdonságokat mint megcélzott, kialakítandó minőségeket kell tekintenünk. A konzultánsképzők abban is optimisták, hogy a leendő szakember sok mindenre megtanítható, szemlélete alakítható, készségei fejleszthetők.

Konzultáció a gyógypedagógiai munkában

A gyógypedagógusok és szociális munkások jó része kerül időről időre olyan helyzetbe, amikor valamifajta, terápiára emlékeztető tevékenységet kell vállalnia pedagógiai tanácsadás, instruálás helyett vagy mellett (Sutton, 1986). A konzultáció pszichológiai tudással is átszőtt munkát jelent, aminek az alapelemeit egy-két konzultációs készség racionáléjának megtanításával, esetleg gyakoroltatásával a graduális képzésekben is lehetne oktatni.

A gyógypedagógus szakmában mint additív kompetencia jelenik meg a rehabilitációs konzultáns tevékenysége. Ez a posztgraduális tanulmányokat igénylő képzés 1998 óta elérhető gyógypedagógusok és szociális munkások számára az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karán. A leendő konzultánsok arra készülnek föl, hogy sérülteket, hozzátartozóikat, egész családokat és szűkebb közösségeiket segítsék célzott beszélgetésekkel életük, együttélésük különböző szakaszaiban. Sérülteket pályaválasztás vagy párválasztás előtt, élettervezésben, ép testvéreket félelmeik megbeszélésében (majd nekik is sérült gyermekük születik, vagy a szülők halála után nekik kell gondoskodniuk a testvérről, esetleg együtt lakni vele), szülőket rövid és hosszú távú tervezésben, az eltérő életmód kompenzálásában (Robertson, 1992). Ehhez konzultációs iskolákról és módszerekről tanulnak, elemzik a jogalkotás és fogyatékosságügy problémafelvetéseit, rehabilitációs és gyógypedagógiai szociológiai ismeretekhez jutnak, etikai kérdésekkel, speciális szociálpszichológiával, összehasonlító életivekkel és pályaválasztási tudnivalókkal foglalkoznak. Mindezek mellett nemzetközi szakirodalmi adatokhoz jutnak a sérült és családtagjai gyászmunkájára, racionális és irracionális félelmeire, továbbá kapcsolataik alakulására vonatkozóan (Leff, Walitzer, 1994).

Mind a sérült emberek, mind hozzátartozóik tele vannak nehéz gondolatokkal és félelmekkel a jövőt illetően, hogy az majd képes lesz-e valamennyire feledtetni,

kompenzálni a múltat, könnyebb vagy nehezebb élet vár-e rájuk. Történnek-e csodák, vagy csodákra emlékeztető felívelések, megpihenések. A fogyatékossággal élők és családtagjaik a másság szorításában speciális lélektani elháritó mechanizmusokhoz folyamodnak, viselkedésük sokszor ún. neurotikus vonásokat mutat, életérzésük ingadozó, s mint valaki írja, krónikus bánat üli meg az éveket. Az ilyen emberek nem pszichiátriai betegek, ugyanakkor támogatást, kisérést igényelnek. Nehéz helyzetben vannak, akik alapvetően kiegyensúlyozottak lehetnek, de időlegesen segítségre szorulnak (Robertson, 1992).

A gyógypedagógiai konzultációban a konzultáns megpróbálja azonosítani a kliens percepcióját saját életminőségét illetően (Robertson, 1992). Ezen a téren két szélsőséges életérzéssel találkozunk: igénytelen elégedettséggel, illetve stagnáló mélyponttal. A konzultáns egyrészt nem akarhat többet vagy kevesebbet, mint kliense, másrészt szocializálnia kell a jobbat, a többet akarásra, ha az igényszint mármár önsorsrontóan alacsony, vagy realitásvizsgálatot kell szorgalmaznia, ha a kritikusság és lemondás komoly akadálya a legalább minimális kiegyensúlyozottságnak. Elképzelhető, hogy szegényebb országokban a konzultáns könnyen rábólint a sérült személy, illetve családtagjai elégedettségére, akik még nem tapasztaltak jobbat, s esetleg a törvényt és a lehetőségeket sem ismerik. Megfelelőnek, illetve nagyon hiányosnak tarthatja valaki az információs szolgáltatást (orvosi, gyógypedagógiai szakvélemények, szórólapok, terjesztés a médiákban stb.), a rendelkezésre álló gyógyászati segédeszközöket, a szakemberek stílusát, a társadalom domináns attitűdjeit, a szabadidő emberhez méltó eltöltését vagy a partnerválasztáshoz szükséges feltételek egészségesek általi megteremtését.

A SÉRÜLTEK ÉS A KÖZELÜKBEN ÉLŐK KÉRDÉSFELTEVÉSEI

A következőkben konzultációt igénylő, a gyógypedagógia köréből vett problémák listája olvasható. A problémák mindegyike valós személyekhez kapcsolódik; kollégák, barátok, hallgatók, illetve maguk az érintettek kértek közvetetten vagy közvetlenül segítséget:

– családtagok dilemmája, mennyire élhetik a saját életüket, ami azzal jár, hogy kevesebb idő jut a sérült családtagra;

– autista gyerek szüleinek félelme második gyerek vállalásával kapcsolatban;

– a szülők elzárkózása értelmileg enyhén sérült fiuk szexuális késztetéseinek megbeszélését illetően;

– egyenlőtlen teherviselés a sérült gyermeket nevelő házaspár esetében, az ebből fakadó párkapcsolati feszültségekkel;

– szomszédok szocializációjának lehetőségei Down-szindrómás fiatalok önálló lakásba költözése esetén;

– az anya szimbiotikus kapcsolata középsúlyos értelmileg sérült gyermekével, amitől a férje egyre magárahagyatottabbnak érzi magát, saját utat pedig nem talál a képletes kilépéshez;

– hallássérült, kallódó fiatalember homoszexuális csábíthatósága, félelme az AIDS-től;

– ép gyermek szégyenkezése és titkolózása értelmileg sérült testvére miatt;

– a sérült elakadtsága abban, hogy mi módon fejezhetné ki szüleinek önállósodási törekvéseit;

– autista kisgyermek myasthenia gravisszal leszázalékolt anyját az apa elhagyta és a gyermekkel sem tartja a kapcsolatot;

– középsúlyos értelmileg sérült gyermek testvérének pályaválasztási motivációja körüli dilemmák (gyógypedagógus-jelölt);

– hallássérült és értelmileg enyhe fokban sérült fiatal lány naiv, kritikátlan hajlama a flörtre; terhességmegszakítás után van.

A gyógypedagógiai rehabilitációs konzultáció ugyanúgy a problémaazonosítástól a döntésig vezető lépcsőfokokat követi, mint bármilyen más területen végzett konzultáció. A végső cél egy cselekedet: elengedjük nyári táborba a sérült gyermekünket, és ő el is megy; fejlesztő szomatopedagógus otthoni alkalmazásában döntünk, ezért telefonálunk neki.

A konzultációs munka ugyanúgy megkívánja – legalább a pályakezdő években – a szupervíziót, mint ahogy ez egyéb gyógyító és segítő szakágakban elvárás. A gyógypedagógiai konzultáns szupervizora lehet pszichológiailag is képzett érettebb, tapasztaltabb gyógypedagógus, konzultáns, vagy klinikai szakpszichológus. Várhatóan gyakori témája lesz a szupervíziós óráknak a kompetenciahatárok kérdése, továbbá az a döntésbéli dilemma, hogy van-e dolgunk, illetve hogy éppen nekünk legyen-e dolgunk egy adott klienssel.

Illusztratív esetbemutatás

M. K. érzékszervi, középsúlyosan sérült gyermekének gyógypedagógus fejlesztője konzultációs segítség igénybevételét javasolja. M. K. nagyon nehezen fogadja el a kislányát, nem érti, hogy történhetett meg pont vele, hogy ilyen gyermeke lett. Támaszt keres, beszélgetne valakivel, aki megérti őt. A konzultáns húsz alkalomra szerződik M. K.-val, esetenként ötven percre. A konzultáns és a kliens hetente egyszer találkozik abban az épületben, ahol a fejlesztés is folyik.

M. K. szabálykövető, pontosan érkezik stb. Mondanivalója eleinte nagyon behatárolt, véleménye egyértelmű: egy gyermek vagy legyen teljesen egészséges, vagy ne is éljen. Ez a gyermeki nyíltság, a vélemény kendőzetlen ismétlése meghökkenti a konzultánst. M. K. ugyanakkor nem tűnik agresszívnak, közlése sohasem dü-

hős, inkább pityereg, miközben beszél, s elveszettnek látszik. Néhány ülés után egy gyenge Énű, általánosan türelmetlen, elkényeztetett, narcisztikus személyiség képe körvonalazódik, aki mégis kellemes partner az együttműködésben; rendezettsége, jó külseje, készségessége és részvételi motiváltsága megkedvelteti.

A beszélgetésekbe később beleszövődik M. K. eredeti, jó családja, a gondtalan gyermekkor, a tanulástól való idegenkedés és a házasság előtti kellemes munkaviszony. Megkímélt kliensünk, ahogy hangosan emlékezik és gondolkodik, megfogalmazza, hogy receptet szeretne kapni gyermeke elfogadásához és a változáshoz. A szakember mindeközben tudja, hogy kliensét állóképesebbé kellene tennie, Énjét erősebbé, személyiségét felnőttebbé, hogy a beállítódása elmozduljon. Receptek nincsenek a konzultációban, amit meg is mond.

A konzultáns figyelmesen végighallgatja M. K.-t, bátorítja az élet bármely területére leágazó eszmefuttatásait, rendezi, tisztázza az addig elhangzottakat, nagy ritkán kérdez. Mindig a realitást képviseli.

M. K. pozitívan nyilatkozik a gyógypedagógusnak a konzultációs folyamatról: végre elmondhatja, amit érez, amit ha a férjével oszt meg, az megharagszik rá.

A konzultáns nem minősíti a gyermeket elutasító attitűdöt, hanem kísérőnek szegődik egy vágymegvalósító, könnyű kielégülést kereső felnőtt gyermek mellé, akinek két dolog okoz örömet: TV-sorozatok nézése és időtöltés a bevásárlóközpontokban. Ez a kísérés nem egyetértés, csak tudomásul vétele és figyelése a meglevő tulajdonságoknak és viszonyulásoknak.

M. K. beszéd közben önmagát biztatja döntésekre; e döntések saját jóllétének fokozódását segítik elsősorban (pl. hogyan lehet több szabadidőhöz jutni), ugyanakkor komoly mértékben csökkentik frusztráltságát. A konzultációs folyamatban előrehaladva néha már szerető gyöngédséggel beszél a gyermekéről.

Pusztán az a tény, hogy M. K. kevésbé frusztráltnak érezhette magát húsz hét elteltével, megengedi azt a feltételezést, hogy a konzultáció gyógyítóan hatott a sérült gyermek anyjára, áttételesen magára a sérültre, sőt a teljes családra. Húsz óra alatt persze nem erősödhet meg komolyabban valaki, személyisége sem változhat, de történhetnek apró változások az érzelmi életben, a nyílt viselkedésben és a viszonyulásokban.

A SEGÍTŐ MEGKÖZELÍTÉS INDOKLÁSA

Miért volt alkalmas ez az eset a konzultációra? Miért nem dolgoztunk más megközelítés alapján valami más módszerrel? M. K. nehéz élethelyzetben érezte magát és támaszt igényelt, ugyanakkor nem volt pszichiátriai betegnek tekinthető. A pszichoterápiák sorából persze még így is fölmerülhetett volna egy nem feltáró megközelítés (pl. autogén tréning, viselkedésterápia), ha a rehabilitációs konzultáns nem érzi, hogy ezzel az asszonnyal beszélgetni kell, a gyakoroltatást pedig inkább

mellőzni. Pedagógiai megközelítésében elvileg elképzelhető lett volna a didaktikus rávezetés a viselkedés-változtatáshoz, szillogizmusokban történő előrelépdelés, illetve az instruálás, melyek mindegyike negatív értékítéletet implikált volna az addigi attitűdöt és viselkedést tekintve. A szakember a konzultációs folyamatot választotta, mivel a leendő kliens szívesen változtatott volna frusztrált állapotán, még önerőből is, noha alapvetően a külső körülmények, tőle független megváltozására vágyott (pl. gyermeke hirtelen meggyógyulására valami csoda folytán). A frusztráltság enyhítése választásokat és döntéseket igényelt, amihez a konzultáns nem irányító, de melléálló, alternatív lehetőségeket felmutató kalauzolással járult hozzá.

A gyógypedagógus, működben folyamatosan a család rendelkezésére állt és a fejlesztés kézzelfogható eredményeit lépésről lépésre megfogalmazta (de sohasem hangsúlyozta túl), akarva-akaratlan fölerősítette a konzultáció jótékony hatását.

Összegezés

Mivel a gyógypedagógiai rehabilitációs konzultáció még csak most alakul Magyarországon, s mivel a szakemberek egyelőre inkább ösztönösen, illetve pszichológiai és pedagógiai ismereteik alapján beszélgetnek sérültekkel és hozzátartozóikkal, nemigen lehet hazai eredményekről beszélni. Az angolszász szakirodalom az utóbbi húsz évben leírja, hogy az egyes családtagok külön-külön megsegítése, szülőcsoportok szervezése, a nagyszülőknek felkínált konzultáció, tréningek ajánlása és a családi konzultáció mindenképp megemelik mind a sérült, mind családtagjaik, illetve a szorosan hozzájuk tartozók életminőségét (Robertson, 1992).

Még egy ideig valószínűleg nem tud a gyógypedagógus pusztán konzultánsként működni, viszont fejlesztő, terápiás, tanító és tanácsadó tevékenységét végzi majd már nagyobb rátekintéssel, nagyobb pszichológiai érzékenységgel. A konzultációs tanulmányok azt az attitűdjét is erősítik, hogy a reménytelennek felfogott élethelyzetekben is megvan a sérült vagy valamely családtagja számára a döntés szabadsága és a tervezés lehetősége.

Irodalom

BANG, R. (1976) *A célzott beszélgetés*. „Pszichológia nevelőknek" sorozat. Tankönyvkiadó, Budapest.

BRAMMER, L. M. (1988) *The helping relationship*. Allyn and Bacon, USA.

BUDA B. (1985) *Az empátia. A beleélés lélektana*. Gondolat, Budapest

COREY, G. (1982) *Case approach to counseling and psychotherapy*. Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California, USA.

COREY, G. (1991) *Manual for theory and practice of counseling and psychotherapy*. Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California, USA.

GIBSON, R., MITCHELL, M. (1986) *Introduction to counseling and guidance*. Macmillan Publishing Company, New York.

GLADDING, S. T. (1992) *Counseling – a comprehensive profession*. Macmillan Publishing Company, New York.

LEFF, P. T., WALIZER, E. H. (1994) *Building the healing partnership*. Brookline Books, USA.

NELSON-JONES, R. (1983) *Practical counselling skills*. Holt, Rinehart and Winston, London.

RÁCZ, J. (szerk.) (1995) *Addiktológiai szöveggyűjtemény*. HIETE, Budapest, 99–170.

RITOÓK PÁLNÉ (1986) *Személyiségfejlesztés és pályaválasztás*. Tankönyvkiadó, Budapest.

RITOÓKNÉ Á. M. (szerk.) (1992) *A tanácsadás pszichológiája*. Szöveggyűjtemény. Tankönyvkiadó, Budapest.

ROBERTSON, S. E., BROWN, R. I. (1992) *Rehabilitation counselling*. Chapman & Hall, London.

ROGERS, C. R. (1961) *On becoming a person*. Houghton Mifflin, Boston.

ROGERS, C. R. (1980) *A way of being*. Houghton Mifflin, Boston.

SUTTON, C. (1986) *Psychology for social workers and counsellors*. Routledge & Kegan Paul, London.

SZAKÁCS F. (szerk.) (1990) *Tanácsadás és pszichoterápia*. Orvostovábbképző Egyetem, Pszichiátriai és Klinikai Pszichológiai Tanszék.

SZILÁGYI K. (1993) *Tanácsadási elméletek*. GATE Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar Tanárképző Intézete, Gödöllő.

TRINGER L. (1992) *A gyógyító beszélgetés*. VIKOTE, Budapest.

Jászberényi Márta

8.

GYÓGYPEDAGÓGIAI TERÁPIÁK ÉS SZUPERVÍZIÓ

„merész és fájdalmas dolog...
mit lehet megtudni egy emberről"
J.-B.

A HAGYOMÁNYOS GYÓGYPEDAGÓGIAI GYAKORLAT ÉS A SZUPERVÍZIÓ

A gyógypedagógiai munka hagyományosan az iskolás korosztályra terjedt ki, speciális oktatást-nevelést biztosítva az akadályozott gyermekeknek.

A gyógypedagógus módszertani ismereteit egyszerű modellkövetéssel elsajátíthatta, kompetenciáját pedig diplomájával együtt megszerezte (Bokor, 1995). A munka színvonalát szinte kizárólag a hivatalos kontroll, az iskolaigazgatók ellenőrzése, a szakfelügyeleti rendszerek biztosították. A gyógypedagógus személyiségének, szakmai énjének támogatása, a lelki munka elmélyítésére szolgáló tapasztalati tanulás (Sárvári, 1994) még nem jelent meg.

A normalizáció és a szociális szerep felértékelődése – a hagyományosan strukturált szolgáltatások helyett – új ellátó rendszerek kialakulásához vezetett és vezet. A gyógypedagógusok, segítők munkája lazább intézményi keretekben, változatos szervezeti formák között történik, elősegítve az akadályozott személyek integrációját, beilleszkedését, önállóbb életvitelük támogatását (Bank-Mikkelsen, Nirje, in: Drew et al., 1988, 324.; Lányiné, Marton, 1991).

A társadalmi attitűd változásával a gyógypedagógiai tevékenység új kezelési módszerek elsajátítását igényelte és kiterjedt az emberi élet teljes ciklusára.

Az akadályozott személyből esetenként szolgáltatást igénybe vevő kliens lett, de az újabb intézményi keretek és bánásmód feltételei között is megnyilvánulnak az alacsony önértékelés, a motiválatlanság, a gyengébb társas készségek, az elhagyatottság és megalázás történetei, amelyek a nagy, személytelen, értékeitől megfosztott és szegényes anyagi forrásokkal rendelkező rendszerben folytatott élethez kapcsolódnak (Conboy-Hill, Waitman, 1992).

Az akadályozott embereket épen fejlődő társaiknál gyakrabban károsítja lelkileg egy olyan rendszer, pl. iskola, munkahely, akár a család, amely nem gondoz, nem ért meg, vagy képtelen kezelni a konfliktusokat.

Az akadályozott személy – pontosan úgy, mint a nem sérült ember – egy adott időben igényli azt a speciális kapcsolatot, amit a megfelelő tanácsadás vagy pszichoterápia nyújtani tud.

A terápiák, amelyekhez az akadályozottsággal élő személyek egyáltalán hozzájuthattak, gyakran csak külső irányítási szintűek voltak (gyógyszeres és/vagy beha-

vior terápia), és bár sok esetben hatékonynak bizonyultak a nem kívánt viselkedés kezelésében, nem tették lehetővé a magatartás belső okainak megértését, s így nem érhettek el hosszú távú változást a viselkedési zavarokban (Hollins, 1992).

A GYÓGYPEDAGÓGIAI SZOLGÁLTATÁSOK BŐVÜLÉSE, A SZUPERVÍZIÓ IGÉNYE ÉS SZÜKSÉGESSÉGE

A gyógypedagógiában egyre inkább elterjednek a „pre-pszichoterápiának", „kis-pszichoterápiának", „instrumentális" vagy „kötött metodikájú terápiának" (Buda, 1993) nevezett kezelési módok, eljárások, technikák alkalmazása pl. pedagógiai és szenzoros integrációs terápiák, autogén tréning, klubterápia stb.

Az akadályozott személy kezelése szempontjából lényeges a gyógypedagógiai gyakorlatban azoknak a pszichológiai módszereknek a megjelenése, amelyekkel a kívánt változás a személyiség mélyreható elemzése, feltárása, a tudattalan működésének analízise nélkül is elérhető (Süle, 1975).

Ezek a módszerek pszichológiai elemekkel telítettek, de nem feltétlenül igényelnek pszichológiai végzettséget. Általánosan elfogadott azonban, hogy a gyógypedagógus szakmai műveltségének a pszichológiai ismeretek is integráns részét képezik, s hogy ezeket az ismereteket kiképzése során meg kell szereznie (Gordosné, 1995).

Az említett módszerek alkalmazásához azonban a régitől eltérő képzési formák szükségesek, amelyek lehetővé teszik gyógypedagógusok számára is a tanácsadói, terápiás megközelítésű gyógypedagógiai-pszichológiai módszerek, eljárások ismeretét és kreatív felhasználását. Ezek új képzési-tanulási modell alapján sajátíthatók el, gyakran csak a szakmai alapképzettség megszerzését követően.

Az újabb, változatosabb, pszichológiai ismeretekre építő eljárások viszont elsajátításuk után is általában egy ideig csak kontroll, a minőség ellenőrzése mellett végezhetők.

Az új szervezeti keretek és bánásmód kialakításához – más segítő szakmák mintájára – a gyógypedagógusoknak is szükségük van tanácsadásra, életük, munkájuk bizonyos szakaszaiban.

Mindezekre a szakmai fejlődést egyszerre ösztönző és fokozó szupervízió adhat segítséget.

A szupervizorképzés az utóbbi években hazánkban is már intézményi keretek között történik, bár egyelőre inkább a pszichológusok és szociális munkások szakmai tapasztalati tanulásába épült be, a gyógypedagógiában még csak terjedőben van.

A szupervízió tapasztalati tanulás, lényegi, intenzív interperszonális kapcsolat, amelyben az egyik személy (szupervizor) feladata a másik személy (szupervizant) kompetenciáját elősegíteni, az illetőt hatékonyabbá tenni segítő munkájában.

A szupervíziós helyzet három tényezős (még ha csoportban zajlik is): szupervizor (egy, vagy csoportos szupervízió esetén több), terapeuta és – láthatatlanul – a beteg, a kliens. Ezt a hármasságot Virág (1999) a három generációs családmodellhez hasonlítva teszi szemléletessé. A nagyszülő-szülő-gyermek kapcsolat analógiának a szellemében a szupervízió szereplőinek kapcsolatára is jellemző a tapasztalatok átadása, a szülői támogatás és útmutatás, a fejlődés, a változás elismerésével.

A kapcsolat azonban nem hierarchikus, hanem egyenrangú szakembereket feltételez, bár a szupervizor és a szupervizant is más szakterületet és más megközelítést képviselhet. Ugyanakkor nem egyenlő feladatot látnak el a kapcsolatban, a szupervizor teremti meg a tapasztalati tanulás feltételeit, a szupervizant fő feladata pedig maga a tanulás (Sárvári, 1999).

A szupervíziós helyzet sajátossága, hogy a klienst és a problémáit a szupervizor csak az esethozó (szupervizant) közvetítésén keresztül ismeri meg. A szupervizant ismerteti egy kliens esetét, rendszerint olyanét, akit a szupervizor sohasem látott, és nagyon szelektív módon beszámol a munka néhány vonatkozásáról. Így kell a szupervizornak az esetről pontos képet alkotnia, s a legtöbbször felügyeletet is gyakorolnia a klienssel végzett munka felett (Hawkins, Shohet, 1989). Ez annyit jelent, hogy a terápiás folyamattal kapcsolatos észrevételeket megosztják egy szakmailag fontos másik személlyel (Bakó, 1999). A szupervízió középpontjában a terápiás tevékenység dinamikája áll. Célja egyrészt a kliens személyiségének, pszichés történéseinek és élményfeldolgozásának, másrészt a szupervizant kliens iránti érzelmeinek a feltárása, és a terápia során kibontakozó pszichodinamikának a tudatosítása, a terápiában való előrehaladás, a kliens gyógyulása, változása érdekében.

A szupervízió része a segítő folyamatos önfejlődésének, a tanulás iránti elkötelezettségének, az ismeretek folyamatos bővítésének. Egyidejűleg fejleszti a személyiséget és növeli a szakmai kompetenciát (Sárvári, 1999).

A szupervízió ugyanakkor megfigyelési módszer is, amelyben egy szakértelemmel rendelkező személy figyelemmel kíséri egy másik, kevesebb ismerettel és hozzáértéssel rendelkező személy munkáját. Előrevivő tapasztalatot jelent, és mivel a szupervizant személyiségével is foglalkozik, erre különösen szükségük van azoknak a szakembereknek, akik stresszt okozó, integritást veszélyeztető munkatapasztalatokat szereznek (Gladding, 1998).

A segítő személy gyakran úgy tudja ellensúlyozni a kedvezőtlen hatásokat, hogy szupervíziós kapcsolatban van és abból erőt merít.

A gyógypedagógus-terapeuta az akadályozott személlyel való interperszonális kapcsolatában „elveszítheti intencionális életének vonatkozási pontját, ami énjét súlyosan megrendíti, és extrém esetben az apátia, érdektelenség nevelői változatát, a rezignációt vonja maga után" (Pfeffer, 1995).

Winnicott vezette be az „elég jó" anya fogalmát, az anyáét, aki amikor a gyermeke hozzávágja az ételt, képes nem túlreagálni az esetet, nem fogja el az inadekvátság és bűntudat érzése, hanem meg tudja érteni, hogy gyermeke pillanatnyilag

képtelen a külső világot kezelni. Winnicott kiemeli, hogy nagyon nehéz „elég jó" anyának lenni, hacsak nem segíti őt valaki, például a gyermek apja vagy más segítő felnőtt. Ez a „gondozó triád".

A koncepció jó analógiáját adja a szupervíziónak, ahol az „elég jó" pszichoterapeuta, gyógypedagógus vagy más segítő szakember úgy tudja ellensúlyozni a kliens negativisztikus reakcióit, hogy szupervíziós kapcsolatából merít erőt. Gyakran előfordul, hogy tehetséges szupervizantoknak is súlyos kétségeik támadnak önmagukat és a munkájukhoz szükséges képességeiket illetően. A szupervizor nemcsak új erőt önt a szupervizantba, hanem azt is lehetővé teszi számára, hogy a szupervizori kapcsolat biztonságosabb környezetében kétségeit végiggondolja és tanuljon belőlük. A szupervízió tehát olyan keretet nyújt, amely a segítő kapcsolatot a „terápiás triádon" belül tartja (Winnicott, in: Hawkins, Shohet, 1989, 3.).

Ismeretek és tapasztalatok a tanulásban vagy az értelmileg akadályozott személyeket nevelő családokról – terepkompetencia

A korai gondozásban kiindulási ponttá vált, hogy a súlyosabban akadályozott gyermek is a családi otthonban nőjön fel. A gyógypedagógia feladata ebből következően a gyermekek fejlesztésén kívül az, hogy enyhítse a családokra nehezedő pszichés és egyéb terheket, és segítse funkcionálásukat.

A gyermeket és családját érő fokozott stressz megzavarhatja a családi kapcsolatokat. Erre utalnak azok a statisztikák is, melyek szerint az értelmileg akadályozott gyermeket nevelő családokban az átlaghoz képest háromszoros a válási és kétszeres az öngyilkossági arány (Sternlicht, Deutsch, 1972). A család széthullását a gyermek a szeretet vagy elfogadás hiányaként élheti meg, amitől egyrészt bizonytalan és szorongó lesz, másrészt fokozottan úgy érzi, hogy élete eltér a normális gyermekekétől (Tew et al., 1974). Probléma lehet az a tendencia, miszerint a családtagok életüket a fogyatékos gyermek körül szervezik, és ha ezek a szerveződési minták merevek, tartósak, akkor káros hatással lehetnek rájuk, mivel megakadályozzák őket a fejlődésben és abban, hogy saját szükségleteiknek megfelelően változzanak. Az újabban kidolgozott stressz-adaptációs modellek célja, hogy azok alapján lehessen segíteni a családoknak a nehézségek leküzdésében (Quine, Pahl, 1989).

A családok gondozásához a családi rendszer, családi minta megismerése a kiindulópont. Kérdéses, hogy az ún. ép gyermekeket nevelő családokhoz viszonyítva a hasonlóságoknak vagy a különbségeknek nagyobb-e az ereje, de mindenképpen vannak olyan körülmények és eltérő vonások, amelyeket az akadályozott gyermeket nevelő családnál figyelembe kell venni (Coppersmith, 1984). A veszteségmodellek nem nyújtanak koherens mintát, az egyes szakemberek a trauma-feldolgozás

különböző szakaszaihoz különféle érzelmeket társítanak, ezért az ilyen modellek nem használhatók a szülői alkalmazkodás teljesen megbízható jelzéseiként. Egyébként sem valószínű, hogy a családok az akadályozott gyermek születésére és megváltozott helyzetükre azonosan reagálnának, de hasonlóságok felismerhetők.

Bár a gyermekeik által a gyógypedagógia területéhez kötődő családok helyzete részben egyedi és sajátos, mégis vannak olyan általános vonások, amelyek ismerete alapján kezelési stratégiákat lehet kialakítani. Ehhez a gyógypedagógusnak rendelkeznie kell terepkompetenciával, de szupervizoránál a gyógypedagógiai ismeretek nélkülözhetők (Berker, 1992).

A sérült személyt nevelő, gondozó családokra vonatkozó kutatások és elméleti megközelítések is hozzájárulnak az értelmileg akadályozott gyermeket nevelő családok mintázatainak és az azokat fenntartó folyamatoknak a megismeréséhez is, de hogy ezeken milyen módon változtathat a családot segítő szakember, az valószínűleg csak a szupervízióban sajátítható el. Barnes (1991) szerint a lépések: a családi minta áttekintése, a változás kívánatos irányának megjelölése, a család konstans változóinak felismerése és erejének mobilizálása, a gondozónak a családdal kapcsolatos mintázatai, és mindkettő működésének értékelése a választott módszerek tükrében.

Együttműködés a tanulási vagy az értelmi akadályozottsággal élők családjával, az együttműködés szupervíziója

A segítés egyik módja lehet a család társas hálózatának feltérképezése és átstrukturálása, amelynek gyakorlatát a gyógypedagógus szupervíziója keretében sajátíthatja el.

A terapeutának a társas hálózat alakításakor figyelembe kell vennie, hogy az akadályozottság diagnosztizálását követően a család valószínűleg szűkíti kapcsolatait. Az ideiglenes kapcsolatcsökkentés pszichológiai szempontból hasznosnak is bizonyulhat, mert lehetővé teszi, hogy a családtagok feldolgozzák a fogyatékosság tényét, mielőtt azt megosztják másokkal. Az utóbbi években különös figyelmet fordítottak a családi megoldásokra, megküzdési stratégiákra (Quine, Pahl, 1989).

A szülő a gyermek nevelésének gondjai mellett a fogyatékosság elfogadásának a problémáját és ehhez kapcsolódó bűntudatát, családi kapcsolatainak nehézségét, megváltozott szociális helyzetének terheit viszi be a gondozási, tanácsadási helyzetbe. A szülőnek – főleg az anyának – tehát ugyanabban az időszakban kell akadályozott gyermekével intenzívebben és tudatosan foglalkozni, amikor esetleg magának is terápiás segítségre lenne szüksége, de az technikailag nehezen kivitelezhető. A gyógypedagógusnak így sokrétű, szerteágazó problémakörrel kell megküzdenie: alkalomról alkalomra szelektálni, hogy adott esetben mivel kell és tud foglalkozni (Borbély és mtsai, 1985, 1987, 1991).

A szupervízió segíti a gyógypedagógust, hogy eldöntse, a gondozás melyik formáját, szintjét kell elsődlegesnek tekintenie, s hogy a komplex interperszonális helyzetekben képes legyen eligazodni. A módszert befolyásolja, hogy a terapeuta-szupervizant mire helyezi a hangsúlyt, közvetlenül az akadályozott személy fejlesztésére, vagy környezetének pszichés konfliktusaira. Ez utóbbi a közvetett terápia esetében kap különös hangsúlyt, amikor is a fejlesztési terv megvalósítója maga a szülő.

A gyógypedagógusnak a gyermekre vonatkozó rendszerezett pszichológiai ismereteken és gyakorlaton kívül ezért a gondozási folyamatban várható szülői reagálások pszichodinamikáját is meg kellett ismernie, s azt, hogy ennek a dinamikának a felismerése helyes-e, azt már gyakran csak egy külső, a korai tanácsadáson, a páciens-szülő-gyógypedagógus háromszögön kívüli személy, azaz a szupervizor láthatja meg (Baumann, 1991).

A család erejének mozgósítása függ attól is, hogy a kezelő-szupervizant hogyan tanulja meg saját erejét mobilizálni.

A korai gondozás akkor eredményes, problémamentes, ha a gyógypedagógus szakképzettsége, ismeretei alapján felajánlott segítsége, támogatása vagyis a gyermek állapotának diagnosztizálása, a viszonylag direktebb fejlesztési javaslatok, a foglalkozások repertoárjának bővítése megfelel a szülőnek, azaz ha számára elegendő, hogy a szakember ötleteivel változatosabbá, szakszerűbbé teheti a gyermekével való foglalkozást (Baumann, 1991).

A leggyakoribb helyzet tehát az, hogy a korai gondozást végző szakember felvilágosítást, tanácsot ad. Ha a szülők meg tudják oldani a gyermekük akadályozottságával kapcsolatos belső konfliktusaikat, akkor mind a szülő, mind a gyógypedagógus elégedett. Amennyiben a szülők erre nem képesek, a pedagógiai terápiás folyamat nem lehet eredményes.

Baumann (1991) arra is rávilágít, mi történik, ha a korai gondozó nem veszi észre, amikor a szülő szorul segítségre, hogy feldolgozhassa a gyermek állapota miatti feszültségét. Ilyenkor persze nem tud segíteni a gondozó, a szülő pedig – mintegy kompenzálásként – még többet foglalkozik a gyermekkel, s ez még inkább gátolni fogja abban, hogy a javaslatokat felhasználja a gyermek fejlesztésében.

Az eredményes munka akadálya lehet, hogy a gyógypedagógus nem képes felismerni munkája során saját tudattalan motívumait, pl. egyoldalúan azonosul a szülővel, vagy a gyermekkel (Baumann, 1991), de az is lehet, hogy ambivalens módon hol az egyikkel, hol a másikkal, ami nagy érzelmi megterhelést jelent számára. Az akadályozott gyermek helyett az ép, rossz helyzetbe került testvérre figyel, a negatív viszontáttételes reakció megnyilvánulásaként (Alpár és mtsai, 1995).

A tanácsadási munkában a reális események elemzésének a szintjén – a gyermek fejlettségének megbeszélése, a fejlesztési javaslatok szerinti haladás értékelése, a fejlődési ütem felmérése során – intenzív, kommunikatív kapcsolat jön létre, s olyan pszichológiai jelenségeket kell észlelni, felfogni (Buda, 1993), amelyek a gyermekkel való foglalkozás akadályai lehetnek. A tanulásban vagy az értelmileg akadályo-

zott gyermek fejlődése gyakran stagnál, előfordul, hogy alig történik változás, s ezért a fejlesztésben résztvevők védekezést fejlesztenek ki magukban. Leírták azokat a különböző szinteken jelentkező intrapszichikus történéseket, reakciókat, amelyek a szülőkben, gyermekekben, valamint a fejlesztést végző szakemberekben ilyen esetekben kialakulhatnak (Affleck, 1991; Baumann, 1991; Borbély és mtsai, 1985, 1987, 1991; Isztrayné Bíró, 1988; Somogyi-Tóth, Kedl, 1991; Torda, 1995).

A szupervízió, elsősorban a pszichodinamikusan orientált szupervízió segítheti a korai gondozót, hogy olyan magatartást, szakmai identitást alakítson ki, amely lehetővé teszi, hogy az akadályozottsággal kapcsolatos realitást és átéléseket felismerje és feldolgozza, s hogy képes legyen azokat értelmezni. A szülőnek az akadályozott gyermekével kapcsolatos ambivalenciájából adódó belső konfliktusai így a foglalkozások tárgyává és nem szükségszerű akadályaivá válhatnak (Baumann, 1991).

Az akadályozott gyermeket nevelő családdal foglalkozó terapeuta munkájára hat az ún. "társadalmi patológia" is, ami az akadályozottak, illetve családjaikkal kapcsolatos hiedelmekben tükröződik. Ez még szakemberek gondolkodásmódját is befolyásolja, ami gátolja saját munkájuk tárgyilagos megítélését és a családok nehézségeinek feldolgozását. A hiedelmeken alapuló megközelítés veszélyeiről intellektuális szinten tudhat a terapeuta, de azoknak a hatását a családokkal végzett közvetlen munkájában esetleg már csak a szupervízió segítségével ismeri fel. Ilyen tévhit lehet pl. az, hogy a szülői depresszió az idealizált gyermek elvesztése feletti gyász eredménye, vagy azok a szülők, akik sikeresen kezelik a problémát és optimisták maradnak, túlkompenzálnak, hogy ezzel csökkentsék bűntudatukat (MacKinnon, Marlett, 1984).

Az akadályozottság problematikájában a kizárólag csak a konkrét gondozási helyzetekhez tapadó gondolkodástól való elszakadás lehetőségét nyújthatja a szupervízió úgy, hogy közben fennmarad az érzelmi kötődés, az empátia az akadályozott gyermekkel és családjával. A szupervízióban részesült gyógypedagógus szakmai identitásában megerősödve képes lesz a problémák értelmi feldolgozására, el tud távolodni azok közvetlen felhívó jellegétől (Jászberényi, 1997).

A TANULÁSI VAGY AZ ÉRTELMI AKADÁLYOZOTTSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEKRE KÖZVETLENÜL HATÓ GYÓGYPEDAGÓGIAI KEZELÉSEK, ÉS EZEK SZUPERVÍZIÓJA

A gyógypedagógiában használatos pedagógiai és pszichológiai elemeket tartalmazó, az akadályozott személyekre közvetlenül ható terápiák egyéniek vagy csoportosak lehetnek, és több különböző korosztálynál alkalmazhatók. A továbbiakban ezeket a serdülőkre és a felnőttekre vonatkozóan említjük.

A pszichoterápiát, elsősorban az analitikus szemléletű pszichoterápiát intellektu-

ális tevékenységnek tekintik, míg az a valóságban legalább annyira érzelmi hangsúlyú is. A terápiás munka alapvetően olyan folyamat, amely a terapeutát és a klienst is érzelmileg érinti. A terapeuta első feladata olyan érzelmi kötődést létrehozni, amely azután gyógyító módon felhasználható a kapcsolatban (Hollins, 1992).

A tanulási akadályozottsággal élő személyekkel végzett pszichoterápiás jellegű munka annyiban különbözik a nem akadályozott személyeknél alkalmazott kezeléstől, hogy a folyamatnak más az időtartama és a ritmusa.

A terapeuta megpróbálja felmérni, hogy mennyire képes majd változásokat előidézni a kliensben.

A pszichoterápiás javulás fő meghatározói, hogy a páciens motivált-e a pszichoterápiára, képes-e önmagáról gondolkodni és beszélni, problémái ellenére fenn tudja-e tartani a személyiség-működés viszonylag integrált szintjét.

A fentiekből nyilvánvaló, hogy azok a személyek, akiknél károsodott az intellektuális és adaptív működés, vagy hiányzik a válaszadás képessége és komoly hiányosságok mutatkoznak nyelvi fejlődésükben, várhatóan kevesebb javulást fognak mutatni a pszichoterápia során (Lewis, MacLean, 1982).

A pszichoterápiát gyakran még a tanulásban akadályozott személyek számára nyújtható kezelési formák közül is kizárják, mivel náluk a hiányos nyelvi fejlődés miatt gyenge a magatartás kontrollja, emellett képtelenek az önvizsgálatra és az absztrakcióra.

Azok a terapeuták, akik úgy gondolják, hogy az emocionális és magatartási zavar oka nem kizárólag az agyi károsodás, hanem az függvénye az interperszonális kapcsolatoknak is, kedvezőbben ítélik meg a pszichológiai gondozás lehetőségeit.

Hasznos, ha nem korlátozzuk a pszichoterápiát a személyiség megváltoztatását célzó klasszikus eljárásokra, mert akkor az nem igényli a verbális módszerek kizárólagos alkalmazását vagy a terápia dinamizmusának ismeretét. Lehetővé teszi más segítő módszerek alkalmazását is, amelyek esetleg jobban használhatók intellektuálisan sérült személyeknél (Bialer, Cromwell, 1960). A terápia alkalmazásának a lehetőségét befolyásolja az a felismerés, hogy „strukturális lelki változás létrejöhet analitikus konfliktusfeldolgozás nélkül is" (Blümel, 1994).

A pszichológiai elemeket tartalmazó terápiás munkához nélkülözhetetlenek a tanulásban és az értelmileg akadályozottak személyiségére vonatkozó ismeretek.

A PSZICHOTERÁPIÁK FELISMERÉSEI A TANULÁSI VAGY ÉRTELMI AKADÁLYOZOTTSÁGGAL ÉLŐK SZEMÉLYISÉGÉRŐL

Az utóbbi egy-két évtized fejleménye a pszichológiai gondozás, az egyéni és csoportos pszichoterápiák elterjedése, amelyekben a sérült személyeknek elsősorban nem a tényleges tanulási nehézségei jelennek meg, hanem az intrapszichikus konfliktusok, az akadályozottság traumájának feldolgozása, enyhébb fokban akadályo-

zottaknál a társkeresés, a munka- és gyermekvállalás kérdései, az elszigeteltség, a magány, a szülők elvesztése felett érzett fájdalom feldolgozásában megnyilvánuló pszichikus jellemzők.

A tanulási vagy értelmi akadályozottsággal élő személyek reakcióit, viselkedési megnyilvánulásait a környezet gyakran tévesen értelmezi, s az, hogy őket mint csoportot boldognak és barátságosnak tekinti, a gyász tagadásának a része. Az akadályozottsággal élő személy mosolya gyakran nem boldogságot, hanem inkább az agresszortól való félelmet, vagy békítési szándékot fejezi ki, s a környezetének próbál segíteni elfogadásához azzal, hogy barátságos és a kelleténél függőbb marad, miközben akár ellenséges érzései is lehetnek. A trauma élményét nehéz feldolgozni, s görcsös mosolygást vagy tevékenységeket vezethetnek be a depresszió elhárítására.

A fejlődést akadályozó tényező a „másodlagos fogyatékosság" (Sinason, 1986), amely az eredeti akadályozottság eltúlzása védekezés céljából. A fogyatékosság miatt senki sem hibáztatható. Ha ezt a traumát nem dolgozza fel, akkor egy új „fakszimile" fogyatékosságot állít elő, vagy egy valódit eltúloz. Ez a kontroll érzését nyújtja. A mágikus fantáziálás azon az illúzión alapul, hogyha valakinek az akadályozottság szándékosan létrehozható vagy eltorzítható, akkor a valódi akadályozottság is hasonlóképpen - akarati úton - eltüntethető. Formája lehet megváltoztatott hang, mozgás, enyhébb probléma hangsúlyozása, az akadályozottság miatt érzett fájdalom kifejezése, s annak érzékeltetése, hogy ő „gyermekes és buta".

A másodlagos fogyatékosságba zárt harag mértéke óriási lehet, s annak pszichológiai feldolgozása az akadályozottságból következő gyásszal és haraggal való foglalkozást jelenti (Sinason, 1986).

Terápiás lehetőségek

Az alkalmazható módszerek a gyermekpszichoterápiás eljárások kiterjesztését jelentik, tekintve, hogy az ép értelmű gyermekek verbális kommunikációs készsége szintén korlátozott. Tovább bővítették ezeknek az eljárásoknak a körét olyan nem verbális módszerekkel, mint a táncterápia, képzőművészeti terápia, zeneterápia, szenzoros integrációs jellegű terápiák. Ez utóbbiak komplexek, rendkívül széles az indikációs körük, verbális akadályozottság esetén nagyon jól használhatók, a szociális és pszichikus adaptációt jelentősen javíthatják (Bagdy, 1991). Jól szabályozhatják a tanulásban vagy az értelmileg akadályozottaknál gyakori szélsőséges aktivitási szintet, ami fokozott nyugtalanságban, vagy éppen nagyfokú inaktivitásban nyilvánulhat meg. A terápiának az énfejlődést befolyásoló hatása is jelentős (Jászberényi, Nagy, 1995).

Egyes verbális módszerek, technikák, pl. a katarzis, bátorítás, támogatás, tanácsadás, alternatív irányítás, irányított beszélgetés, érzések tükröztetése és osztályozása, értelmezés és pszichodráma alkalmazása sem kizárt tanulásban és értelmileg akadá-

lyozott személyeknél. Az eljárások viszonylag önmagyarázók, és a kliensek különböző készségeinek eltérő szintje mellett is használhatók.

Az akadályozott személyeknél alkalmazott terápiánál is fontos az ellenállás leküzdése. Néhány fogalommal, körülménnyel tisztába kell jönniük, például, hogy kik ők és miért járnak egyéni foglalkozásra vagy egy adott csoportba.

Szükséges a tudatosság felkeltése, a környezettel való kapcsolatban jelentkező nehézségek tisztázása, pl. a lenéző viselkedés nála sérültebb társa iránt, vagy a szülő túlzott kontrollálására történő reagálás. Ahhoz, hogy változás következzék be az éretlenebb, gyengébb képzelőerejű gyermekek, felnőttek magatartásában és pszichológiai problémáikban, figyelembe kell venni, hogy náluk egyszerűsített megközelítések használhatók. Foglalkozási lehetőségek és igények többek közt az alábbiak:

– a nyelvi nehézségek leküzdése. Időnként ellenőrizni kell, hogy mit ért a személy a használt szavak, elsősorban a terápia szempontjából fontos kifejezések jelentésén;
– analógiák használatának a fontossága;
– irányító javaslatok alkalmazása. Hangsúlyozni kell, hogy mi lehet egy-egy viselkedésforma következménye;
– tanítás az érzelmekkel kapcsolatban;
– a szélsőséges érzelmek, düh, agresszió, az önkontrollhiány, az ingerlékenység, túlérzékenység kezelése (Bates, 1992);
– direktív beszélgetésekkel a kapcsolatok korrektív átdolgozása, a személyes fontosság és egymás támogatásának megélése (Fonyó, Jászberényi, 1984, 1986);
– tevékenységi formák felkínálása, szabad választás lehetőségének biztosítása, az ösztöncél szocializált, szublimált kielégítése érdekében (Horgosi, 1997).

A tanulásban akadályozott személyeknél a munka és a megfelelő szabadidős programok segítik a napot strukturálni. A súlyosabb fokban akadályozott személyeknél, a nem vagy alig beszélők idejét nagyon nehéz ütemezni. Esetükben a rítusok, szokások bevezetése szolgálhatja az én-erősítést, a csoportidentitás kialakulását, amelynek megtartó ereje lehet az egyén számára. A tevékenységek kerete, a szokások rendszere eszköze az értelmi fejlesztésnek is, amennyiben a súlyosan akadályozott személyeknél az anticipáció a nem jelenlévő, az észlelési térből hiányzó személyeket, tárgyakat, jelenségeket segít felidézni.

Az értelmileg akadályozott emberek gyakran intézetben, napközi otthonban élnek, magatartási zavaraik kezeléséhez sok esetben nem szükséges kifejezett pszichoterápia, inkább a mindennapi élethelyzeteikben közelíthetők meg a legjobban. Pedagógiai módszerekkel is gyakran látványos javulás érhető el, pusztán napirendjük, környezetük megfelelő strukturálásával.

A segítők, gyógypedagógusok tevékenységének kell biztosítania az én segítését,

állandó, elfogadó, rendelkezésre álló attitűdöt kell kialakítania. Ezt egyetlen személy nem tudja megadni, csak a segítők együttese, egységes gondozói elv kialakításával és betartásával.

Noha a segítő személy csak bizonyos időszakban van az akadályozott ember mellett, a napi ritmus kialakításával az ismétlődő tevékenységek, szokások a fizikai jelenlét érzetét keltik. Nagyon fontos, hogy a szokások ne merevedjenek sztereotípiákká, hanem reprezentációk alakuljanak ki, és így felidézhetővé váljanak, utalni lehessen rájuk.

A normalizáció elvének alapján a nagy intézményekből új lakóhelyekre, kisebb közösségekbe költöztetés jobb életminőséget és nagyobb megbecsülést nyújt az akadályozott egyéneknek (Kedl, 1998; Lányiné, 1998). Életkörülményeik javulása ellenére – elsősorban az idősebb személyeknél – lelki válságok alakulhatnak ki, például a korábbi élethelyzet idealizálása miatt.

A tanulásban vagy az értelmileg akadályozott személyeknek a szintjüknek megfelelő szocioemocionális kapcsolatban kell élniük, melyben lehetőségük van a felelősség megtapasztalására is (Zászkaliczky, 1998).

A lelki változások kezelésében a pszichoterápiából, a pszichológiai gondozásból átvehető az életáttekintés; a reminiszcencia terápia elemeinek felhasználása segíthet abban, hogy kialakuljon a csoportkohézió és megosszák egymással emlékeiket, élményeiket (Bruckmüller, 1999; Fensome, 1992). Segíteni kell, hogy a csoporttagok a veszteségérzést kifejezhessék, hogy minél előbb tudjanak több energiát fordítani az alkalmazkodásra, az új életükre. Az átmenetek kezelésében figyelembe kell venni, hogy csak nagyfokú hasonlóság jelent hasonlóságot a számukra az új élethelyzetekben.

A visszaemlékezés vagy életáttekintés terápia erősítheti az azonosságtudatot, fokozhatja az önbecsülést és öntudatot. Emellett segíthet kialakítani vagy megerősíteni az élet teljes időtartama alatti fejlődés érzetét, a múltból a jelenbe és a jövőbe (Fensome, 1992).

A TERÁPIÁK SZUPERVÍZIÓJA

Gyakran a tudatosság szintje alatt maradnak a gyógypedagógusok és a segítők szemléletét, bánásmódját befolyásoló pszichológiai folyamatok. A szupervízió realitás-vizsgálatra kényszeríti a szupervizantot (Bokor, 1995), adott esetben konfrontálhatja elfojtott tudattartalmaival, amelyek ellenállást fejlesztenek ki benne az akadályozottal való foglalkozásban.

A pszichoterapeuták csoportos szupervíziója során vált nyilvánvalóvá, hogy a tudatosság szintjén ugyan együtt érzünk az akadályozottsággal élőkkel, realizáljuk azt a fájdalmas elszigeteltséget, amelyben élnek, mégis érvényesül velük szemben egy atyáskodó, lenéző attitűd, amely a tudatosság küszöbe alatt marad. Bonyolult

viszontáttételi folyamatok játszódnak le, amelyeknek hatására a lenézés-sajnálat-bűntudat gátolhatja az akadályozottak fejlődését. A viszontáttétel felismerése és tudatosítása elősegítheti a kedvező változást (Symington, 1981, 1992).

Az akadályozottakkal, elsősorban a súlyosabban akadályozottakkal foglalkozó személy „preverbális, regresszív világba lép" (Alpár és mtsai, 1995). A szupervízió tárgyát képezi az akadályozott személy körülményeiben és pszichés folyamataiban bekövetkező változások elemzése. A változások azonban nagyon ritkán és lassan következhetnek be, nemcsak a pszichés zavarok, hanem a kognitív sajátosságok miatt is.

A gyógypedagógus gyakran tehetetlennek érzi magát az akadályozott személy autoagresszióban megnyilvánuló izolációjával, valamint az agressziójával szemben. Ez utóbbit gyakran úgy fogja fel, mint ami ellene irányul, s nem képes azt az akadályozott személy énfejlődési fázisaként, az akarat kifejeződéseként értékelni, nem érti meg annak ambivalens jellegét. Az akadályozottsággal élő iránti addig alig ismert ellentmondásos érzelmek, az értékek összeomlása, az identitásválság ahhoz vezethet, hogy a gyógypedagógus nem képes saját énjét eredeti egységében megélni. Mindezek felismerése azonban hozzásegítheti ahhoz, hogy tudatosítsa az akadályozott személlyel kapcsolatban átélt regresszív-viszontindulatáttételes reakcióit. Ezzel fejlődik saját énje és empátiás készsége, mindehhez viszont szupervíziós segítség szükséges (Pfeffer, 1995).

A segítőknek időnként nehéz tudatosítani, hogy a tünetek nem egy konkrét személy felé, rá irányulnak, hanem a pszichés probléma, a szenvedés kifejezői. Abból lehet kiindulni, hogy az akadályozott személy szenvedései egyediek, és ismételni fogja korábbi, esetleg negativisztikus reakcióit a megváltozott, elfogadó környezetben is. A segítői eszközök a szülőihez hasonlóan időnként korlátozottak a magatartási zavarok befolyásolására. Ez azt jelenti, hogy inkább kontrollt alkalmazunk, ahelyett, hogy új szerkezetet és tevékenységet kínálnánk, holott csak úgy lenne megszüntethető a nem kívánt magatartás.

A segítők szupervíziója biztosítja, hogy kliensek szocializálódjanak az autonomabb életformához, eligazodjanak új életterükben, énjüket erősítsék, és javítsák az új követelményekhez szükséges pszichikus tulajdonságokat, a tűrő-, alkalmazkodó-, küzdő- és kompromisszumkészséget, reális követhető életvezetési mintákat legyenek képesek nyújtani (Bagdy, 1996).

A gyógypedagógus-szupervizantnak mintegy „saját élményt" jelent a szupervízió, mivel a szupervizortól soha nem tanácsokat kap, így megélheti azt, hogy ő se akkor segít a hozzáfordulóknak, ha kész sémákat, direkt megoldásokat ad. Ahogy a szupervizant maga is fejlődik a szupervízióban, erősödik szakmai önállósága, várhatóan úgy lesz képes, természetesen lépcsőzetesen, az akadályozottak adaptív magatartását, önszabályozását, én-erősítését elősegíteni.

Az akadályozottakkal való foglalkozásban a cél az, hogy a szabályozásra ne csak külső támogató, a gyógypedagógus legyen képes, hanem kliense, tanítványa is. Ta-

nulási folyamat, fokozott önállósulás megy végbe a szupervízióban, és ezt kell áttenni az akadályozottakkal való foglalkozásba, akkor is, ha ismerjük náluk a megvalósítás korlátait (Jászberényi, 1997).

Irodalom

AFFLECK, G., MCGRADE, B. (1991) *A kapcsolatra összpontosító korai intervenció ígérete fejlődési zavarok esetén.* In: Kedl M., Borbély S. (szerk.) *Szemelvénygyűjtemény a korai gyógypedagógiai gondozás-fejlesztés témaköréből.* I. kötet: Szemléleti kérdések. Tankönyvkiadó, Budapest, 133–158.

ALPÁR ZS. és mtsai (1995) *A csecsemőmegfigyelés hatása a pszichoanalitikus gondolkodás kialakulására.* In: Lukács D. (szerk.) *Irányzatok és kutatások a mai magyar pszichoanalizisben.* A Magyar Pszichoanalitikus Egyesület 1994. évi konferenciája. Budapest, 55–63.

BAGDY E. (1991) *A nonverbális pszichoterápiák.* In: Bagdy E. (szerk.) *Nonverbális pszichoterápiák.* Magyar Pszichiátriai Társaság Animula Egyesülete, Budapest, 3–34.

BAGDY E. (1996) *A mentálhigiéné, a humán segítő szakmák és a klinikai pszichológia.* In: *Család, gyermek, ifjúság,* 4., 22–26.

BAKÓ T. (1999) *Töréspontok mentén. Fejezetek a szupervíziós munkából.* Animula, Budapest.

BARNES, G. G. (1991) *Család, terápia, gondozás.* Családterápiás olvasókönyvsorozat II. Animula, Budapest.

BATES, R. (1992) *Psychotherapy with People with Learning Difficulties.* In: Waitman, A., Conboy-Hill, S. (eds.): *Psychotherapy and Mental Handicap.* SAGE Publications, London, 81–98.

BAUMANN, S. (1991) *A pszichodinamikusan orientált szupervízió tárgya a korai fejlesztésben.* In: Kedl M., Borbély S. (szerk.) *Szemelvénygyűjtemény a korai gyógypedagógiai gondozás-fejlesztés témaköréből.* I. kötet: Szemléleti kérdések. Tankönyvkiadó, Budapest, 88-89.

BERKER, P. (1992) *Felddynamik. Supervision.* 21., 3–10.

BIALER, I.; CROMWELL, R. (1960) *Task repetition in mental defectives as a function of chronological age and mental age.* In: *Am. J. of Mental Deficiency.* 65., 265–268.

BLÜMEL F. (1994) *Terápiás kapcsolat és viszontáttétel.* In: Flaskay G. (szerk.) *Függőség, tárgykapcsolat, viszontáttétel.* MPE, Budapest, 43–62.

BOKOR L. (1995) *Résztárgyak interakcióban – terápiás keretek, szupervíziós tér és határhelyzetek.* In: Lukács D. (szerk.) *Irányzatok és kutatások a mai magyar pszichoanalizisben.* Magyar Pszichoanalitikus Egyesület 1994. évi Konferenciája. Budapest, 64–73.

BORBÉLY S. és mtsai (1985) *Az egyéni tanácsadás általános szempontjai.* In: Lányiné Engelmayer Á. (szerk.) *A korai gyógypedagógiai segítségnyújtás az értelmi fogyatékosok nevelésében.* OPI, Budapest, 50–54.

BORBÉLY S. és mtsai. (1987) *Értelmi fogyatékos kisgyermekek gondozásának eredményei és problémái néhány eset kapcsán.* Tudományos Közlemények X. évkönyv. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 100–106.

BORBÉLY S. és mtsai. (1991) *A nehezített szülőszerep megismerése a fogyatékos gyermekek korai gondozása során.* In: Kedl M., Borbély S. (szerk.) *Szemelvénygyűjtemény a korai gyógypedagógiai gondozás-fejlesztés témaköréből.* I. kötet: Szemléleti kérdések. Tankönyvkiadó, Budapest, 30–35.

BRUCKMÜLLER, M. (1999) *Élettörténet és identitás – Az én biográfiám.* A Soros Alapítvány konferenciája, Dobogókő.

BUDA B. (1993) *A hatékonyság vizsgálatának tanulságai.* In: Török T.-né. (szerk.) *A pszichoterápia alapkérdései. Kapcsolat és kommunikáció a pszichoterápiában.* (Válogatott tanulmányok) Országos Alkohológiai Intézet és a Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozásért Alapítvány, Budapest, 167–182.

CONBOY-HILL, S.; WAITMAN, A. (1992) *Introduction.* In: Waitman, A., Conboy-Hill, S. (eds.) *Psychotherapy and Mental Handicap.* SAGE Publications, London, 1–8.

COPPERSMITH, E. I. (1984) *Introduction.* In: Hansen,J.C., Coppersmith, E. I. (edit) *Families with handicapped members. Aspen Systems Corporation.* Rockville, Maryland, XIII–XV.

DREW, C. J. et al. (1988) *Mental Retardation. A Life Cycle Approach.* A Bell & Howell Information Company (fourth edition), Colombus.

FENSOME, H. (1992) *Sharing Memories: The Role of Reminiscence in Managing Transition.* In: Waitman, A., Conboy-Hill, S. (eds.): *Psychotherapy and Mental Handicap.* SAGE Publications, London, 171–184.

FONYÓ I., JÁSZBERÉNYI M. (1984) *Fiatal értelmi fogyatékosok klubterápiája.* In: A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társaságának XXX. Nemzeti Kongresszusa. Előadáskivonatok. 146–147. Budapest.

FONYÓ I., JÁSZBERÉNYI M. (1986) *16–28 éves értelmi fogyatékos fiatalok klubterápiája.* In: Sáhó E. (szerk.) *A gyógypedagógia határterületi problémái.* Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, Budapest, 262–264.

GLADDING S. T. (1998) *Counseling.* In: Fonyó I., Pajor A. *Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1995) *Gyógypedagógiai pszichológiai stúdiumok a magyar gyógypedagógus-képzésben (1900–1992)* In: Zászkaliczky P. (szerk.): *„...önmagában véve senki sem..." Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 61–76.

HAWKINS, P., SHOHET, R. (1989) *Supervision in the helping professions. An individual, group and organizational approach.* Open University Press, Philadelphia.

HOLLINS, S. (1992) *Group Analytic Therapy for People with a Mental Handicap.* In: Waitman, A., Conboy-Hill, S. (eds.): *Psychotherapy and Mental Handicap.* SAGE Publications, London, 139–149.

HORGOSI L. (1997) *A feszültségfeldolgozás jelentősége értelmi akadályozottak iskolai nevelésében.* Szakdolgozat. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

ISZTRAYNÉ BIRÓ A. (1988) *Az intellektuális gátlás és a butaság dinamikája.* In: Gerő Zs. (szerk.) *Klinikai gyermekpszichológiai tanulmányok.* Akadémia Kiadó, Budapest, 104–112.

JÁSZBERÉNYI M. (1997) *Gyógypedagógia és szupervízió.* In: *Pszichoterápia,* 2., 87–99.

JÁSZBERÉNYI M., NAGY É. (1995) *Tapasztalatok az Ayres-féle szenzoros integrációs terápiával.* In: *Rehabilitáció,* 3., 453–456.

KEDL M. (1998) *Tájékoztatás a Soros Alapítvány fogyatékosságügyi programjairól.* In: Zászkaliczky P. (szerk.) *A függőségtől az autonómiáig.* Soros, Kézenfogva Alapítvány, Budapest, 7–13.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1998) *Zárszó.* In: Zászkaliczky P. (szerk.) *A függőségtől az autonómiáig.* Soros, Kézenfogva Alapítvány, Budapest, 253–255.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á., MARTON K. (1991) *Értelmi fogyatékosok speciális teljesítményeinek vizsgálata.* Akadémia Kiadó, Budapest.

LEWIS, M. H., MACLEAN, W. E. (1982) *Issues in Treating Emotional Disorders.* In: Matson J. L., Barrett, R. P. (ed.) *Psychopatology in the Mentally Retarded.* Grune & Stratton, New York, 1–36.

MACKINNON, L., MARLETT, N. (1984) *A Social Action Perspective: The Disabled and Their Families in Context.* In: Hansen, J. C., Coppersmith, E. I. (eds.) *Families with handicapped members.* Aspen Systems Corporation, Rockville, Maryland, 112–126.

PFEFFER, W. (1995) *A súlyos értelmi akadályozottak fejlesztésének alapvetése.* In: Zászkaliczky P. (szerk.) *Szerkesztett válogatás a szerző azonos című munkájából.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

QUINE, L., PAHL, J. (1989) *Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children.* In: *British Journal of Social Work,* 15., 501–517.

SÁRVÁRI GY. (1994) *Szupervíziós tapasztalatok Hollandiában hermeneutikai szemszögből.* In: *Magyar Pszichológiai Szemle.* 1–2., 112–128.

SÁRVÁRI GY. (1999) *Metalépés.* Animula, Budapest.

SINASON, V. (1986) *Secondary mental handicap and its relationship to trauma.* In: *Psychoanalytic Psychotherapy,* 2 (2)., 131–134.

SOMOGYI-TÓTH ZS., KEDL M. (1991) *Csoportfoglalkozás értelmi fogyatékos gyermekek szüleivel.* In: *Gyógypedagógiai Szemle.* 3., 205–218.

STERNLICHT, M., DEUTSCH, M. (1972) *Personality development and social behavior in the mentally retarded*. Lexington Books, Lexington, Mass.

SÜLE F. (1975) *A pszichoterápia fogalma*. In: Harmatta J., Lust I. (szerk.) *A pszichoterápia alapfogalmai*. Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ, Budapest, 1–15.

SYMINGTON, N. (1981) *The psychotherapy of a subnormal patent*. In: *British Journal of Medical Psychology*, 54., 187–199.

SYMINGTON, N. (1992) *Countertransference with Mentally Handicapped Clients*. In: Waitman, A., Conboy-Hill, S. (edit): *Psychotherapy and Mental Handicap*, SAGE Publications, London, 132–138.

TEW, B. J. et al. (1974) *Must a Family with a Handicapped Child be a Handicapped Family?* In: *Develop. Med. Child*. Neurology, 6., 95–98.

TORDA Á. (1995) *Ellenállás a fejlesztéssel szemben, a pedagógiai terápia pszichológiai aspektusai*. In: *Fejlesztőpedagógia*, 2–3., 45–46.

VIRÁG T. (1999) *Előszó*. In: Bakó T.: *Töréspontok mentén*. In: *Fejezetek a szupervíziós munkából*. Animula, Budapest, 9–11.

ZÁSZKALICKY P. (1998) *A deinstitucionalizáció folyamata a német nyelvű országokban*. In: Zászkaliczky P. (szerk.) *A függőségtől az autonómiáig*. Soros, Kézenfogva Alapítvány, Budapest, 35–80.

9.

AZ ÉRZÉKSZERVI TANULÁS ORGANIZÁCIÓJA ISKOLAI TANULÁSI FOLYAMATOKBAN VAKOKNÁL

Napjainkban a különböző nevelési és oktatási szükségletű gyermekek együttnevelésének iskolai gyakorlata a látássérültek pedagógiájában is az egyéni tanulási képességek, az egyén és környezete interakciója, a flexibilis tanulás, az oktatás új szerkezetű formáinak vizsgálatára irányítja a figyelmet.

Az alábbiakban *célunk* az, hogy kutatási eredményekre és a gyakorlati tanulási szituációkban folytatott megfigyelésekre alapozva bemutassuk az érzékelés-észlelés, a mozgás, a cselekvés, valamint a matematikai műveletvégzés kapcsolatát, a számélmény és a matematikai kompetenciák kialakulásának folyamatát vakoknál. A feltárt összefüggések elemzésével, az egyéni tanulás során előforduló problémák okainak feltárásával azt a folyamatosan elemző tanári megközelítésmódot szeretnénk támogatni, amely során a gyógypedagógus meg van győződve arról, hogy az egyéni tapasztalatokra, az érzékszervi-észlelési működések ismeretére épülő tervezéssel a tanulási-tanítási gyakorlatban fellépő problémák nagy része megelőzhető és az átmeneti nehezségek legtöbb esetben célzott, terápiás programokkal megszüntethetők.

TARTALMI DIFFERENCIÁLÓDÁS A LÁTÁSSÉRÜLTEK PEDAGÓGIÁJÁBAN

A vakság pszichológiai és pedagógiai aspektusból nézve a tanulási folyamatok sajátos feltételrendszerét jelenti, amely meghatározza az egyén megismerését, képzet- és fogalomalkotását és az azokra épülő képességek, készségek kialakulását, fejlődését.

A látássérültek pedagógiája Európában az elmúlt két évtizedben gyors ütemű differenciálódási folyamaton ment keresztül (Csocsán, 1998a; Laemers, 1998). Azonos tendencia Magyarországon is nyomon követhető. A nevelés-oktatás új tartalma és szervezeti formái a tiflopedagógiai kompetenciák sorának bővülését jelentik (Csocsán, 1998a, 1998b). Az elméleti megközelítés változását úgy lehetne röviden összefoglalni, hogy míg a tudományág súlypontja az ötvenes, hatvanas években a látássérültek különböző csoportjaira általánosan jellemző sajátosságok kutatására és rendszerbe foglalására koncentrált, a hetvenes évektől kezdve megnőtt az ér-

deklódés a differenciált foglalkoztatás, az egyéni megsegítés lehetőségeinek tanulmányozása iránt.

A látássérültek iskolai integrációja a tiflopedagógiában is más megközelítési módot feltételez. Amíg a klasszikus tiflodidaktika a látássérült gyermekek iskolai igényeinek megfelelően alakította ki módszer- és eszköztárát, azaz a didaktikát alakította a gyermekek tanulási szükségleteinek megfelelően, addig az együttnevelésben fordított irányú tendencia érvényesül. A látássérült gyermeket kell a megfelelő gyógypedagógiai, tiflopedagógiai megsegítéssel az általános pedagógiai folyamatokba bekapcsolni. Ez nem jelenti és nem jelentheti a jövőben sem a speciális pedagógia szükségességének a megkérdőjelezését. Ellenkezőleg. A beilleszkedés, a valóban azonos tárgyi bázison megvalósítandó közös tanulás csak akkor lehet eredményes, ha az általános és speciális didaktika egymás eszköztárát ismerve végzi a saját hatásköréhez tartozó feladatát, és a tanítók, tanárok szorosan együttműködnek a tanulás-tanítás során.

Az új megközelítésből a látássérültek pedagógiájának feladata:

– a vak és gyengénlátó gyermek, fiatal (és felnőtt) és környezete interakciójának a megismerése, a különböző vizuális feltételek között végbemenő érzékelés-észlelés, kognitív tanulás vizsgálata;

– a környezet „transzparenssé", leolvashatóvá tételével az egyén alkalmazkodásának segítése;

– a tanulási folyamatok pozitív befolyásolása, a sérülés esetleges kihatásainak csökkentése, illetve megelőzése édekében megfelelő módszerek kidolgozása és médiák kiválasztása;

– a különböző nevelési-oktatási rendszerek ökológiai és szakspecifikus vizsgálata, az intézmények, az egyén és tanulási környezete együttmüködési hatékonyságának figyelemmel kísérése.

Ezek a feladatok az oktatástan területén így jelentkeznek:

– a tanulás-tanítás körülményeinek megtervezése úgy, hogy azok az egyén képességeinek, készségeinek optimális fejlesztését az adott vizuális feltételek között biztosítsák;

– kritériumok kidolgozása, amelyek segítségével a tanulás-tanítás tartalma, módszerei és eszközei kiválaszthatók, megítélhetők és alkalmazhatók;

– a tananyag kiválasztásának és a feldolgozás súlypontjainak eldöntése;

– módszerek és eszközök modifikálása;

– megfelelő kommunikációs- és kultúrtechnika, média kiválasztása.

Az egyéni tanulási feltételek figyelembevételére épülő oktatási folyamatban egyre nagyobb szerepet kapnak a speciális, rövidebb-hosszabb időre tervezett terápiás programok.

ÉRZÉKELÉS-ÉSZLELÉS A „KLASSZIKUS" TIFLOPEDAGÓGIÁBAN

Visszatekintve a vakok intézményes oktatásának kétszáz évére, az a tapintásra épülő oktatási módszerek története. A vakok pedagógiájának a 18. század végétől a 19. század végéig terjedő szakaszára jellemző az általános pedagógiai módszerek kiterjesztése a vakok nevelésére, oktatására. Ezen periódust az első iskolaalapítók, V. Haüy és J. Klein elméleti és gyakorlati tevékenységének hatása fémjelzi (Wanecek, 1969). Az oktatás arra az alaptételre épült, hogy az ismeretszerzés folyamata látóknál és vakoknál azonos, csak a látás hiánya miatt „kerülő utat" kell választani. Amennyiben a tananyagot és a taneszközöket tapinthatóvá teszik, a vakok ugyanolyan módszerekkel taníthatók, mint a látó gyermekek és ifjak. J. H. Pestalozzi és Niemeyer hatására J. Klein az érzékeltető oktatás fontosságát hangsúlyozta (Rath, 1983). Az „érzékeltetés" mint didaktikai alapelv a vakok oktatatásában a mai napig is jelen van.

S. Heller és Th. Heller pszichológiai kutási eredményei új korszakot nyitottak a vakok nevelés-oktatásában. A huszadik század elejétől az oktatás szakított a vizuális formáknak a tapintásba való mechanikus áttételének elvével, és egyre nagyobb jelentőséget nyert a „másság" hangsúlyozása. A vakok másképpen ismerik meg a világot, mint a látók, érzékszerveik másképpen működnek, és az érzékszervi benyomásokra épített képzeteik és fogalmaik is mások, mint a látóké. S. Heller a szisztematikus tapintásnevelés híve. A század első felében a német vakok iskoláiban bevezették a „tapintástant" (Tastlehre). A német példa hatására a magyarországi vakok iskolájában is rendszeresen tapintásnevelés folyt, és ezzel párhuzamosan a kézügyesítést szolgáló tárgyak is kiemelt óraszámot kaptak (Wanecek, 1969).

Mivel a vakokról alkotott „másság" kép a látókkal való összehasonlítás bázisán született, a gyógypedagógiában egyre nagyobb teret hódított az a vélemény, hogy a vakoknak – a látási érzékszerv hiányában – az élet egy sor területén hiányosak az ismereteik. A gyógyító nevelés feladata ezen hiányok pótlása és korrigálása. Tóth Zoltán gyógypedagógus-pszichológus, Ranschburg Pálnak, a magyarországi kísérleti pszichológia megteremtőjének tanítványa volt. A vakok képzeteivel foglalkozó vizsgálatai külföldön is, elsősorban német nyelvterületen ismertté váltak. Tóth Z. a vakságot a képzetalkotás szempontjából súlyos fogyatékosságnak tartja. „A látás elvesztése ...a vakok képzeteinek fejlődését igen lassúvá, hiányossá és egyoldalúvá teszi" (Tóth Z., 1997, 21.). A gyógyító nevelés feladatának tartja, hogy a fejlődést meggyorsítsa és a hiányos tapasztalatok pótlásával az általános képzeteket a „normális értékhez" közelítse (Tóth Z., 1997, 51.).

Méhes József tiflopedagógiai rendszerét a kompenzációs elméletre építette. Véleménye szerint a vak gyermek érzékelése és észlelése hézagos, mert a megismerés folyamatának legfontosabb tényezője: a látás hiányzik. A hézagosság mellett az egész megismerés – noha az ép érzékszerveken belül magas működési finomultságot is mutathat – a képszerűség és a szimultaneitás elvesztése miatt összességében kevésbé

tagolt. Méhes nem zárja ki annak lehetőséget, hogy a környezet a vakok számára is megismerhető, mivel a tárgyak, jelenségek és személyek jellemző sajátságai rendszerint más érzékszervvel is felfoghatóak (Méhes, 1962).

F. Mansfeld a szakirodalomra hivatkozva 1933-ban azt írja, hogy a vakok oktatásában a hallásnak mindig is nagy szerepet tulajdonítottak. Hiányol azonban egy, az alkalmazások sorát és módszerét rendszerbe foglaló gyakorlati útmutatót, amely az oktatás hatékonyságát növelhetné. A téri hallás rendszeres neveléséhez koncentrikusan bővülő térben és helyszínen végzett gyakorlatakat ajánl.

A vak és aliglátó gyermek esetében a látási ingerületek egész tartománya nagy részben vagy egészében kiesik, így a megismerő struktúrák egymás közti aránya, hangsúlya és fontossági sorrendje is megváltozik – vallja Méhes J. „A hallási teljesítmények kifinomodása és domináns szerepe a vakság állapotához történt érzékszervi adaptálódás következménye. A vak többet és másként is hall, mert hallásbenyomásainak több értelmi kapcsolata és az életre vonatkoztatott jelentősége van. Tudatában több hallásbenyomást őriz meg" (Méhes, 1962, 200.).

O. Wanecek a tapintást előtérbe helyező vakok pedagógiájával ellenkezően, a rosszul tapintó, de az iskolában kiválóan beilleszkedő vakok példájára hivatkozva, azt a nézetet képviseli, hogy a képzetek szempontjából döntő, hogy a gyermek hogyan képes a különböző érzékelési benyomásokat, észleleti képeket „összegezni" (Wanecek, 1969).

W. Rath úgy véli, hogy a hallásnevelés a németországi vakok pedagógiájában nem foglalt el jelentőségének megfelelő helyet. Hitschmann véleményét, hogy a vakok életében a hallásnak a tapintásnál nagyobb szerepe van, a kortársak elutasították és csak a hetvenes években D. Hudelmayernek a non-verbalis fogalomképzéssel kapcsolatos vizsgálatai mutattak rá a hallás sajátos szerepére a vakok megismerésében (Rath, 1983).

D. H. Warren elemzése szerint a vakok akusztikus észlelésére vonatkozó újabb megállapítások elsődlegesen a mozgást és a tájékozódást, valamint a verbális tanulást vizsgáló empirikus kutatásokból származnak (Warren, 1994).

A vakok budapesti iskolájában a hatvanas, hetvenes években empirikus vizsgálatok sorát végezték a vakok megismerő tevékenységére épülő pedagógiai vizsgálati és oktatásmódszertani metodikák kidolgozása céljából. Jelentőségében kiemelkedőek Méhesnek a pontolvasás mennyiségi és minőségi sajátosságaira vonatkozó, valamint Csabayné és munkatársainak a kultúrtechnikák elsajátítását segítő eljárások és taneszközök kidolgozását megalapozó adatgyűjtései (Méhes, 1962, 1985, 1990; Csabayné és mtsai, 1971; Csabayné, 1972).

Szenzorikus integráció – az észlelési organizáció

Az észlelés U. Neisser szerint a már korábban kialakult struktúrákon, „anticipációs" sémákon alapul. Az észlelés során az észlelő egyezteti a korábban megszerzett sémáit a környezet ingereivel, azaz korábbi anticipációit rávetíti a pillanatnyi ingeregyüttesre és a különbséget enkódolja. Több készenléti séma közül mindig a legpregnánsabb, a legkonstansabb kerül először összehasonlításra. A sémák az észlelési folyamatban módosulnak. Az információfelvételt irányító sémák „perceptuálisak", azaz az érzékszervi modalitások integrálódnak, jelentés, téri helyzet és alakfelismerés észlelési ciklusba szerveződnek. A kognitív térképek mentális struktúrák és nem feltétlenül vizuálisak. A vakok is rendelkeznek kognitív térképekkel, amelyek az asszociatív emlékezetet segítik (Neisser, 1984). Ezek sajátosságait azonban Neisser nem elemzi.

A szenzoros tanulás az egész idegrendszer együttes működésének az eredménye. A szenzoros és motoros pályák egymást támogatva fejlődnek (Ayres, 1984; Zimmer, 1997). A szenzorikus integráció az agy összetett működése, melynek során a különböző érzékleti inputok csoportosítása, rendezése és egyesítése megy végbe. A tanulás a test érzékelésével kezdődik csecsemőkorban. A kisgyermek úgy tanul tanulni, hogy ingert és annak hatását képes észre venni, és képes azokat megjegyezni.

A kommunikációs képességek elsajátításával bizonyos szenzomotoros tanulási folyamatok is meggyorsulnak. A beszéd a vak gyermekek fejlesztésében kiemelkedő szerepű, különösen azokon a területeken, ahol a közvetlen érzékszervi megismerésre nincs mód. Ugyanakkor a beszéd el is fedhet olyan negatívumokat, amelyek a közvetlen tapasztalat hiányából erednek ugyan, de a szenzoriális megismerés a vakos feltételrendszerben is végbe mehetett volna. Például a „csillogó, tarka cirkuszvilág" a vak gyermek számára „zajos, zenés, szagokkal és illatokkal teli" világot jelent.

Iskolai tanulás és közvetlen tapasztalatszerzés

A reformpedagógiai irányzatok egyre nagyobb térhódításával a mai oktatási gyakorlatban felértékelődtek azok a módszerek, amelyek a „minden érzékszervvel tanulni" alapelvre épülnek. A tanulás-tanítás folyamatában az önálló tanulás áll a középpontban. Az egyéni tempóban való haladás, a fogalomképzés folyamata az egyéni korai tapasztalatok meglétének vagy hiányának a figyelembevételével, pótlásával, illetve kibővítésével biztosított.

A göteborgi fenomenográfiai műhely kutatói a „szándékos" vagy akaratlagos tanulás sajátosságait empirikusan vizsgálják. A „fenomenográfia" („phenomenographia") két görög szó, a „phenomenon" és a „graphem" szavakból keletkezett;

F. Marton használta először egy neveléstudományi megközelítés kifejezésére. A fenomenográfia a kutató számára egy bizonyos jelenség leírását, a tanulás természetére vonatkozó kérdésfeltevés módját azonosítja. Alapgondolatának lényege, hogy a cselekvés, a tevékenység miléntje, minősége utal a „megtapasztalás", a tevékenységet megelőző tanulás eredményességére. Egymással „logikus" kapcsolatban vannak. Az egyén nem cselekedhet másképpen, mint ahogy azt az adott tevékenységre vonatkozó tapasztalata meghatározza (Marton, Booth, 1997). A fenomenográfia összegyűjti a jelenségre vonatkozó kérdésekre kapott válaszokat. A válaszok kategorizálásával jellemzi az adott jelenséget a tanulás szempontjából. Matematikából vett példa alapján a 6-7 éves gyermekek az azonos problémára adott manipulatív vagy verbális válaszai segítenek megérteni a gyermek számokkal kapcsolatos tapasztalatát.

A fenomenográfiai műhelyben több olyan empirikus munka látott napvilágot, amelyek a gyermekek számfogalomfejlődésével foglalkoznak és a korábbi kutatások eredményeit új megvilágításba helyezik. D. Neuman (1987) iskolakezdők aritmetikai kompetenciáját a megoldási módok és a matematikai nehézségek összefüggéseire koncentrálva vizsgálta. A. Ahlberg (1992, 1997) a korai matematikai tapasztalatok természetét és a verbális feladatmegoldás módjait kutatta svéd óvodások és kisiskolások bevonásával. E. Ekeblad (1996) a számítógéppel segített modellezés hatékonyságát a számfogalom kialakulására vonatkoztatva elemezte.

F. Marton a tanulás általános törvényszerűségeit tanulmányozva jutott el a természetes számhoz, mint egy komplex tanulási folyamatot magában foglaló mentális modellhez. Fenomenográfiai megközelítésben az, ahogyan a gyermek a számokat a különböző konkrét szituációkban, problémamegoldási helyzetekben felhasználja, mutatja korábbi tapasztalatait a számmal kapcsolatban. A fejlődés a strukturált „egész" és „rész az egészben" reláció megértéséhez, belsővé válása irányába vezet. A „látásos" észlelés körülményei között a 6-8 éves gyermekek vizuális modellt használnak a matematikai problémák megoldásánál. Ez az eszköz az esetek nagy többségében a gyermekek keze, illetve ujjai. Hogyan jutnak el a vak gyermekek a strukturált számhoz? Hogyan interiorizálódik a tapintott számélmény? Ezek a kérdések indították el azt a projektet, amely a különböző észlelési feltételek között élő gyermekcsoportok számfogalomfejlődése sajátosságainak kutatását célozta (Ahlberg, Csocsán, 1994, 1996, 1997, 1999).

A VAKSÁG MINT FELTÉTELRENDSZER

Pálhegyi F. a vakok tapintására vonatkozó empirikus vizsgálatai és saját oktatási gyakorlata alapján a hatvanas években már a jövőbe mutató következtetésekhez jutott: „...a vakok oktatásának – és ezen belül az érzékeltetésnek – nem abban látjuk a célját, hogy a vakok észlelési struktúráját, képzetkincsét, gondolkodását stb. közelebb vigyük a látókéhoz, hanem ellenkezőleg abban, hogy támogassuk a „vakos"

életformában használható észlelési mód, tájékozódási képesség, fogalomtartalom stb. kialakulását" (Pálhegyi, 1969, 100. old.).

A látássérültek pedagógiája ma szakít a deficitszemlélettel és elsődleges feladata a vakság által meghatározott körülmények között végbemenő tanulás törvényszerűségeinek vizsgálata és annak pozitív befolyásolása.

A nemzetközi szakirodalom áttekintése során D. H. Warren megállapítja, hogy a látássérültek pedagógiáját megalapozó pszichológiai kutatások száma igen csekély (Warren, 1994). Az empirikus módszerek között ma is, mint a 20. század eleje óta napjainkig, a látókkal való összehasonlítás a legelterjedtebb.

A taktilis-kinesztéziás észlelést W. Bischofsberger empirikus körülmények között vizsgálta, taktilis és vibrotaktilis szukcesszív formafelismerést összehasonlító vizsgálat keretében. Megállapítja, hogy a látás hiánya nem befolyásolja a formafelismerést, de a motivációt igen. Felhívja a figyelmet a tapintás és a kognitív feljődés összefüggéseire vonatkozó tudományos eredmények hiányosságára (Bischofsberger, 1988).

A vakok hallásával kapcsolatosan Illyés S. kísérleti eredményekre hivatkozva írja, hogy a hanghatásoknak a vakok életében a látókétól eltérő funkcionális jelentősége van, a környezethez való alkalmazkodási folyamatban több helyzetben és szélesebb körben használják, és a begyakorlás következtében differenciáltabb működésre is képes (Illyés, 1968).

S. Coren és munkatársai szerint az észlelő a zajképek, az „auditív jelenetek" elemzésekor, hallási inputok tudatosításakor sémákat és csoportosítási stratégiákat használ, melynek során szimultán és szekvenciális integratív „értelmes" csoportokba rendezi, illetve összeköti a hallott különböző érzékleteket (Coren, Ward, Enns, 1999). Az ilyen szerveződés minősége egyedi. A vakok ilyen jellegű észlelési képei természetszerűen mások, de a szerveződés mechanizmusáról nincsenek megbízható empirikus adatok.

N. Barraga látássérült gyermekek érzékelés-észlelésével foglalkozva a hallási érzékletek feldolgozásának a következő időbeni és minőségi fejlődési szakaszait különíti el:

– a hangokra való felfigyelés és első „ráeszmélés" („jelentésadás");
– válaszadás specifikus, már jelentéssel bíró hangokra, hangsorokra;
– hangok, hangsorok megkülönböztetése és felismerése;
– szavak felismerése és a beszédszituáció interpretálása;
– verbális közlések szelektív hallása;
– hallás utáni tanulás, meghallgatni és megtartani a hallott szövegben elhangzott információt.

N. Barraga kiemeli, hogy a csecsemők már a harmadik hónapban a hangforrás irányába nyúlnak. Szerinte a hangadás, mint saját cselekvés és annak ismétlése eb-

ben a korban indul el. A vak csecsemő egyre több hangot ismer fel, és innen kezdve az akusztikus jeleknek, jeleneteknek egyre nagyobb jelentőségük van az életében. A hallás, a meghallgatás a kognitív fejlődés lényeges feltétele, az iskolai tanulás legfontosabb eszköze. Az aliglátók számára pedig fontos kisegítő médium (Barraga, 1986).

S. Millar a pontolvasás elsajátítására irányuló kutatása során fontos megállapítást tesz, nevezetesen, hogy a fonologikusan megjegyzett minta terjedelme vak gyermekeknél nagyobb, mint a tapintásban megjegyzett. Erre hivatkozva mondja, hogy az olvasástanulás kezdetén a hangos beszéddel kísért olvasás vakoknál a készségfejlődés szempontjából még fontosabb, mint a látó gyermekeknél (Millar, 1997).

P. F. Anater a hallásos interferenciának a haptikus memóriára kifejtett hatását vizsgálta vak gyermekeknél és fiataloknál. Arra a következtetésre jutott, hogy az azonos időben, a lokalizációs orientációra vonatkozó verbális információ a haptikus tanulási folyamatokat közvetlenül nem segíti. A hallási és tapintási benyomások tárolása egymástól független (Anater, 1980). Ezt azzal a gyakorlati példával lehetne megvilágítani, hogy amíg a vak gyermek egy haptikus feladattal van elfoglalva, nem célszerű verbális információval „zavarni" a közvetlen információfelvételt.

P. Ghesquière és munkatársai 1999-ben a LVL (Logical-Verbal-Learning) teszttel vak és látó egyetemisták bevonásával végzett vizsgálataikban olyan kérdésekre kerestek választ, hogy mennyiben jobbak a vak diákok teljesítményei az auditív verbális feladatokban, és helytálló-e Barraga azon állítása, hogy a vakok számára a hallás a tanulás fő médiuma. Azt tapasztalták, hogy a feladatok megoldásában a vakok nem voltak jobbak, mint a látók. Barraga állítását nem tudták igazolni, de megállapították, hogy a médiák megválasztásában nagy egyéni különbségek vannak.

N. Barraga hivatkozik S. Millarra, aki azt állítja, hogy az érzékszervi modalitások nem különülnek el és nem egyediek, hanem kiegészítik egymást. N. Barraga feltételezi, hogy a vakok másképpen organizálják a tapintásos téri és auditív információikat. Azt, hogy ez hogyan megy végbe, ma még nem tudjuk (Barraga, 1986).

Az alábbiakban is ezzel a témával foglalkozunk. Empirikus adatokra támaszkodva szeretnénk azt a kérdést megválaszolni, hogy milyen kapcsolat van a haptikus és akusztikus észlelet és a mennyiség-, valamint a számélmény között vak gyermekeknél.

Saját kutatásaink során is tapasztaltuk, hogy a hallási észleletek sajátosságainak elemzése kutatásmódszertani szempontból sokkal nehezebb feladatot jelent, mint a tapintásé. A sajátos felszereléssel transzparenssé tett tapintási szituációban jól követhető a vizsgált személy stratégiája, az, hogy a tapintott forma milyen szekvenciális, szimultán, illetve szukcesszív bemenetekből áll össze (Csocsán, 1993).

Nehéz azonban elemezni a hallási észleletet, miután a „hallgatás", „odahallgatás", „meghallgatás" és „meghallás" jóllehet viselkedési különbözőségeket produkálhatnak, de az élmény a megfigyelő előtt nem jelenik meg. (Kivétel talán a han-

gos beszéd, mint akusztikus élmény.) A mások által hallottakat nehéz elképzelni. A megismerés lehetséges módja a verbális beszámoló. Ez a módszer pedig éppen a még nem kutatott szinteken, például az elsődleges képzetek szintjén, nem megfelelő.

Példák a matematika területéről

A tapintás, az ujjhasználat a számfogalom kialakulásában

Annak ellenére, hogy sok vak ifjú és felnőtt a matematika különböző területein kiváló eredményeket érhet el, a matematika mint iskolai tantárgy, sok nehézséget jelenthet a vak gyermekek számára. A nehézségek egy része azonos, más részük viszont eltérő az azonos korú látók nehézségeitől. A longitudinális adatgyűjtések alapján (Csocsán, 1993) a nehézségek egy részének okai:

– hiányos ismeretek a különböző feltételrendszerben végbemenő észlelés-tanulás természetéről;
– ebből következően nem megfelelő a tanulási környezet;
– így a gyermeknek kevés lehetősége van az önálló tapasztalatgyűjtésre;
– valamint: a tananyagkiválasztás és a tanítási egységek szerkezete nem felel meg az érzékszervi organizáció feltételeinek.

A *természetes szám* matematikai értelemben a közös számosságú halmazok közös tulajdonságaként értelmezendő. Mivel a természetes szám egy végtelen sorozat tagja, előállítási függvénnyel is jellemezhető. A matematikai értelemben vett számfogalomtól a pszichológiai számfogalom lényegesen eltér. Ez utóbbi olyan absztrakció, melynek tartalma az egyén élete során, tapasztalatai, tanulmányai révén egyre gazdagabb lesz. A kardinális aspektusú szám egyszerűen fogalmazva az az elvont fogalom, amely műveletek eredményeként előállítható. Például: a „nyolc" lehet egy kéttagú összeadás összege, de lehet egy másodfokú gyökvonás eredménye is.

A szám és annak különböző aspektusai a kisgyermek életében már korán, a beszédfejlődéssel, a beszédmegértéssel egy időben megjelennek. Feltehetően a mennyiségélmény a különböző ismétlődő elemeket tartalmazó vizuális, mozgásos és akusztikus minták formájában még korábban megjelenik (Wynn, 1992).

A számokhoz a gyermek legelőször magatartási mintákat köt. Megfigyeli, hogy a felnőttek, a nálánál idősebb gyermekek bizonyos szituációkban azonos szavakat (számneveket) mondanak. Hallják, megtanulják, hogy a „Mennyi?" és a „Hány?" kérdésekre is ezekkel a szavakkal szokás válaszolni.

A fejlődést nehéz szakaszokra bontani, de a megjelenő elemeket, tevékenységeket így lehetne egymás után elkülöníteni:

– számokhoz köthető magatartás;
– szám- és mennyiségélmény;
– összehasonlítások;
– számlálás;
– problémamegoldás.

A természetes számstruktúra egy sokoldalúan felhasználható mentális modell, amely új ismeretek megszerzésére alkalmas (Skemp, 1975). Különösen nagy jelentősége van a vakok oktatásában. A környező világról szerzett új ismeretek, kapcsolatok megismertetésekor a tanár gyakran fordul a számok közötti összefüggésekhez. Például egy stadion nagyságát a sorba rendezett sorok és a sorokban elhelyezett székek (padok) matematikai összefüggéseivel lehet szemléltetni. Ez természetesen nem helyettesíti a közvetlen élményeket, mint a drukkolók hangorkánja stb., de fontos kiegészítője a „stadion"-nak mint absztrakciónak. Ahhoz, hogy a számok rendszere „felépüljön", és a megismerés eszköze lehessen, a következő minőségi változások megélése, interiorizálása szükséges:

– az alapműveletek végzésének alapfeltétele a szemléletes mennyiségelképzelés, a számelképzelés;
– a stukturált számélmény magában foglalja az elemi műveleteket, az összeadást és a kivonást (pótlást);
– a szemléletes egységekre bontás és ezek szimultán megélése meghatározó;
– folyamatos és diszkrét mennyiségekkel való manipuláció egyaránt fontos a mennyiség- és a számélmény összehasonlítása szempontjából;
– a mennyiségek közötti relációt egy függvénnyel, a számlálással fejezzük ki. Az „értelmes számlálás" egy időben tő- és rendszámnévi hozzárendelést is jelent.

Az észlelet és feldolgozás kapcsolatát a számfogalom kialakulása szempontjából két kutatási projekt eredményeire támaszkodva elemezzük:

1. 1980–1992 között a budapesti vakok iskolája előkészítő osztályos és óvoda nagycsoportos növendékei körében végeztünk rendszeres adatgyűjtést. Vizsgáltuk az iskolai matematikatanuláshoz szükséges előfeltételek kialakulásának sajátosságait, a haptikus számélmény és a számolási jártasság összefüggéseit (Csocsán, 1993, 1995).
2. A Göteborg projekt keretében 5–9 éves, veleszületetten vak gyermekek bevonásával kvalitatív interjúk alapján vizsgáltuk a számelképzelés és a számokkal való foglalkozás, problémamegoldás módját. Arra a kérdésre kerestünk választ, hogy milyen szenzomotoros mintákra támaszkodva alakulnak ki az első műveletfogalmak vak gyermekeknél (Ahlberg, Csocsán, 1994, 1996, 1997, 1999).

A fenomenográfiai kutatások keretében végzett vizsgálatok során kvalitatív in-

terjúkat készítettünk. A felvételeket videofilmre rögzítettük. Az összehasonlító vizsgálat keretén belül azonos módszerrel, azonos feladatokkal jól látó és hallássérült gyermekekkel is készültek felvételek.

A vizsgált matematikai összefüggések típusai: $a+b=x$; $a-b=x$; $a+x=b$; $a-x=b$; $x-a=b$. A számkör a gyermek biológiai és iskolai korának megfelelően bővült.

Kiemelt példák a matematikai problémákat különböző módon tartalmazó feladatokból:

Feladatok vásárlással kapcsolatos szituációban:

Pl. *Ha van 2 forintod és kapsz hozzá még édesanyádtól 7 forintot, hány forintod lesz összesen?*

Feladatok sztoriszerűen megfogalmazva:

Pl. *Egy pék 6 zsemlyét sütött. Kivette a zsemlyéket a sütőből. Úgy gondolta, hogy amíg a zsemlyék kihűlnek, elmegy sétálni. Amíg a pék sétált, egy tolvaj lopódzott be és elvitt 3 zsemlyét. Hány zsemlyét talált a pék a tálcán, amikor visszajött?*

Feladatok a szám bontására:

Pl. *Van 9 forintom. Nézd meg, számold meg, hogy úgy van-e. Most mind a kilencet elrejtem a két kezembe. Valamennyit teszek a bal kezembe és a többit a jobb kezembe. Mit gondolsz, mennyi van a bal és mennyi a jobb kezemben?*

Mind a három típusú feladatnál a vizsgált személynek lehetősége volt, hogy szemléleti úton, konkrét tárgyak segítségével számoljon.

A vizsgálatok eredményeiből azokat ismertetjük, amelyek elsősorban az érzékelés, észlelés sajátosságaira vonatkoznak.

A haptikus számélményre vonatkozó megállapításainkat a tanulási szituációk rendszeres megfigyeléséből és empirikus adatfelvételekből nyertük (Csocsán, 1993, 1995). A sajátos környezetben (tükrök, átlátszó falú edények stb.) diszkrét mennyiségek halmazainak összehasonlítását célzó manipulációk elsősorban a tapintási módok, stratégiák megfigyelését, elemzését tették lehetővé. A gyermekek spontán tevékenységének és a tantermi foglalkozások megfigyelése alapján kialakított feltevést, miszerint a tapintás módja, effektivitása szoros kapcsolatban van a strukturált mennyiségélmény kialakulására, a kísérletek igazolták.

Szignifikáns összefüggés mutatható ki a „jó stratégia" és a számelképzelés tartalma, a műveletvégzés effektivitása között. Az ügyesen tapintók hamarabb jutnak el a strukturált számfogalom szintjére. A gyermekek tapintási stratégiái függnek a feladat motiváló jellegétől, ismertségétől (a tárgy, kontext stb.), a környezeti tényezőktől (pl. zajok a „falon túlról" stb.), a tanult és a megszokott tapintási módtól, a koncentráció milyenségétől stb. Befolyásolja, hogy a gyermek egy vagy két kéz használó-e, mennyire ügyes a két keze együtt stb. Függ továbbá az egyéni beállítottságtól (tapintó típusú-e, vagy tart, fél az új dolgok megtapintásától), érdeklődésétől stb. Az is megfigyelhető volt, hogy számláláskor még a kétkezes, jó

taktikával rendelkező is csak az egyik kezét használja olyan szituációban, amikor a megszámlálandó elemek nem rögzítettek, nem kézbe vehetőek, tartani lehet az „elkallódásuktól". Ilyenkor az egyik kezével „ügyeli" az észlelési teret, a másikkal számlál. Abban az esetben, ha az elemek rögzítettek, az egyik kezével „jelöli" a kezdő elemet, vagy a már megszámoltat stb. Mindkét esetben csökken a szimultán tér, ami a strukturált mennyiségélmény kialakulását hátráltatja.

A szemléleti tér befogása szempontjából három, egymástól jól megkülönböztethető *tapintási mód* ismert:

- egyszeri, teljes lefedést biztosító tapintás (végezhető egy vagy két kézzel);
- egyszeri, de részleges lefedést biztosító tapintás;
- többszörös, teljes lefedést biztosító tapintás.

Könnyen belátható, hogy az első esetben a kétkezes lefedés szolgáltatja a legtöbb szimultán élményt. A második esetben kimaradnak elemek az észleleti térből. A harmadik esetben a tapintás a mennyiség, a számosság megállapítása szempontjából sok felesleges információt is ad. A gyakorlattal a gyermek megtanulja, hogy hogyan kell az átfedéseket kezelni.

A *kézhasználat* szempontjából megkülönböztettünk egy és kétkezes tapintó módokat. Ebben a kategóriában három egymástól eltérő formát találtunk.

Az első esetben a két kéz párhuzamosan tapint. Ennek legfejlettebb módja, amikor egy adott mintát a két kéz a minta szimmetriatengelye mentén közel azonos időben tapintja le. Időegység alatt mindkét kéz közel azonos információt képes szerezni.

A második esetben a gyermek felváltva hol az egyik, hol a másik kezével tapint. A kisebb, 5-6 éves gyermekek, ha két kezük együttes használatára kértük őket, azt legtöbbször úgy oldották meg, hogy váltogatva használták a bal és a jobb kezüket. Egy időben viszont csak egy kezükre tudtak „odafigyelni".

A harmadik esetben a kezek megosztják a feladatot. Egyik „asszisztál", a másik a fő információ leolvasó. Figyeltük a *kéz részeinek* használatát. Megállapítottuk, hogy a mennyiségélmény elemeitől, minőségétől függően, a tapintás információhordozó effektivitása abban az esetben a legnagyobb, amikor a gyermek mindkét kezét és ujjait is bevonja a megismerésbe.

Videofelvételek szemléletesen mutatják, hogy a haptikus mennyiségélmény az azonos számosságú halmazok esetén nagyon eltérő lehet. Megfelelő stratégiák elsajátításával a körülmények negatív hatása kiküszöbölhető. Befolyásoló tényező lehet egy halmazon belül az elemek nagysága, elhelyezettsége, fixáltsága vagy mozgathatósága, azonos vagy különböző alakja, minősége. Azok a gyermekek, akik a leszámlálás funkcióját ismerik, a következő „jó" stratégiák egyikét követik:

- egyik kezének ujjával vagy ujjaival lefogja a kezdő elemet, és rajta tartja a leszámlálás befejezéséig;

– egyik kezét tartja a kezdő elemen és hozzáfogja az aktuálisan leszámoltat;
– egyik kezével tartja a leszámoltat, a másik keze ujjaival lefogja a még meg nem számoltakat és egyenként felengedi a takarást a leszámoltakról.

A vak gyermekek nagy többsége külön segítség nélkül megtanulja, hogy melyik tapintási mód szolgáltatja számára a legtöbb információt az adott tanulási szituációban. A fenti megállapítások azonban jól hasznosíthatóak abban az esetben, amikor a tapintás elégtelenségére vezethető vissza a gyermek matematikatanulási nehézsége. A terápiás programokat mindig az egyéni stratégiák alapos elemzésével ajánlatos kezdeni. A számfogalom kialakulása szempontjából a szimultán élményeknek, az egész és részeinek egyszerre való észlelésének van kiemelkedő szerepük.

Természetesen számlálási szituációkban célszerű az elemek elkülönítése. Ebben az esetben az egyenkénti leszámlálás után, az alegységek, a kettesek, hármasok érzékeltetésével segíteni kell abban, hogy a gyermek a stukturált számot „egyszerre" élje meg.

A gondolkodásfejlődés preoperatív szakaszában (Piaget, 1970) a gyermek konkrét tárgyakat, modelleket használ a matematikai problémák megoldásánál. Peller J. a számfogalom kialakulása szempontjából a modelleknek fontos szerepet tulajdonít. A modellek olyan egységek, ahol a megszámlalandó jól látható, ellenőrizhető. A leggyakoribb a végtagok, a kéz és ujjai, az állatok (lábaikkal), autó (kerekével) stb. (Peller, 1996).

A számfogalom kialakulása folyamán minőségi ugrást jelent, amikor a gyermek rájön, hogy egy tárgyhalmazt egy másik halmaz elemeivel helyettesítheti. Ez „kényelmessé teszi" a problémák megoldását. Ilyen homogén mintahalmazok lehetnek a gyöngyök, kockák stb. A gyermek ujjai ennél még többet is „tudnak". Szemléltetik az „ötös" csoportosítást. Az ujjak segítségével a számok megjeleníthetők. Az „ujjszám" strukturált taneszköznek tekinthető (Neuman, 1987). Az ujjaknak és az ujjszámoknak nagy előnyük, hogy mindig „kéznél" vannak.

Az ujjhasználat szerepét a számélmény kialakulásában szintén empirikus adatok alapján összegezzük, az 5–7 éves gyermek proprioceptív érzékelése messze elmarad a felnőttek szintjétől (Csocsán, 1993). Az ujjpozíció vizsgálatokban a látó gyermekek jobb eredményt értek el az azonos korú vakokkal összehasonlítva. A takarással végzett szituációban a vizualizáció segített a pozíciók behatárolásában. Olyan feladatokban, amikor a vak gyermekeket arra kértük, hogy mutassanak adott számot az ujjaikkal, nagyon bizonytalanok voltak. Legtöbbjük az egyik kezével segítette a másik ujjait becsukni, illetve kinyitni. Minden esetben egyesével számolták le az ujjakat. Szimultán élményre abban az esetben kerülhet sor, amikor a kinyitott ujjaik hegyét rányomják az asztalra vagy a saját testükre. Ebben az esetben sem szolgáltat az észlelet mindig elegendő információt a számosság megállapításához. A verbális feladatoknál a vizsgált gyermekek nem használták spontán az ujjaikat a probléma megoldásához. A fentiek alapján arra következtethetünk, hogy bár a vak gyermekeket is meg lehet tanítani az ujjszámok használatára, számukra a kezük és ujjaik nem

adekvát modellek a szám (mennyiség) észlelésére. Ha még azt is figyelembe vesszük, hogy a kéz és az ujjak a „megismerő eszköz" funkcióját látják el, és ahhoz, hogy a számosságot szemléltessék, azokat más „üzemmódba" kell átkapcsolni. Ez pedig egy igen komplex kognitív tevékenységet feltételez.

Hallási stratégiák a számlálásban

A verbális feladatok megoldási módjaira irányuló vizsgálatokban kimutattuk, hogy a gyermekek egyénileg is nagyon sokféle módon használják a számokat. Hogy miként, az sok tényezőtől függ. Elsősorban függ a gyermek korábbi tapasztalataitól, a feladatban megjelenő szokatlan vagy ismerős szituációtól, a verbális megfogalmazástól stb. (Ahlberg, Csocsán, 1997, 1999). Azt is sikerült kimutatni, hogy a gyermekek a számnak többféle értelmezését ismerik. Ezt neveztük „számtapasztalásnak". *Az eljárási mód és a számtapasztalás milyensége* nem egyértelműen mindig ugyanaz. A feladat tartalmától, az adott kontext szokatlanságától, a korábbi tapasztalatoktól stb. függ, hogy az adott helyzetben melyik értelmezés kerül előtérbe. A vak gyermekek az épekhez hasonlóan különböző módon kezelik, használják a számokat a verbális feladatokban, úgymint:

– számnevet mondanak;
– számlálnak;
– műveletet végeznek (összeadnak, kivonnak, pótolnak);
– számtényekkel számolnak.

A vizsgálati személyek körében a *számlálás* volt a leggyakrabban előforduló számkezelési mód. Azt jelenti, hogy a gyermek a számsort használja a probléma megoldására. Amikor a vak gyermek eljut az értelmes számlálás szintjére – vagyis az egy az egyhez hozzárendezési elvet alkalmazni tudja – megérti, hogy a tárgyakat, a feladatban szereplő dolgokat, a halmazok elemeit helyettesítheti a számnévvel. Ettől kezdve a számnevek helyettesítik a tárgyakat.

Kezdetben a számlálás egy „eljutási" módszert jelent. Például: *„Hány forintod lesz összesen, ha a meglévő hat forintodhoz növéred ad még három forintot?"* Válasz: *„Hét, nyolc, kilenc. Kilenc lesz összesen."*

Később, nagyobb számkörben az eredményhez az ún. „kettős számlálás" („double counting") módszerét alkalmazzák. Peller (1997) „dupla számlálásnak" nevezi ezt az eljárást. Példa erre: *„Hány forintot kell még kérj édesanyádtól, ha van 8 forintod, és csokoládét szeretnél venni 12 forintért?"* Válasz: *„Kilenc, egy; tíz, kettő; tizenegy, három; tizenkettő, négy. Négyet."* A példából jól követhető a módszer lényege: az egyik számsoron halad a számoló a megoldás felé, a másik számsoron számolja, hogy hányadik lépcsőnél tart.

Ez a módszer elvétel, kisebbítés, különbségképzés esetében már kis számkörben is nagyon bonyolult, mert az egyik számsor csökken, a másik pedig nő. Például: *„Mennyi marad, ha 13-ból elveszünk hatot?"* Válasz: *„12, 1; 11, 2; 10, 3; 9, 4; 8, 5; 7, 6. Tehát 7 marad."*

A kettős számláló a begyakorlás megfelelő szintjén már nem mondja a második számsort, hanem „hallja" a hangosan mondott számok sorát. E módszer elnevezése: számlálás hallással. Vannak olyan 7–8 évesek, akik 8–12 számnévből álló sort is képesek hallani. A gyakorlottabbak stratégiáit vizsgálva (a válaszadás gyorsasága, az indoklás minősége alapján) kiderült, hogy a gyorsan számolók csoportosítják a számsort a fejükben. Leggyakrabban hármasával, kettesével és négyesével. Hasonlóan, ahogy a zenét élvezzük, hallják a korábban elhangzottat, azt, ahol éppen tartanak és azt, ami egy adott pontig még intuitíven előre hallható. Erre a „szimfónia effektus"-ra utalnak a gyermekek válaszai. Az interjúk során arra a kérdésre, hogy hogyan csináltad, a gyermekek gyakran azt mondják, hogy „hallják" a fejükben a számsor tagjait. Feltehetően a begyakorlással az auditív „subitizing" (egyszerre hallás) tartomány is nagyobb terjedelmű lesz. A fenti példában (13–6) a „hatot" kellett a számlálónak „hallania". A „szimfónia effektus" kifejezéssel azt szeretnénk szemléltetni, hogy a gyermekek a rövid távú emlékezetük segítségével egyszerre hallják az adott számsort. Hallhatják monoton hangsorként, de hallhatják strukturált mintaként is. Például hármasával (a hatot) vagy a hetet: „ooo ooo o"-ként és így tovább.

Ellentétben D. Neumannal, aki a kettős számlálást az alapműveletek elsajátítása szempontjából zsákutcának tartja, a kettős számlálás vakoknál szükségszerű fejlődési szakasz. Amikor a „segítő" második számsorra már nincsen szükségük, a számok, mint „darabok" jelennek meg. Ez a hallási mennyiségélmény először tagolatlan, később csoportokba szerveződve „hallható". A többször hallott számsorokat – a számegyenesből egy „kimetszett" részletet – strukturáltan is hallják. A számokkal való bánásnak ez a módja látó gyermekeknél is megfigyelhető, de a vizuálisan szemléltetett számegyenes (számvonal) nagyobb segítség a számukra, mint annak az „akusztikus" megfelelője. A „hallástechnikát" úgy kell elképzelni, mint amikor a látó gyermek a számvonal segítségével old meg problémát, akkor látja a számegyenes adott részletét, a határoló számokat és a közöttük lévőket. Ugyanezt a vak gyermek hallja. Egy akusztikus számegyenessel dolgozik. A szimfónia effektus a magyarázata feltehetően annak a gyakorlati megfigyelésen alapuló ténynek, hogy a tapintásban ügyetlen vak gyermekek közül sokan kiválóan számolnak fejben.

Érdemes továbbá végiggondolni a vizsgálat azon eredményét, hogy a „Hogyan?" kérdés megválaszolásakor egy gyermek sem hivatkozott arra, hogy interiorizált tapintási élményt használt volna fel a probléma megoldásánál. Annak ellenére, hogy a matematikaórákon szinte kizárólag haptikus úton szerzett információ (szemléltetés) áll a gyermekek rendelkezésére. Feltehetően a vak gyermekek nagy többsége hallási ingereket, élményeket használ fel a számok számosságának és bontásának, csoportosításának megértéséhez.

Ahogy korábban utaltunk rá, a számélmény tartalma (a számtapasztalás) a különböző számkezelési módoknál is eltérő. A szám tartalma szerint lehet: számnév, kiterjedés, hely a sorban és strukturált szám.

A *számnév* megjelölés jelenti azt, hogy a tapasztalásnak nincs algoritmushoz kötött vonatkozása. *Kiterjedés* jelentése van egy számnak abban az esetben, ha a számokat a gyermek már számsorhoz köti, de még nincs kapcsolat az eljutás és a tapasztalás között. A *hely a sorban* már az értelmes számlálás tapasztalata. Itt az egész még nem tartalmaz részeket. A *strukturált számban* az egész és a részei együtt van az élményben.

Ugyanazon gyermek különböző szituációkban, problémák megoldásánál, illetve más számkörben a számnak más és más tartalmat tulajdonít. A nehezebb feladatokban „visszamegy" egy alacsonyabb szintre. Például ötös körben a szám számára már „strukturált egész", kilences körben pedig még csupán „kiterjedés".

A fentiek alapján a vakok matematika tanulására-tanítására vonatkozóan a következőket állapíthatjuk meg:

– a gyermekek eltérő egyéni tapasztalatainak köszönhetően igen eltérő tanulási feltételekkel érkeznek az iskolába;

– a tapintási minták nem minden gyermek számára nyújtanak azonos segítséget a számok struktúrájának (bontásának) megtapasztalásához;

– a természetes számfogalom kialakulása szempontjából az auditív ingerek feldolgozásának, a hallási érzékelésnek két területen van kiemelt jelentősége: a strukturált auditív minták (ritmus és hangok) felfogásában és megkülönböztetésében, valamint a számlálásban a számsorok, hangosan kimondott elemeinek „egybetartása" a rövid távú emlékezet segítségével. A számsor neveinek belső hallása lehetővé teszi rövidebb-hosszabb (kevesebb-több számból álló) sorozatok „egy időben való hallását". A hosszabb egységek rövidebb alegységekre tagolódhatnak;

– a különböző strukturált akusztikus minták (ritmusok, dallamok, ezek ismétlése stb.) segíti az akusztikus emlékezetet és „matematizálásuk" segíti a strukturált számelképzelést;

– a tapintási és hallási élmény összekapcsolása igen lényeges tényező azon képesség kialakulásához, hogy a gyermek a megtapasztalt, megtanult matematikai összefüggéseket a hétköznapokban a környezet adta problémák megoldásában fel tudja használni. Ezen a téren a vak gyermekek nagy része nehézségekkel küzd. A korai integrált észlelési tapasztalatok az elvont matematikai fogalmak kialakulásának alapvető feltételei.

Módszertani ajánlás az egyéni terápiás programok kidolgozásához

A fentiek alapján óvodás és kisiskolás korú vak gyermekek matematikai terápiás programjához és a megvalósításhoz adunk segítséget. Az ajánlás elsősorban a számfogalom fejlődésével kapcsolatos vizsgálatainkra és saját tapasztalataimra épül, de az alapelvek más témákra is kiterjeszthetőek.

A program a *problémaelemzéssel* kezdődik. Ez annyiban különbözik az általános pedagógiai véleménytől, hogy a gyermek tanulási nehézségeit konkrét példákon mutatja be. Tartalmazza a gyermek és környezete interakciójának leírását, a matematikai kompetenciák szintjét, a gyermek általános képességeit és készségeit.

A problémaelemzés végén megfogalmazzuk a nehézségek feltételezett okát (okait).

A terápiát egy jól behatárolható *cél elérése* érdekében végezzük. Ezek például a számfogalomfejlődés megsegítése területén a következők lehetnek:

– mennyiségek és dimenziók összehasonlítása tapintással. Tapintási módok megválasztása, variálása, a tapintás effektivitásának növelése;
– téri viszonyok észlelésének analógiás kiterjesztései kis és nagy térben;
– hallás és tapintás összerendeződésének támogatása;
– mozgás- és ritmusészlelés gyakorlatok, a strukturált minták tudatosítása;
– számlálás hallással – emlékezetfejlesztés.

A tervezésben hosszú és rövid távú *feladatokat* célszerű megjelölni. A rövid távú feladatok a terápia folyamán módosulhatnak.

A munka *eredményességét mérő* módszer, eljárás leírását szintén a tervezés tartalmazza.

A programot *értékeléssel* zárjuk. Ez tartalmazza a kiinduló és a befejező státus összehasonlítását. Lényeges eleme a tanulási folyamat leírása, az akadályozó és a támogató tényezők elemzése.

A foglalkozások *szintere* különböző lehet. Az „egy az egyhez" foglalkozási forma csak rendkívüli esetben ajánlott. A differenciált egyéni és csoportmunka az osztályon belül vagy projektmunka keretében nagyobb motivációs tényező a gyermek számára, mint az elkülönített egyéni foglalkozás.

A motivált, kedvvel végzett munka a terápiás foglalkozások elengedhetetlen módszertani alapelve. Mivel a terápia éppen a problémás területek fejlesztésére irányul, lényeges, hogy a meglévő pozitív, erős képességekre épüljön és elsősorban *játékos munkaformákat* válasszunk a célzott tevékenység végzésére. Fontos, hogy a gyermeket bevonjuk a foglalkozások tartalmának és formájának megválasztásába.

A feladatok tervezésénél használjuk ki a többi tantárgy témái kínálta lehetőségeket. A foglalkozáshoz felhasznált eszközöket, amennyire erre mód van, a gyermek közvetlen környezetéből válogassuk: játékokat, háztartási eszközöket stb.

A számfogalomfejlődés szempontjából lényeges kritérium, hogy:

- az eszköz feleljen meg az észlelési körülményeknek;
- szimultán észlelés lehetőségét biztosítsa;
- strukturált számábrázolást tegyen lehetővé.

A strukturált számábrázolást lehetővé tevő tan- és munkaeszközöket az aktív-felfedező matematikatanulásban kiterjedten alkalmazzák. Vakoknál az egyik ilyen jól bevált taneszköz az abakusz (Csocsán, 1994). Alapszinten az abakusz szemlélteti:

- a szám mint egész és részeinek kapcsolatát (a szám bontását);
- a számot mint tő- és sorszámnevet;
- számképzési módokat (relációt és függvényt);
- a számot, mint a műveletek eredményét;
- a műveletek közötti összefüggéseket, a műveletek tulajdonságait.

Használatával olyan általános készségek is fejlődnek, mint a manipuláció; az összerendezett ujjmozgatás, kis térben való tájékozódás, a figyelem, a koncentráció.

A terápiás foglalkozások a gyermek egész személyiségét fejlesztő nevelési, oktatási programok szerves részét képezik.

Összegezés

A számfogalomfejlődés részproblémának tűnhet az iskolai tanuláshoz szükséges képességek és készségek sorában. Ugyanakkor a természetes számok struktúrájának, a tízes számrendszer szerkezetének birtoklása megismerő eszköz lehet a vakok számára olyan helyzetekben, ahol a közvetlen szemléltetés nehézségekbe ütközik vagy lehetetlen.

A strukturált számfogalom és számrendszer struktúrájának interiorizáltsága megkönnyíti a rugalmas műveletvégzést, effektívvé teszi a szóbeli számolást. A gyors és hibátlan „fejbeni" műveletvégzés a számítógép elterjedése mellett is értékes tudás. Ugyanakkor a természetes számok rendszere, mint modell további matematikai struktúrák megismerésében segít.

Hiszünk abban, hogy a megfelelő szemléleti alapok biztosításával, az egyéni közvetlen tapasztalatok bővítésével a matematikában előforduló nehézségek egy része megelőzhető, vagy kiküszöbölhető. A folyamatorientált, a tanulás minőségi elemeire odafigyelő tanár, a kellő időben végzett terápiás beavatkozás, az aktív tanulás

motiválása a feltétele annak, hogy a vak gyermekek jó eséllyel álljják meg a helyüket az iskolában.

Irodalom

AHLBERG, A. (1992) *Att mäta matematiska problem. En belysning av barns lärande.* In: *Acta Universitatis Gothoburgensis*, Göteborg.

AHLBERG, A. (1997) *Children's ways of handling and experiencing numbers.* Göteborgs Universität, Göteborg.

AHLBERG, A., CSOCSÁN, E. (1994) *Grasping numerosity among blind children.* Göteborgs Universität, Göteborg.

AHLBERG, A., CSOCSÁN, E. (1996) *Wie blinde Kinder rechnen und die Zahlen erfahren.* In: *Heilpädagogische Forschung* 3. 105–110.

AHLBERG, A., CSOCSÁN, E. (1997) *Blind children and their experience of number.* Göteborgs Universität, Göteborg.

AHLBERG, A., CSOCSÁN, E. (1999) *How children who are blind experience numbers.* In: *Journal of Visual Impairment and Blindness.* Vol. 93. September, 549–560.

ANATER, P. F. (1980) *Effect of auditory interference on memory of haptic perception.* In: *Journal of Visual Impairment and Blindness.* October, 305–309.

AYRES, J. A (1984) *Bausteine der kindlichen Entwicklung.* Springer, Berlin.

BARRAGA, N. (1986) *Sensory Perceptual Development.* In: *Scholl, G. T (ed.) Foundation of education for blind and visually handicapped children.* In: *American Foundation for the Blind,* New York. 83–98.

BISCHOFSBERGER, W. (1988) *Aspekte der Entwicklung taktil-kinaesthetischer Wahrnehmung.* Neckarverlag. Villingen-Schwenningen.

COREN, S., WARD, L. M., ENNS, J. T. (1999) *Sensation and perception. Harcourt Brace.* Orlando.

CSABAY L.-né, MOLNÁR B., TÓTH S.-né (1971) *Számtani fogalmak szemléltetése a vakok általános iskolájának alsó tagozatán.* In: *Gyógypedagógia*, 9. 141–149.

CSABAY L.-né (1972) *Adatok a pontolvasás kinetikájához* In: *I. Országos Szaknai Konferencia* (szerk. Gordosné). Vác, MAGYE Kiadványai 3. sz. 355–364.

CSOCSÁN E. (1993) *Számfogalom fejlődése veleszületetten vak gyermekeknél.* Kandidátusi értekezés. Budapest.

CSOCSÁN E. (1993) *A számélmény és az ujjhasználat szerepe vakoknál.* In: *Gyógypedagógiai Szemle* 3. 190–197.

CSOCSÁN E. (1994) *Abakusz és/vagy szorobán – korszerű régi számolóeszközök* In: *Gyógypedagógiai Szemle* 3. 187–194.

CSOCSÁN E. (1995) *A matematika előkészítése vak gyermekeknek.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Budapest.

CSOCSÁN E. (1998a) *A látássérültek gyógypedagógusának kompetenciája.* In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 2. 96–106.

CSOCSÁN E. (1998b) *Európai trendek a látássérültek pedagógiájában* In: *Látássérültek Magyarországon* (Szerk.: Gordosné). VGYOSZ; Budapest, 183–191.

EKEBLAD E. (1996) *Children learning numbers*. In: *Acta Universitatis Gothoburgensis*, Göteborg.

GHESQUIÈRE, P., LAURIJSSEN, J., RUIJSSENAARS, W., ONGHENA, P. (1999) *The significance of auditory study to university students*. In: *Journal of Visual Impairment and Blindness*, January 40–45.

ILLYÉS, S. (1968) *A látási fogyatékosok (vakok) hallása*. In: *Gyógypedagógiai Pszichológia* (Szerk.: Illyés Gyuláné). Akadémiai Kiadó, Budapest 70–73.

LAEMERS, F. (1998) *Blick nach vorn durch den Blick zurück*. In: *Lebensperspektiven Kongressbericht. XXXII. Kongress der Blinden- und Sehbehindertenpädagogen. V. B. S.* Nürnberg. 170–178.

MANSFELD, F. (1997) *Perspektivisches Hören*. Blindenfreund. (1933) 94–100.

MARTON, F., BOOTH, Sh. (1997) *Learning and awareness*. Lawrence Erlbaum. New Jersey.

MÉHES J. (1962) *Ophthalmodefektológia*. Tankönyvkiadó, Budapest.

MÉHES J. (1985) *Tiflopedagógia*. Tankönyvkiadó, Budapest.

MÉHES, J. (1990) *Versuchsergebnisse über die Leseleistung von blinden und sehschwachen Kindern, die mit der Anwendung des Legogramms A und der Methode B gewonnen wurden*. In: Bachmann, W., Mesterházi Zs. (Hrsg.): *Trends und Perspektiven der gegenwärtigen ungarischen Heilpädagogik*, Giessen 254–268.

MILLAR, S. (1997) *Reading by Touch. Routledge*. London.

NEISSER, U. (1984) *Megismerés és valóság*. Gondolat, Budapest.

NEUMAN, D. (1987) *The origin of arithmetic skills. A phenomenographic approach*. In: *Acta Universitatis Gothoburgensis*, Göteborg.

PÁLHEGYI F. (1969) *Formaészlelés tapintással*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

PELLER, J. (1996) Matematika. Csokonai Vitéz Mihály Tanítóképző Főiskola, Kaposvár.

PIAGET, J. (1970) *Válogatott tanulmányok*. Gondolat, Budapest.

RATH, W. (1983) *Blindenpädagogik*. In: Solarová S. (Hrsg.) *Geschichte der Sonderpädagogik*. Kohlhammer, Berlin, 49–83.

RÉVÉSZ, G. (1938) *Die Formenwelt des Tastsinnes*. Nijhoff, Haag.

SKEMP, R. R. (1975) *A matematikatanulás pszichológiája*. Gondolat, Budapest.

TÓTH Z. (1997) *A vakok képzetvilága*. (Az 1927. évi kiadás fakszimile kiadásban.) Pont Kiadó, Budapest.

WANECEK, O. (1969) *Geschichte der Blindenpädagogik*. Marhold, Berlin.

WARREN, D. H. (1994) *Blindness and children*. Cambridge University Press, New York.

WYNN, K. (1992) *Addition and substraktion by human infants*. Nature, 358. 749–750.

ZIMMER, R. (1997) *Handbuch der Sinneswahrnehmung. Grundlagen eine ganzheitlichen Erziehung*. Herder, Freiburg.

Gadó Márta

10.

TUDOMÁNYOS ELMÉLETEK ÉS GYAKORLATI DILEMMÁK A LÁTÁSNEVELÉSBEN

A látásnevelés elvének megalapozói élettani kutatók voltak, akik a korai deprivációs hatásának állatkísérletei kapcsán fedezték fel, hogy a kortikális területeken a látás a korai életszakaszban történő külső beavatkozással gátolható, illetve serkenthető (Zeki, 1993). A modern agykutatás eredményei, a vizuális pályák és a vizuális kortex részletes és nagy pontosságú feltérképezése segítette annak jobb megértését, hogy a látásnevelésbe bevont személy látásproblémáját melyik terület sérülése okozza, ennek megfelelően milyen esélyekkel lehet számolni és mely módszerek alkalmazhatók a legsikeresebben a terápiában.

A látásnevelés fejlődésének előmozdításában fontos szerepük volt a látássérültekkel foglalkozó gyógypedagógusoknak (Barraga, 1980; Tobin, 1981; Bäckman, Inde, 1979; stb.), akik képesek voltak a látásnevelés eredményességének bizonyítására és módszereinek kidolgozására. Mindannyian olyan gyermekekkel és felnőttekkel foglalkoztak, akiket a környezetük vaknak tartott és ennek megfelelően kezelt. Az ő próbálkozásaik arra mutattak rá, hogy a kis mértékű látásmaradvány is hasznos, és szakszerű fejlesztést igényel részben a fejlődés esélyei, részben pedig a legcsekélyebb látásmaradvány gyakorlatban bebizonyosodó hasznossága miatt.

A látásnevelés gyakorló gyógypedagógusai ma már ebben a szemléletben szerzik meg szakmai ismereteiket, evidenciaként alkalmazzák a látásnevelést mindenkinél, akinél akár minimális látási funkciót tapasztalnak. Ez azonban súlyos dilemmákat eredményez: Hasznos-e fejleszteni és látó technikákra tanítani az általános iskola végére megvakuló fiatalt? Milyen identitás alakul ki az aliglátás alsó határán levő emberben? Nem a látásnevelő felelős-e a hamis identitás kialakulásáért? A szülőben a sérült gyermek érkezése miatt kialakult krízis elhúzódhat a látásnevelés lehetőségeinek felcsillantásával, s ez lelkileg többet ártha a gyermeknek is, mint a látásnevelés elmulasztása? Mikor kell a látásnevelés mellett, s mikor az arról való lemondás mellett dönteni? Ha bármilyen megfontolásból a látást nem stimuláljuk, honnan tudható, hogy az adott gyermek látása nem lett volna fejleszthető?

A LÁTÁSNEVELÉS ELVÉT TÁMOGATÓ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

A látássérült személyek oktatása és rehabilitációja történetében az elmúlt századokban, sőt még a 20. század elején is a vakok és aliglátók csoportját a bánásmód és az alkalmazott módszerek tekintetében nem választották kettő. Mind a teljesen vak, mind a fényt és nagyobb tárgyakat látó, de az apróbb részletek megkülönböztetésére és felismerésére nem képes aliglátókat a látáson kívüli érzékelési módok kihasználására tanították. A meglevő látást inkább akadályozó tényezőnek tartották, ezért azoknak a gyermekeknek és a látásukat elveszített felnőtteknek, akik meglevő látásukat erőltetve próbálták a gyengén érzékelhető, homályos ingereket értelmezni, szemüket bekötötték, hogy csak hallásukra és tapintásukra támaszkodva tanulják a Braille-írást vagy a fehér bottal való közlekedést. A gyengén látó gyermekek osztályait Angliában „sight saving", azaz látásvédő osztályoknak nevezték arra az elvre alapozva, hogy a kis fokú látást nem szabad a szem erőltetésével kitenni a látásromlás veszélyének. Ma már tudjuk, hogy a használat önmagában nem károsítja a látást, sőt ha ez optimális feltételek között, tudatos szakmai irányítás mellett történik, akkor a látásteljesítmény kis mértékű javulását is tapasztalhatjuk (Csolák, 1984).

A jelenlegi gyógypedagógiai gyakorlatban már alapelv az aktív látáskímélés, a meglevő látás maximális kihasználásának tudatos fejlesztése. A szemléletbeli változást többféle tudományterület új felismerései és kutatási eredményei alapozták meg. A továbbiakban az agykutatásnak és az elektronikus eszközök műszaki fejlesztésének néhány olyan felfedezését ismertetjük, amelyek jelentősen meghatározták a látás kihasználásáról vallott elveket és annak gyakorlati lehetőségeit.

A KORAI DEPRIVÁCIÓ HATÁSÁT BIZONYÍTÓ ÁLLATKÍSÉRLETEK

A látás működésével kapcsolatos kutatásokat két szemészeti probléma kapcsán felmerülő kérdés megválaszolása inspirálta. Az egyik a szürkehályog-műtétek tapasztalata, a másik az amblyopia problémaköre.

A szürkehályog esetében a szemlencse, amelynek a fényt tökéletesen áteresztő anyagból kellene lennie, elhomályosodik, borússá válik, végső stádiumában olyan mértékben elzárja az ingerek bejutásának útját, hogy a beteg csak az erős fény érzékelésére képes. Veleszületett szürkehályog esetén a csecsemő borús lencsével, vakon születik meg, de erre a század első felében kifejlesztett és egyre precízebbé váló műtéti eljárás megoldást kínál. A szemlencsét műtéttel eltávolítják, a lencse törőerejét pedig szemüveggel pótolják, így a gyermeket a vakságtól meg lehet menteni. Az elvégzett műtétek eredményei egy igen jelentős felfedezéssel jártak. Veleszületett szürkehályogos felnőttek, vagy iskolás korú gyermekek műtéte szabaddá tette ugyan a fény útját, a betegek mégsem láttak. Viselkedésükben ugyanúgy va-

kok maradtak, a továbbiakban is csak látáson kívüli érzékeiken keresztül szereztek információt a körülöttük levő világról. A szemet anatómiailag rendbe lehetett hozni, a látás egésze, vagyis a vizuális ingerek feldolgozása mégsem működött. Ugyanakkor, ha a veleszületett szürkehályogos csecsemőt születése után néhány hónappal megműtötték, a gyermek legalább gyengén látó vagy akár annál jobb látású lett. (A veleszületett szürkehályognál is lehetnek olyan komplikáló tényezők, amik miatt a látás nem menthető meg, ezekben az esetekben azonban nem pusztán az elszürkült lencse okozza a vakságot.) A műtéti technika és az altatás módszereinek fejlődésével a lencseeltávolító műtéteket már a születés után néhány héttel el lehet végezni. A tapasztalatok pedig azt bizonyítják, hogy minél előbb beavatkoznak, annál jobb a prognózis.

A másik jelenség az amblyopia, a tompalátás vagy a legegyszerűbb szakkifejezéssel a „lusta szem" problémája. A tompalátás az egyik szem gyermekkorban történő „kikapcsolásának" eredménye. A probléma mögött általában kancsalság húzódik meg, amelynek következtében az agy nem képes a két szemből érkező kép eggyé olvasztására, ezért a kettős látás elkerülése érdekében csak az egyik szemből érkező ingereket alakítja képpé, a másikat nem használja. A használaton kívül kerülő szem elszokik a munkától, egyre gyengébbé válik, végül vizusa az aliglátás szintjéig süllyedhet. A tompalátás azonban kezelhető. A szemész szemüveggel korrigálja a kancsalságot, majd hogy munkára szoktassa a rosszabbik szemet, a jobbikat letakarja. A rendszeres takarás eredményeképpen a tompalátó szemből – a probléma súlyosságától és az életkortól függően – akár tökéletes szem is válhat. Az életkor, a beavatkozás időpontja azonban itt is kritikus jelentőségű. Minél hamarabb fedezik fel a problémát, annál rövidebb idő alatt és annál tökéletesebben hat a kezelés. Felnőttkorban azonban már a látás nem állítható vissza, sőt már iskoláskorban is sokkal rosszabbak az esélyek. Szemészeti körökben megoszlanak a vélemények, de egyes szerzők szerint a 6 éves kor után kezdett terápiának az esélye már csekély.

A jelenségek magyarázatát a korai depriváció hatásának állatokon végzett megfigyelései tették pontosabbá. Huebel és Weisel (1963) kísérleteikben azt vizsgálták, hogy a megszületés után mesterségesen létrehozott ingerszegénység milyen radikális hatással van az agy fejlődésére. Vizsgálataikat macskákon végezték, amelyeknek mindkét szemhéját rögtön a megszületésük után összevarrták, így módon megvakítva az állatokat. A macskák szeme természetesen teljesen ép volt, mégis, amikor hónapok múltán a varratokat kiszedték, a macskák teljesen vakok voltak és látásuk a későbbiekben sem fejlődött ki. Az agy vizuális ingerek feldolgozásáért felelős területén, a látókéregben anatómiailag normális idegsejteket találtak, amelyek között azonban nem alakultak ki azok az idegi kapcsolatok, amelyek a látás működéséhez szükségesek lettek volna. Hyvärinen és Hyvärinen (1979), a neurológus és szemész házaspár kísérleteiben részletesebben megfigyelte a korai depriváció következtében vakká vált majmokat. A 7, 10 és 11 hónap után felnyitott szemhéjú majmok saját ketrecükben biztonságosan mozogtak, látó társaikhoz hasonlóan ugráltak. Ismeret-

len környezetben azonban – a vak gyermekeknél ismert módon – mellső végtagjukat előre nyújtva közlekedtek. Nem tanultak meg tárgyakért nyúlni és arckifejezésekre nem reagáltak a majmoknál szokásos fogcsattogtatással. Mivel a többiektől eltérően viselkedtek, a majomkolónia nem fogadta be őket, külön ketrecben kellett tartani őket. Hyvärinen összegezve úgy fogalmaz, hogy a majmoknak a vak gyermekekre jellemző mindhárom tipikus fogyatékosságuk megvolt: rossz látás, csökkent mozgáskészség és szociális izoláció.

Hyvärinen és Hyvärinen vizsgálódásainak másik fontos eredménye, hogy míg a felnyitott szemhéjú majmok agyának parietális lebenyében, az asszociációs kéregben a vizuális ingerekre csak radikálisan csökkent mértékű reakciót lehetett kiváltani, az aktív és a passzív mozgásos ingerekre adott válaszok megnövekedett intenzitást mutattak. Hyvärinenék feltevése az, hogy az agyban a különböző érzékszervi modalitások versenyeznek egymással, és az egyik hiánya esetén a másik fajta ingerület feldolgozásáért felelős terület részben átveszi a hiányzó terület működését.

Az állatkísérletek a negatív tényezők (hiányzó ingerek) idegrendszerre gyakorolt radikális hatását igazolták. A gyógypedagógia számára ennek az eredménynek a pozitív következménye mérvadó: az élet korai időszakában történő pozitív beavatkozás jelentősen megváltoztathatja az idegrendszer működését. A látáshoz nem elegendő a szem működése, a bejutott ingereket az agynak fel kell dolgoznia, értelmeznie kell. Rossz látás esetén ezek az ingerek gyengék, ahhoz hogy a kérgi területeken automatikusan, magától megfelelő működés alakuljon ki, ez nem elég. Tudatosan előidézett ingerbevitelre van szükség, amely az agykérget ellátja a sérült szem számára érzékelhető ingerek tömegével (fény, fényt visszaverő felületek, nagy formák, élénk színek stb.), amelyek megindítják az idegi kapcsolatok fejlődését.

Ezek az ismeretek a látás tudatos fejlesztésének fontosságát erősítették meg a gyógypedagógusok számára, különösen nagy súlyt helyezve a korán megkezdett stimulálásra és a vizuális ingerek más érzékszervi (kinesztetikus, proprioceptív, taktilis, auditív) modalitások által közvetített ingerekkel való összekapcsolásának pozitív hatására.

A TECHNIKA FEJLŐDÉSE AZ OPTIKAI SEGÉDESZKÖZÖK TERÜLETÉN

Az aliglátás kihasználásának lehetőségeit illetően komoly szerepe volt és van a technikai eszközök fejlődésének. Egyrészt a nagyítás lehetőségei nőttek meg a régebbi nagyítókhoz és hagyományos szemüveglencsékhez képest óriási mértékben, másrészt a felnagyított kép minőségének javítására is születtek megoldások. A speciális optikájú szemüvegek, az ún. távcső szemüvegek két lencse kombinációjával olyan dioptriát tudnak elérni, amely egyetlen szemüveglencse csiszolásával fizikai képtelenség lenne. A legrosszabb látás segítésére pedig elektronikus segédeszközt fejlesztettek ki, az olvasótévét, amely a kamera alá tett képet vagy szöveget moni-

torra vetíti. Így nemcsak óriási nagyításra képes, hanem kedvező kontraszt hatást biztosít, amelynek következtében az alak (kép, vonal, betű) jobban elválik a háttértől és könnyebben felismerhetővé válik. Ezek az eszközök olyan vizusú emberek számára is lehetővé teszik az olvasást, akiknek a papírra nyomtatott szövegen a betűk felismeréséhez a látásuk nem elegendő.

Pedagógiai kutatási eredmények a látásnevelés témakörében

A súlyosan sérült látás fejlesztésére elsőként szisztematikus programot kidolgozó és a látási funkciók javulását először kísérleti eredményekkel is igazoló kutató Natalie Barraga volt az USA-ban. Az 1960-as évek elején tíz, vaknak regisztrált, 6–12 év közötti gyermekkel végzett fejlesztés eredményei bizonyították, hogy vizuális percepciós készségeik komoly javulást mutattak, összahasonlítva a kontroll csoport teljesítményével. Vizsgálatainak sikerére alapozva olyan diagnosztikai és fejlesztő programokat dolgozott ki, amelyeket 3 évesnél idősebb látássérült gyermekeknek szánt, akik meglevő látásukat nem használják ki a hétköznapi élet praktikus helyzeteiben (Visual Efficiency Scale, 1970; Diagnostic Assessment Procedure, 1979).

Barraga azt hangsúlyozza, hogy a sérült látórendszer fejlődése lehetséges, de ez spontán módon, automatikusan ritkán történik meg. A Diagnostic Assessment Procedure az ép látás fejlődésének menetére alapozva három szintre osztja a tanulás folyamatát. Az első az *optikai szint*, az optikai funkciók fejlesztése, amely a szemmozgató izmok tudatos mozgatásának készségét alakítja ki a stabil fixáció létrejöttének céljával. A második, az *optikai-perceptuális szint*, amelyen a percepció fejlődésnek indul: az ingerek értelmezésének, a diszkrimináció és a felismerés készségeinek kialakítása. A két szint a fejlődésben természetesen összekapcsolódik, egymással összefonódva fejlődik. Minél stabilabb és finomabb a szemmozgató funkciók működése, annál jobbak az esélyek a felismerés készségének elérésére. Ugyanakkor az ingerek értelmezésének fejlődése serkenti a még intenzívebb, pontosabb fixációt és a többi optikai funkció megerősödését. A harmadik, a *vizuo-perceptuális szint* a vizuo-perceptuális készségek fejlesztése, amelybe az alak-háttér megkülönböztetése, a rész-egész összefüggések felismerése és a vizuális asszociációk tartoznak. Ezek a készségek rendkívüli módon megnövelhetik a sérült látórendszer működésének hatékonyságát, hiszen az aliglátó személynek mindig a rosszul látható ingerből kell következtetnie arra, hogy mit lát, és ebben nagyban segíti, ha egy részletből tud az egészre asszociálni, a számára zavaros háttérből egy tárgyat kiemelni, illetve az emlékezetében tárolt képekhez hasonlítva a látottakat értelmezni.

Tobin (1972) saját iskolájának növendékeiből összeállított vizsgálati csoporton megerősítette Barraga eredményeit és erre alapozva a vakok iskoláiban tanuló, látásmaradvánnyal rendelkező gyermekek rendszeres látásnevelésének oktatási programokba történő beépítését szorgalmazta. Az általa kidolgozott programnak a

„Look and think" (Nézz és gondolkozz) címet adta, amely jól összefoglalja az ötéves kortól javasolt látásnevelő program lényegét: olyan technikák és stratégiák elsajátítását segíti gyakorlataival, amelyek fejlesztik a látássérült gyermek vizuális ingerekre irányuló figyelmét és a látottak értelmezésének képességét. A vizuális figyelem növelésének lehetőségeit hangsúlyozva, Tobin a korai időszakban végzendő stimulálás fontosságára is felhívja a figyelmet: „...semmilyen alkalmat nem szabad elszalasztani a csecsemő látásának kihasználására való ösztönzésében, bármilyen csekély is a látása, még akkor se, ha ez a látás sohasem lesz elegendő a síkírás olvasásának elsajátításához" (Tobin, 1981, 2.).

A svéd Bäckman és Inde a felnőtt látássérültek rehabilitációjának módszerét dolgozták ki a megmaradt látási funkciók maximális kihasználására alapozva (Bäckman és Inde, 1979). A svédül *„Optisk rehabilitation" (Optikai rehabilitáció)*, angolul *„Low Vision Training" (Látásnevelés)* címen megjelent munkájukban az aliglátók négy csoportját a sérülés típusa szerint kategorizálták. Mindegyik sérüléstípusra specifikusan kidolgozták a tréning menetét: leírták az optimális működéshez szükséges fizikai feltételeket (megvilágítás, a megfelelő testtartáshoz szükséges eszközök stb.), az ajánlott optikai segédeszközöket és az alkalmazandó pedagógiai módszereket. Érdeklődésük középpontjában a felnőttkori sérüléseknél, valamint az időskori látásromlás okaként igen gyakori *scotoma centrale* állt (az első csoport). Ez a retina centrumában a legfinomabb felbontású terület elhalását jelenti, amelynek eredményeképpen a beteg egyenesen előre nézve fekete foltot lát, ettől jobbra és balra pedig lát ugyan, de nagyon homályosan, hiszen a retinának ezeken a széli részein jelentősen gyengébb minőségű az érzékelés. Bäckman és Inde olyan feltételek megteremtését, speciális nagyító eszközöket és ezek megfelelő módszerekkel történő betanítását írta le, amelyek eredményeképpen a beteg megtanul excentrikusan fixálni, így létrehoz egy ál-maculát és ezen keresztül lát.

A második csoportba tartoznak azok, akiknek *nystagmusuk* van. A szemtekerezgés a szem akaratlan mozgását jelenti, ami vízszintes vagy függőleges pályán, a probléma súlyosságától függően hosszabb vagy rövidebb utat jár be, ennek megfelelően a mozgás sebessége lassú vagy egészen gyors lehet. A lassú és széles amplitúdójú nystagmus rosszabb, a gyors és egészen finom rezgés jobb látást jelent. A fixálás közben jelentkező rezgés mindenképpen a keletkező kép életlenségét eredményezi. Bäckman és Inde a jelenséget a túlexponált fényképhez hasonlítja, ahol a tárgy exponálás közben elmozdul, ezért a kép elmosódott lesz. A tréning szempontjából fontos tudni, hogy a nystagmusnak van egy ún. 0-pontja, az a pozíció, ahol a rezgés a lehető leggyengébb. Olvasásnál vagy más közeli munkánál a látássérült személynek meg kell keresnie ezt a legkedvezőbb helyzetet, és abban dolgozni. A nagyító szemüveg általában erősíti a szem rezgését, ezért a segédeszköz megválasztásánál mindig a lehető legkisebb törőerejű lencsét (szemüveget, nagyítót, távcsövet) kell alkalmazni.

A harmadik csoportot a *beszűkült látóterű látássérültek* képezik, ahol a fő proble-

ma az egyszerre belátható kis terület, kevés inger. Így olvasásnál például egy hosszabb szóból csak egy-két betű látható be egyszerre, az egész szó elolvasásához már végig kell pásztázni a szó betűin. Ez megnehezíti az olvasást, ezért a lehető legnagyobb olvasótávolságra kell törekedni, hogy minél több betű férjen az amúgy is szűk látótérbe. Külön nehézséget jelent, ha a megmaradt beszűkült területen a látásélesség csökkent és ezért van szükség nagyításra. A nagyítás erejének növekedésével ugyanis az eszköz látótere egyre szűkebb lesz. Ezért az ilyen esetekben az optikai eszköz kiválasztásánál meg kell keresni azt az egyensúlyt, ahol a nagyítás ereje elegendő, de még nem szűkíti be még jobban az amúgy is szűk látóteret.

A negyedik csoportba tartoznak azok, akiknek vizusa homogén módon – a látótér teljes egészén egyenletesen – alacsony. Ők általában közelre viszonylag jól látnak, ezért tudnak olvasni, de az olvasótávolságuk jóval rövidebb az átlagosnál. Látásnevelés során ennek hátrányos következményeit kell kompenzálni: a mennyezetlámpa helyett/mellett a könyvet jól megvilágító fényforrással (pl. spotlámpa); a könyv megtámasztásával, ha megfelelő magasságú a szék és az asztal, elkerülhető a görnyedt testtartás és nagyon rövid olvasótávolság (5–10 cm) mellett is egyenes testtartással olvashat a gyengén látó személy.

Bäckman és Inde munkájának – a kidolgozott módszerek konkrét hasznán túl – pozitívuma annak a szemléletnek a megalapozása és megerősítése, hogy az aliglátás vagy egy adott vízus nem kezelhető egységes problémaként. Minden látássérült személy látása más és más, látási funkciói (vízus, kontrasztérzékenység, látótér, színlátás, fényhez való alkalmazkodás és szemmozgások) és más egyéni tulajdonságai szerint. Ennek megfelelően a látástréning felépítését és módszereit is az adott egyedi esetnek megfelelően kell megválasztani. Bäckman és Inde kategóriái hasznos támpontot adnak a módszerek megválasztásához a sérülés alapvető jellemzői szerint, de a végső döntést csak a látási funkciók részletes vizsgálata után és a látássérült személy véleményének, saját tapasztalatainak figyelembevételével lehet meghozni.

Az aliglátók megítélésével kapcsolatos változások hatása a pedagógiai munkára

A meglevő látás kihasználására irányuló törekvések előretörése komoly átrendeződést eredményezett a látássérültek oktatása területén: a vakok, illetve a gyengén látók iskoláinak életében. Azok az aliglátó gyermekek, akiknek látásteljesítménye a gyengénlátáshoz esik közelebb (kb. 0,05 és 0,1 között), és akiket a beiskolázásról döntő bizottság korábban a vakok iskolájába javasolt, ma a gyengén látók iskoláiba járnak, vagy egy-egy kivételes esetben integráltan tanulnak. Így a vakok iskolájában ma már kisebbségben vannak azok, akiknek egyáltalán van használható látásmaradványuk, közöttük a legjobb látásúak is éppen csak nagytárgylátók. Ők

rendszeres látásnevelő foglalkozásokon vesznek részt, hogy látásukat a közlekedésben, tárgyak keresésében, önkiszolgálási feladatokban, esetleg alapszínek megkülönböztetésében használni tudják, de folyamatos vizuális olvasásra általában nem taníthatók meg. Nagyításban sokan közülük megismerkednek a látó betűkkel, ilyen módon esetleg nagy betűs feliratokat praktikus élethelyzetekben (pl. az utcán, vásárlásnál, könyvek címoldalán stb.) ki tudnak betűzni. Ezenkívül előny lehet a látássérült ember látó emberekkel való kapcsolattartásában, hogy ismerve a tárgyak alakját és színét, a betűk formáit, érteni fogja az olyan vizuális elemeket tartalmazó kifejezéseket vagy szólásokat, mint pl. az L alakban elhelyezett asztalok, ó-lábú ember, pontot tesz az i-re stb.

Méhes (1983) vizsgálataira alapozva Szilágyi (1995, 1996) a szemészeti diagnózisok változását elemzi a budapesti vakok óvodájába és iskolájába járó gyermekek körében, összehasonlítva az 1994-es adatokat a korábbiakkal, különös tekintettel a *koraszülött retinopátia (ROP)* arányának alakulására. A látásmaradvánnyal rendelkező gyermekek számának alakulásával kapcsolatban bemutatja, hogy a ROP diagnózisú gyermekek körében a vak, illetve csak fényt érzékelő gyermekek aránya összesen 89%, az ujjolvasó és nagytárgylátóké pedig csupán 11%. Ez praktikusan azt jelenti, hogy csupán 11%-uknak van esélye arra, hogy látásukat főként a közlekedésben, esetleg tárgyakkal való manipulációban felhasználják. A ROP-on kívüli diagnózisok között a hasznos látással rendelkezők aránya valamivel jobb, de ez is csak 34%. Mivel Szilágyi az adatok több mint 20 évre visszamenő elemzésével (1972-től) egyértelműen bizonyítani tudja, hogy a ROP előfordulási gyakorisága jelentősen növekszik – 1994-ben a teljes gyermekcsoportban 65%, de az óvodások közt már 72% –, ez a jövőben a vak (hasznos látásmaradvánnyal nem rendelkező) gyermekek arányának további emelkedését jelzi.

Ha ez a tendencia folytatódik, akkor a gyógypedagógiának komolyan fel kell készülnie a legcsekélyebb látás fejlesztésére alkalmas módszer- és eszköztár kialakítására, valamint a korai stimulálás biztosítására. Ez a minimális látás ugyanis magától nem fejlődik ki, csak stimulálással tudják elérni a lehető legjobb látási funkciót.

A KORAI LÁTÁSSTIMULÁLÁS

Csecsemő- és gyermekkorban a látássérült gyermek szakszerű korai gondozásában az első probléma a meglevő látás megítélése. Mennyit lát vajon a gyermek? Mire lesz elegendő ez a látás? Képes lesz-e egyedül közlekedni, megtanulni írni-olvasni, önálló életet élni? Ezek azok a kérdések, amelyek a szülőket is feszítik és amelyekre konkrét, számukra is jól érthető és világos választ szeretnének. A gyermek teljesítménye pedig sokszor ellentmondásos. Egy-egy teljesítményre néha képes, máskor nem. Idegen környezetben, vizsgálati helyzetben nem mutatja azt, amit a család otthon tapasztal.

Általában 3 éves kor alatt még a viszonylag jobb látású, gyengén látó gyermekek látása sem mérhető tesztekkel. Vannak gyermekek, akik azonban még ebben a korban sem képesek a teszt felvételéhez szükséges 10–15 perces intenzív és egyenletes figyelemre. Ha sikerül a tesztet elvégezni, ki tudjuk számolni a gyermek vizusát, ez azonban a szülő számára önmagában nem válasz az őt izgató kérdésekre. Erre a problémakörre dolgozta ki Lindstedt, egy látássérültek gyermekek körében dolgozó svéd szemészorvos, a stockholmi *Tomteboda vakok iskolájában* (ma már integrációs segítő központ) szerzett tapasztalatai alapján, megfigyelésen alapuló értékelési rendszerét. Ennek segítségével a gyermek szokásai, vizuális megnyilvánulásai alapján mind a szülő, mind a gyermeket jól ismerő pedagógus vagy korai gondozó már 1–2 éves korban el tudja helyezni a gyermeket a látás mértéke szerint felállított négy kategória egyikébe. Megfigyelési rendszerét táblázatba foglalta *(10/1. táblázat)*.

Lindstedt rendszerének előnye, hogy a megfigyeléshez olyan tárgyakat nevez meg (baba, labda, cumisüveg, evőeszköz, gyöngyök) és olyan tevékenységeket (labdázás, biciklizés, lépcsőn járás stb.) sorol fel, amelyek általában a gyermek környezetében megtalálhatók, mindennaposak. Ezért ezek a megfigyelések otthon vagy a gyermek más megszokott környezetében (pl. bölcsőde, óvoda) elvégezhetők, ahol oldottan viselkedik, így valódi képességeit mutatja, szemben egy idegen helyen történő vizsgálattal, ahol a szorongásai miatt a szokásosnál esetleg rosszabb képet mutat.

A megfigyelési rendszer másik előnye, hogy eredményként nem számszerű adatot ad meg, hanem egy tapasztalt szakember számára jól megfogható és a szülők számára elmagyarázható szintet jelöl meg:

– az első szint azt jelenti, hogy a gyermeknek elsődlegesen látáson kívüli érzékszerveire kell támaszkodnia, meglevő látását pedig kiegészítő információként tudja felhasználni;

– a második szint már olyan jól használható látásként értelmezhető, amely lehetővé teszi a vizuális ismeretszerzést, a gyermek látásán keresztül is sokféle információt tud megszerezni a környezetéről, amelyek kiegészítéséhez természetesen más érzékelési módokat (hallás, tapintás) is nagymértékben fog használni. Ezek a gyermekek többségükben segédeszközzel megtaníthatók a síkírásra és annak olvasására, bár nagyobb terjedelmű anyagok olvasásához (pl. iskolai kötelező olvasmányok, felsőbb iskolákban vastagabb tankönyvek rövid határidő alatt történő elolvasásához) szükségük lehet a Braille-írásra vagy a számítógép beszédkijelzőjének segítségére;

– a harmadik szint a klasszikus gyengén látás, ahol már a gyermek egyértelműen a látásán keresztül ismerkedik a világgal, a síkírás és az olvasás elsajátítása nem okoz nagy gondot és sok esetben a normális iskolákban is sikeresen megállja a helyét;

– a negyedik szint meghatározása általában a látásprobléma kiszűrése érdekében

10/1. táblázat. A Lindstedt-féle értékelő rendszer a vizuális megnyilvánulások megfigyelése alapján (Lindstedt, E.: Appraisal of visual behaviour 4. o.)

Látás-szint	Vizuális teljesítmények	Vizuális érdeklődés távolsága	Körülbelüli vizus	Megjegyzések
1	Közelről megismer embereket és arcokat. Nagy játékok, babák, szőrös állatok, labdák, cumisüveg, evőeszköz, ruhák, bútorok. A tájékozódó látás problémás, szintkülönbségek észrevétele (pl. lépcsők) nehéz. Labdajáték általában nem megy.	0,5–1,5 m	0,01– 0,05	Perifériális látással is lehetséges biztos fokuszálás nélkül elég jó kontrasztérzékenység esetén.
2.	Kis játékok. Golyók és labdák. Összerakók, nagy képek. Kártyák. Lego. Mazsola, cukor, müzli darabok. Néha tortareszelék. A tájékozódó látás elég jó. Labdajáték lehet bizonytalan. Biciklizés gyakran lehetséges. Közelre nézéskor nagyon közel hajol.	3–4 m	0,05–0,1	Bizonyos fokuszálási képesség szükséges.
3.	Nagyon kis játékok és tárgyak. Építő játékok. Képek részletei, gyöngyök. Kézimunka (nagy méretben). Betűk, számok (nem apró betűs). Közel hajolás gyakori. Nem látja a rendszámtáblát messziről. Közel ül a TV-hez. Iskolában problémák a tábla olvasásával.	Elég jó, de részleteket messziről nem lát.	0,1–0,3	Fokuszálási képesség és akkomodáció szükséges. A sérülés nem nagyon feltűnő iskolába lépés előtt, ha a látás különben jó.
4.	A normális betűméretet tudja olvasni, normális távolságról. TV-t néz és látja a táblát az iskolában.	Nem feltűnően csökkent.	0,3 felett	Lehet látássérülés, ha a kontrasztérzékenység csökkent vagy komoly problémák vannak a szemmozgásokkal.

A látótér súlyos beszűkülése befolyásolja a vizuális teljesítményt minden szinten. Az adaptáció problémáinak szintén negatív hatása van.

történik, a felmerülő gyanú miatt a szülők megnyugtatására vagy más jellegű problémák tisztázása érdekében. Ezen a szinten ugyanis a látásprobléma önmagában nem okozhat komoly gondot a gyermek teljesítményében vagy magatartásában, ha gondok jelentkeznek, annak gyökerét a legtöbb esetben másutt kell keresni. Mostanában egyre többször felmerül az igény halmozottan sérült gyermekekkel kapcsolatban, hogy egy látásvizsgálatban tapasztalt gyógypedagógus segítsen eldönteni: vajon jól lát-e a gyermek? A gyermek csekély együttműködése, bizonytalanul megítélhető reakciói miatt ugyanis sokszor nem egyértelmű, hogy milyen a látása. Ilyen esetekben a megfigyelést a megadott helyzetekben el kell végezni, és az eredmények alapján kiszűrni, vagy tovább vizsgálni a látásproblémát.

Lindstedt másik megállapítása a saját megfigyelési szempontsorával kapcsolatban a fejlődés lehetőségeit és határait érinti. Ez a kérdés mind a fejlesztést végző szakember, mind a szülők számára rendkívüli jelentőségű. A szülő érthetően izgul, aggódik: Mit érhetek el, mit várhatok a fejlesztéstől? Mire készüljek fel lelkileg, mire számíthatok és mire nem? A szakember oldaláról a fejlesztés perspektívájának reális megítélése fontos lehet saját munkájának megtervezése és a részeredmények értékelése érdekében, valamint a szülők számára adott információ miatt. Óriási felelősség egy sérült gyermek sok-sok reményen és csalódáson átesett szüleivel gyermekük jövőjéről, a lehetőségekről beszélgetni. A fejlődés érdekében szükség lehet a szülő biztatására, ösztönzésére, hogy a gyermek résztvegyen az intenzív látásstimuláló foglalkozásokon. Ugyanakkor fennáll a veszély, hogy a szülőben hamis elvárásokat, a „gyógyulásba" vetett hitet élesztjük újra. Ennek megelőzése érdekében is hasznos, ha a szakember már az első beszélgetések alkalmával fel tudja vázolni a reális kilátásokat. Természetesen nem lehet pontosan előre jelezni, hogy milyen szintig jut el egy adott fejlesztési folyamat, hiszen abban számtalan – emberi és emberileg nem befolyásolható – tényező közrejátszik. El lehet és el kell azonban mondani, hogy mi *nem* várható, mi az a maximális eredmény, amelyet el lehet érni. Ha a szülő ezt megérti, akkor nem fogja olyan frusztráló helyzetbe kényszeríteni gyermekét, amelyben az értelemszerűen sikertelen lesz, hanem minden kis előrelépésnek örülve, pozitív légkört tud teremteni, amely segíti a gyermek harmonikus fejlődését.

A reális perspektívát Lindstedt úgy fogalmazza meg, hogy a gyermek látása általában egy szintet tud fejlődni a megfelelő stimulálás és tréning hatására. A fényt és esetleg foltokat érzékelő csecsemő sok esetben eljut óvodás korára a második szintre, a biztos tárgylátás és bizonyos részletlátás képességére. Nem várható azonban, hogy segédeszköz nélkül író-olvasó gyengén látó legyen. Akik iskolás korra erre a szintre eljutnak, kivételektől eltekintve már az első életévben tárgyakért nyúlnak, a saját környezetükben jól tájékozódnak.

A következő értékelési rendszert a még kisebbek, csecsemők és lassabban fejlődő látássérült gyermekek számára egy Prágában dolgozó korai fejlesztő gyógypedagógus munkatársammal közösen dolgoztunk ki (Gadó és Skalická, 1996). A

kérdőív a szülők kikérdezésében segít, illetve az információk rendszerezésében és értékelésében. A kérdéseket a szakembernek kell a beszélgetés alatt feltennie, nem feltétlenül a táblázatban szereplő sorrendben, szerencsésebb, ha a kialakuló beszélgetés során kerülnek szóba az itt összegyűjtött kérdések és a látogatás végén egyedül, vagy a szülő segítségével lejegyzi a válaszokat. A formális kérdés-felelet forma kevésbé teremti meg azt az oldott hangulatot, amelyben a szülő apró eseményeket, történéseket mond el a gyermekről, amely értékes információkat hordozhat a szakember számára. Érdemes az érdeklődő szülőnek megmutatni a kérdőívet, sőt akár egy üres, akár egy gyermekéről kitöltött példányt is kaphat, amely alapján ő maga is felhasználhatja a megfigyelési szempontokat a fejlődés nyomon követéséhez *(10/2. táblázat)*.

A szempontsor kérdéseinek összeállításakor a funkcionális látás négy nagy területét (Hyvärinen, 1996) vettük figyelembe, vagyis a kommunikációt, a mozgást-tájékozódást, az önkiszolgálást és a közeli látást. Korábbi tapasztalataink összegyűjtésével olyan apró megnyilvánulásokat gyűjtöttünk össze, amelyek a legkisebb kortól jellemzik a látássérült gyermekeket és látásuk megítéléséhez fontos információt nyújtanak. Ilyenek a szem nyomása, a fény bámulása, az ujj vagy ujjak szem előtt mozgatása, a preferált testhelyzet (hason vagy háton fekvés), illetve a mozgásos és manipulációs megnyilvánulások.

A korai látásstimulálás egyik gyakran felmerülő kérdése, hogy milyen életkorig állnak fenn a lehetőségek az eredményes fejlesztésre, meddig tart az az állatkísérletekből ismert kritikus periódus, amikor még képes az idegrendszer a pozitív változásra. Ennek meghatározására nincsenek pontos adatok, ám az előzőekben ismertetett jelenségekre (szürkehályog-műtétek, amblyopia terápia), valamint a korai látásstimulálás nemzetközi tapasztalataira alapozva általános az a vélemény, hogy az idegrendszer érzékenysége a fejlesztésre az első életévben a legnagyobb, ettől kezdve már csökken. Hatéves kor körül már kicsi az esély új idegi kapcsolatok kiépítésére.

A magyarországi gyakorlat éppen ezen a ponton különös nehézségeket vet fel. Egyrészt nincsen az ország egészére egységes és kötelező nyilvántartás, amely segíthetné a látásfejlesztésre szoruló csecsemők megkeresését, a szülők informálását a lehetőségekről, hogy az ő együttműködésük esetén a látássérülés diagnosztizálása után röviddel megkezdődhessen a fejlesztő terápia. Sok külföldi országban már a neonatológiai osztályokról jelentik a látássérült csecsemő adatait a korai fejlesztőnek, aki már a kórházban felkeresi az édesanyát, tájékoztatja a betegséggel kapcsolatos tudnivalókról, a gyógypedagógiai terápia lehetőségeiről és felajánlja segítségét. Ez óriási segítség a lelki válságban levő szülőnek: a felvilágosítás, a kérdéseire adott válaszok, valamint a remény felkeltése cselekvésre ösztönzi. Mindezek hatására csökkenhet a veszteségérzés.

A másik, talán Magyarországon különösen is jellemző jelenség, a szülők orvosok iránti bizalmatlansága. A szülők a diagnózis és a kedvezőtlen vélemény hallatán sok esetben harcba szállnak, az orvos(oka)t okolják a szerintük nyilvánvalóan téves

10/2. táblázat. Megfigyelési szempontsor a látássérült gyermek funkcionális látásának megállapításához (Skalická és Gadó, 1997)

Kérdéskör	Kérdés	I	N
Szokások	1. Mutatkozik-e változás a gyermek viselkedésében, ha fényből sötétbe kerül vagy ellenkező esetben (légzés, mozdulat, arckifejezés, pislogás, szem kinyitása)?		
	2. Kerüli-e a nagy fényt, a napsütést (szemét becsukja, fejét elfordítja, elmenekül)?		
	3. Hogyan reagál a szürkületre vagy a félhomályra? kellemetlen számára; jobban érzi magát; nem érzékelhető változás		
	4. Szokta-e a kezeit vagy az ujjait szeme előtt mozgatni?		
	5. Amikor hason fekszik emeli-e a fejét?		
	6. Szokott-e fejét letámasztva a földre feküdni?		
	7. Állva vagy járás közben lógatja-e a fejét?		
	8. Van-e gyermekének különleges fejtartása: balra jobbra felfele lefele fordítja		
Kommunikáció	9. Felveszi-e önnel a szemkontaktust?		
	10. Felismeri-e vizuálisan a családtagokat? 20 cm-ről fél m-ről 1 m-ről 2 m-ről		
Tájékozódás	11. Elkerüli-e az akadályokat otthon?		
	12. Elkerüli-e az akadályokat ismeretlen környezetben?		
	13. Fordítja-e a fejét fényforrások (ablak, nyitott ajtó, lámpa) vagy kedvelt tárgyak felé? Megközelíti-e ezeket?		
	14. Elindul-e nagy tárgy, pl. bútor, ajtó, autó felé?		
	15. Elindul-e kisebb tárgyak, pl. játékok, cumisüveg, étel felé? Milyen távolságról: 20 cm-ről fél m-ről 1 m-ről 2 vagy több m-ről		
	16. Szokott-e felszedni dolgokat a földről?		

A 10/2. táblázat folytatása

Kérdéskör	Kérdés	I	N
Önkiszolgálás	17. Nézi-e evés közben a csmisüvegét vagy az ételt?		
	18. Vizuálisan találja-e meg poharát és ételét az asztalon?		
Közeli látás	19. Szokott-e tárgyakat közel húzni a szeméhez? Mekkora tárgyakat vesz észre maga előtt? fél cm 1 cm 2 cm több cm Milyen távolságról? Közvetlenül a szeme előttieket 5 cm-ről 10 cm-ről több cm-ről		
	20. Van-e kedvenc színe?		
	21. Érdeklik-e a képek? Szokott-e babakönyveket, TV-t nézni?		
	22. Észrevehető-e szem-kéz koordináció (manipulálás játékokkal, rajzolás, gyöngyfűzés stb.)?		

diagnózisért, illetve a probléma keletkezéséért. Emiatt a szülők a legtöbb esetben hosszú hónapokat, néha éveket töltenek el az újabb és újabb specialista felkutatásával majd felkeresésével, és több szakember egybehangzó véleményét sem fogadják el, sőt a hazai orvosok után következnek a külföldi híres szemészek, majd a természetgyógyászok és más, a beteg meggyógyítására ajánlott szakemberek. Amíg a szülő nem fogadja el a tényt, hogy valóban látássérülésről van szó, ami jelenleg nem gyógyítható, addig nem érdekli a legfeljebb csak kismértékű javulást ígérő látásstimulálás felvetése. Ezzel együtt nem az orvosi beavatkozások, terápiák felkutatását ellenzem, hiszen mi, gyógypedagógusok a szülőkkel együtt örülnénk olyan új eljárásoknak, amelyek radikális javulást jelentenének sok-sok látássérült ember életében (pl. retinaátültetés, műretina kifejlesztése, érzékelő chipek stb.). Egyelőre azonban jó lenne elérni, hogy a látásfejlesztéssel foglalkozó gyógypedagógus időben kapcsolatba kerüljön a szülőkkel, és meg tudja győzni őket a látásstimulálás megkezdésének fontosságáról. Nem az orvosi megoldások keresése helyett, hanem – ha a szülő ezt igényli – amellett. A meglevő látás stimulálása egy későbbi kezelés vagy műtét sikeréhez is hozzájárulhat, hiszen a sikeres esetben visszanyert látási funkciók működését nem nulláról, hanem egy már elért szintről lehet inditani.

A LÁTÁSNEVELÉS GYAKORLATI DILEMMÁI

Az eddigiekben kifejtett szakmai elvek gyakorlatban történő megvalósítása során a látásfejlesztő gyógypedagógus időről időre olyan helyzetekbe kerül, amikor mindezek megkérdőjeleződnek, és felmerül a kérdés: helyesen teszi-e a szakember, ha szigorúan érvényesíti a látásnevelés, a korai stimulálás elveit? Két eset bemutatásával – nem a felvetett kérdések megválaszolásának igényével, hanem a látásnevelői munka mindennapjai során átélt problémák érzékeltetésével – igyekszem bemutatni a gyakorlati dilemmákat. Ahogyan azt az eddigi tapasztalataim során előadódó két, számomra legizgalmasabb esetből is láthatjuk, a problémák megoldása nem íróasztal mellett születik, sőt néha nem is szakemberek döntései szerint alakul. A leírt esetek érdekessége, hogy a végül kialakult megoldást az "élet hozta", szakemberként inkább csak ezek hatását értékelhetjük utólag, ami viszont rendkívül értékes tapasztalat a későbbi, hasonló esetek szempontjából.

A látásneveléssel foglalkozók dilemmái a következő kérdésekben foglalhatók össze:

Nem keltünk-e hiú reményeket a gyermekben és a szakemberben, mikor olyan képességet fejlesztünk, ami várhatóan csak igen korlátozott módon és mértékben lesz a mindennapi életben felhasználható?

Fejlesszük-e a rossz vagy a bizonytalan prognózisú gyermek látását? Nem lesz-e nagyobb a fájdalom, ha egy addig kihangsúlyozott fontosságú képességet veszít el? Ha nem, akkor nem fosztjuk-e meg egy olyan lehetőségtől, amely a későbbiekben már egyáltalán nem lesz elérhető?

Segíti-e a gyermekben a helyes identitás kialakulását a sérült képesség fejlesztése, vagy éppen az önáltató lelki mechanizmusok fennmaradását szolgálja?

ESETISMERTETÉS

V. Róbert 5 évesen járt nálam először látásvizsgálaton. Néhány dolog már az első rövid találkozás alatt nyilvánvaló volt: a kisfiú súlyos látássérülése, nagyfokú hypermotilitása és jó értelmi képességei.

Szülei elmondása szerint látássérülését, a mindkét szemén nystagmust korán felfedezték, már az első hetekben. Robi szembetegségét *Leber-féle congenitalis amaurosis*nak diagnosztizálták.

Robi szerető, gondoskodó értelmiségi családban él egy vidéki városban. A szülők kezdettől nagyon fontosnak tartották a rendszeres gyógypedagógiai fejlesztést, ezért kis korától minden felkínált lehetőséget elfogadva jártak vele Budapestre, különböző intézményekbe. Emellett 3 éves korától járt a helyi óvodába, ahol jól érez-

te magát, az óvónők elfogadták a sérülését és megpróbálták bevonni a csoport tevékenységébe.

Hároméves korától járt a *Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottsághoz* korai fejlesztésre, ahol látásstimuláláson is részt vett. Egy 4 éves korában készült szakvéleményben gyengén látónak minősítették és a *Gyengénlátók Általános Iskolájának utazótanári szolgálatához* irányították, óvodáskori *preventív korrekció* miatt. Egy évig járt ezekre a foglalkozásokra, ahol látását kezdettől túl kevésnek gondolták a vizuális oktatási formához, majd egész éves megfigyeléseikre alapozva eldöntötték, hogy Robi számára nem a gyengén látók, hanem a vakok iskolájába történő beiskolázást javasolják.

Ebben az időben már egy éve logopédus foglalkozott Robival otthon, minden hétköznap délután 45 percben. Robi kedvelte a foglalkozásokat, és ezeken az már látszott, hogy érdeklődését lekötve tartósan képes nyugodtan, egy helyben ülni és utasítások szerint feladatokat végezni. Mivel ekkor még a gyengén látók korrekciós foglalkozásain vett részt, a logopédus főként grafomotoros készségét fejlesztette, képek felismerését, szem-kéz koordinációját fejlesztő gyakorlatokat végzett vele. Mikor a vakok iskolájába javasolták, a logopédus elkezdte Robival a Braille-írás tanulásának előkészítését, játékosan tájékozódni a hat pontos rendszerben, a hat rekeszes doboz segítségével. Ekkor fordultak hozzám a logopédussal együtt tanácsért, hogyan folytassák Robi fejlesztését. Megegyeztünk, hogy a foglalkozások idejét megfelezve, nagyjából egyforma súllyal foglalkoznak a Braille- és a síkírás és olvasás előkészítésével, figyelve Robi reakcióit, melyiket kedveli jobban, ő maga melyik modalitást választaná a maga számára. Csaknem egy év elteltével már egyértelmű volt a választás: a kisfiú nem ellenezte a tapintásos feladatokat, de igazán a vizuális feladatokat, különösen a betűkkel való játékokat kedvelte. Addigra az összes kisbetűt felismerte, néhány betűs szavakat rakott össze a logopédusok által használt betűkártyákon, amely elég nagy volt számára ahhoz, hogy meg tudja különböztetni a részleteket. A probléma hét éves korában éleződött ki, mikor a végső beiskolázási vizsgálat zajlott: a gyengén látók iskolájában továbbra sem látták volna jónak felvételét, különösen igen rossz vízusa és magatartási problémáinak együttes jelenléte miatt. Véleményük szerint az övéhez hasonlóan rossz látásteljesítmény melletti vizuális tanulástól csak akkor várható siker, ha a gyermek kitartó, kiegyensúlyozott munkával tudja kompenzálni a többiekénél rosszabb látásából adódó hátrányait. Érthető, hogy nem akarták kitenni a gyermeket a tapasztalataik szerint nagyon valószínű kudarcnak. Másik tényező, hogy az ő viszonylag nagy létszámú (kb. 12–16 fős) osztályaikban nehéz lett volna kezelni Robi hypermotilitását, magatartási problémáit. Nem maradt más választás, mint a vakok iskolájának előkészítő osztályában elkezdeni tanulmányait, ahol kis csoportban (6–8 fő) folyik az oktatás. A döntés azonban mind a szülők, mind az én számomra nagyon nehéz volt. Szabad-e lemondani egy gyermek relatíve ilyen jó látásáról, vizuális érdeklődését visszafojtva ráállítani a tapintással történő tanulásra? Nem fejlődik-e vissza a vizuális ingerek iránti éberségében és azok értelmezésének képességében?

Sajnos, Magyarországon még nincs meg a mindkét (Braille- és síkírásos) olvasási mód párhuzamos tanulásának lehetősége, amelynek modellje Svédországban bevált, amikor a gyermek ismeri a Braille-t és használja a látó eszközeit (általában olvasótévét), és az évek során magának alakítja ki, hogy melyik modalitást választja az olvasáshoz, illetve milyen típusú feladatokhoz, milyen módot és eszközt használ. A tanulás kezdetén tiflopedagógus javaslata alapján természetesen megválasztják az elsődleges olvasási módot, amelyet az olvasás- és írásórákon a gyermek használ. Rendelkezésére áll azonban a másik eszköz, amellyel más helyzetekben szabadon próbálkozhat, gyakorolhat, így mindkét módszert elsajátítja, készségeit folyamatosan legalábbis szinten tartja. A svéd tapasztalatok szerint minden gyermek az első néhány éve alatt választott módszert fokozatosan háttérbe szorította, és ráállt a fő olvasási módra, amely mellett már csak kiegészítésként használta a másikat. Magyarországon mind a vakok, mind a gyengén látók iskolájában történnek próbálkozások a „másik" modalitás tanítására, de ennek modellje még részleteiben nem érlelődött ki, ezért párhuzamos használata még csak ritkán fordul elő.

Jelenleg Robi az előkészítő osztályban tanulja a Braille-írást, hetente három tanórában pedig látásnevelés foglalkozásokon vesz részt, ahol megkezdte az olvasótévé használatának tanulását. Folytatják a látó betűk és számok felismerésének gyakorlását játékos helyzetekben, és az írástanuláshoz szükséges finom mozgás fejlesztését. Arra azonban kevés lehetősége van, hogy a tanórákon mindezt alkalmazza, bár gyógypedagógusa – lehetőségei szerint – buzdítja őt meglevő látásának kihasználására (pl. a matematikában használt színes rudak szín szerinti használata, a szemléltetéshez használt tárgyak vizuális jellemzőinek megfigyelése stb.). Robi magatartására az új iskolában nincsen panasz, jól beilleszkedett a közösségbe, az előző években tapasztaltnál sokkal kiegyensúlyozottabbnak, nyugodtabbnak látszik. Szeret iskolába járni és örül a sok sikerélménynek.

D. János koraszülött volt, az oxigénadagolás miatt kialakuló érburjánzás az egyik szemén teljes retinaleválást és retrolentális membránt, ennek következtében teljes vakságot okozott. A másik szemén egy kis területen megmaradt a retina és működőképes. Ezen a részen, mint egy kis lyukon kinézve János érzékeli a fényt, színeket felismer, sőt szeméhez közel húzva még a tárgyaknak bizonyos részleteit is felismeri, megkülönbözteti. Mozgása és tájékozódása igen szűk látótere miatt bizonytalan, de ismert környezetben tud látására támaszkodva közlekedni. Rendkívül meleg, szerető családban él két idősebb növérével egy kistelepülésen. János hat éves koráig otthon nevelkedett, ekkor került beiskolázási vizsgálatra a *Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság* elé. Megállapították, hogy értelmi képességei elmaradnak a korának megfelelő szinttől, látásmaradványa nem éri el a gyengén látás alsó határát, ezért a vakok iskolájának „kisegítő" előkészítő csoportjába javasolták. János megkezdte tanulmányait hetes bentlakásos formában. A családtól való elszakadás azonban mind Jánost, mind az édesanyját nagyon megviselte. Néhány

héttel később Jánosnak, életében először epilepsziás rohama lett. Az édesanyja úgy vélte, hogy ezt a lelki trauma váltotta ki, ezért a gyermeket hazavitte, és többé nem egyezett bele a bentlakásos elhelyezésbe.

A következő tanévet János a közeli kisváros akkori kisegítő iskolájában kezdte, ahol egy rendkívül lelkiismeretes gyógypedagógus osztályába került. Megtanulta a Braille-írást. A többi tanulóval egy ütemben, csak más módszert alkalmazva és saját eszközeivel tanulta a számokat, a betűket. Az első év után egy tiflopedagógia szakos hallgató fordult hozzám segítségért, aki ismerte a gyermeket, és a szülők tőle kértek tanácsot. A gyógypedagógus ugyanis azt tapasztalta, hogy János minden tárgyat, képet, sőt még a Braille-írással írt lapokat is a jobbik szeméhez közel húzva nézi, és próbálja kisilabizálni a látottakat. Szerette volna megtudni, hogy nem lenne-e jobb egy ennyire vizuális érdeklődésű gyermeket vizuálisan tanítani. Benne és a szülőkben is megfogalmazódott, hogy mire tudja János felnőttként használni a Braille-írást a lakóhelyén? Továbbtanulásra nincs reális esélye, a saját szórakoztatására és az információszerzésre honnan szereznének Braille-írásos anyagokat? Nem lenne-e hasznosabb megtanítani – esetleg valamilyen speciális eszközzel – a síkírást olvasni, amelynek segítségével el tudná olvasni az áruk feliratát, folyóiratok címét, megnézni a rádió vagy a TV műsorát és más, az ő életében várhatóan felmerülő problémákat megoldani?

A szakértői bizottság újabb vizsgálata helybenhagyta a szülők és a gyógypedagógus kérését, a szemészorvos olvasószemüveget írt fel. János már 3. osztályos, a hírek szerint képes a többiekkel együtthaladni, a közösség pedig befogadja, szükség szerint segíti a kisfiút. Ideális megoldás számára egy olvasótévé lenne, amely nagyban megkönnyítené számára az írást és olvasást, ehhez azonban a jelenlegi rendeletek szerint a szülők semmiféle anyagi támogatást nem kapnának, saját erőből pedig egyelőre megoldhatatlan a sokszázezer forintos eszköz megvásárlása.

Összegezés

A látásnevelés dilemmáinak megfogalmazásakor és a bemutatott esetek megválasztásakor a látásnevelő munkája során felmerülő legnehezebb kérdésekre és legélesebb konfliktushelyzetekre koncentráltam. Nem szeretném azonban, ha ez a munka egésze iránti szkeptikus vagy pesszimista hozzáállást sugallna. Minden nehézség ellenére természetesen én is, és tapasztalataim szerint az ezen a területen dolgozó kollégáim is mélyen meg vagyunk győződve a látásnevelés fontosságáról bármilyen csekély meglevő látási funkció, egy-egy rossz orvosi prognózis és a gyakorlati feltételek munkánkat időnként nehezítő hiányosságai mellett is. Ezúttal csupán az állandó kritikus gondolkozásra, a lehetőségek és az eredmények reális elemzésére szerettem volna felhívni a figyelmet, hogy ne váljunk egy – egyébként igaz – elv gondolkozás nélküli fanatikus megvalósítóivá, hanem mindig a gyermek egész

személyiségének és teljes élethelyzetének gondos mérlegelésével, a lehető legjobb egyéni megoldásokat keresve hozzuk meg döntéseinket céljaink kitűzése és a munka módszereinek megválasztását illetően.

Irodalom

BARRAGA, N., COLLINS, M. (1979) *Development of efficiency in visual functioning: rationale for a comprehensive program*. In: *Visual impairement and blindness*, April 1979, pp. 121–126.

BARRAGA, N. (1980) *Program to develop efficiency in visual functioning*. American Printing House for the Blind, Louisville, USA.

BÄCKMAN, O., INDE, K.(1979) *Low vision training*. LiberHermods, Malmö.

CSOLÁK M. (1984) *A gyengénlátó gyermekek szemészeti gondozása feladatairól*. In: *Gyógypedagógia*, 2.

GADÓ, M., SKALICKÁ, M. (1996) *Visual assessment and vision stimulation for young children with visual impairement*. Stockholm Institute of Education, Stockholm.

GADÓ M. (1997) *Látássérült kisgyermekek funkcionlis látásának vizsgálata és stimulálása*. Kandidátusi értekezés, Budapest.

HUBEL, D. H., WIESEL, T. W. (1963): *Receptive fiels of cells in striate cortex of young, visually inexperienced kittens*. In: *Journal of Neuropsychology*, 26. 994–1002.

HYVÄRINEN, J., HYVÄRINEN, L. (1979) *Blindness and modification of association cortex by early binocular deprivation in monkeys*. In: *Child: care, health and development*, 5. 385–387.

HYVÄRINEN, L. (1996) *Observation and tests for assessment of functional vision in children at an early developmental level*. Precision Vision, USA.

LINDSTEDT, E. (1994) *Appraisal of visual behaviour – the use of a check list*. In Kooijman et al. (eds.): Low vision IOS Press, Amsterdam.

MÉHES J. (1983) A retrolentális fibroplázia által okozott látáskárosodások megjelenése és jelenlegi előfordulása a vakok általános iskolájában. In: *Gyermekgyógyászat*, 34. évf., 3. 323–327.

SZILÁGYI V. (1995) *Az RLF százalékos arányának növekedéséről és annak következményeiről a Vakok Általános Iskolájában*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 4. 6–14.

SZILÁGYI V. (1996) *Az iskoláskorú látássérültek szemészeti diagnóziának és a csatlakozó fogyatékosságok összefüggésének elemzése*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 1. 241–248.

TOBIN, M. J. (1972) *A study in the improvement of visual efficiency in children registered as blind*. In: *The New Beacon*, Vol. LVI, No. 659. 58–60.

TOBIN, M. J. (1981) *Psychological development in blind infants*. In: *Cecita' Infantile*, February, 1–9.

ZEKI, S. (1993) *A vision of the brain*. Blackwell Science, London.

Csányi Yvonne

11.

Súlyos fokban hallássérült gyermekek hallásának és nyelvének fejlődése, fejlesztése

A hallássérülteknél világszerte ma alkalmazott főbb módszerirányzatok közötti eltéréseket elsősorban a bevont kommunikációs csatornák határozzák meg. A ma jellemző négy legelterjedtebb módszer közül kettő manuális-vizuális, kettő orális (Csányi, 1993). Az egyik manuális irányzat a *totális kommunikáció*, melynek lényegi mozzanata az, hogy a hangos beszédet egyidejűleg jelnyelvvel kísérik. Ez esetben tehát a jelnyelv alárendelt szerepet játszik a hangos beszéd szókincse, grammatikai fordulatai mellett, szakkifejezéssel élve a jelelt magyar, angol, német stb.-ről van szó. A másik manuális irányzatnál, a *bilingvalizmusnál* két eltérő nyelvként jelenik meg a hangos beszéd, illetve a jelnyelv. Az alkalmazott jelnyelv az adott ország siket közösségének nyelve a maga sajátos grammatikájával, tehát a magyar, angol, német stb. jelnyelvről beszélnek. A hangos beszédet és a jelnyelvet nem használják együtt. A kisgyermekeknél előnyben részesítik a profi jelelőktől, előszeretettel a felnőtt siketektől tanult jelnyelvet, majd egy későbbi szakban kerül sor az adott ország hivatalos nyelvére, elsősorban írott formában. Az orális irányzaton belül különbséget kell tennünk az elsősorban a szájról olvasásra alapozó és a hallást legfeljebb kiegészítőként felhasználó *orális* vagy *orális-auditív* út, és az ún. auditív-verbális, illetve *auditív-orális* eljárás között.

Ma Magyarországon a hallássérültek speciális intézményeiben az oktatás-nevelés során az orális (orális-auditív) út, illetve a halmozottan sérültek egyes csoportjainál a totális kommunikáció (Csányi, 1997) figyelhető meg, míg a korai és integrált fejlesztés során egyre gyarapodó számban tűnik fel az auditív-verbális út. E gondolatokat most csupán bevezetőnek szántuk, a későbbiekben még visszatérünk rájuk.

A hallásról

Elsőként tekintsük át nagy vonalakban az akusztikus észlelés, a hallás néhány főbb jellemzőjét a 90-es évek felismeréseinek tükrében.

– a hallás a látásnál korábban, már az 5. terhességi hónaptól kimutatható az embriónál, így rendkívül intenzíven serkenti a központi idegrendszer sejtjeinek működését;

– a legkorábbi fejlődési szakban szoros összhangban fejlődik az egyensúlyérzékkel, s így jelentős szerepet játszik a teljes szervezet egyensúlyának, mozgásának és vitalizálásának komplexusában (Schusser, 1999.);

– minden irányból közvetít a fej elfordítása nélkül is;

– sötétben is tájékoztat a külvilágról;

– nem „kapcsolható ki", gyakorlatilag megszakítás nélkül működik;

– a beszéd, a nyelv természetes elsajátításhoz nélkülözhetetlen, folyamatos összekötő kapcsot képez az érzékeléstől az észlelésen keresztül a fogalomalkotásig, s így az absztrakt gondolkodásig;

– a környező világból érkező információk egyik fő hordozója a hallás, s közvetetten a másik fő információforrás, az olvasás alapját is képezi. Hiszen lényegében az olvasás is társalgás, melyet az olvasó a mű szerzőjével folytat (Uden, 1994), s a kialakult belső beszédnek, magának a szövegértésnek (szemantika, szintaxis, grammatika) előfeltétele az adott nyelv közvetlen, viszonylag magas szintű használata;

– a szociális kapcsolatok kiépítésének nélkülözhetetlen eleme a hallás-beszédmegértés és a hallás-beszédprodukció kölcsönös, szoros összefüggéseinek révén, azaz a társadalmi beilleszkedés fontos alkotórésze;

– az érzelmi élet alakulását, differenciálódását, illetve az érzelmek átvitelét befolyásolják a beszélő gesztusain és mimikáján túl a beszéd szupraszegmentális elemei (hangerő, hangsúly, tempó stb.), valamint a mondatok felépítése. Ugyancsak az érzelmek, hangulatok közvetítésében játszik szerepet a zene, továbbá meghatározott környezeti hangforrások (szélfúvás, az erdő hangjai stb.).

Az auditív érzékelés és észlelés folyamata az újabb neurofiziológiai kutatások tükrében

Az érzékelés a hallószervben történik, a hallottak értelmezése, a tulajdonképpeni észlelés azonban az agykéregben. A hallási érzékletek, mint tudott, elemeikre bontva (pl. hangmagasság, hangerő, időtartam) érkeznek bioelektromos jelekként a halántéklebenyekbe, ahol még mindig elkülönített csoportok szerint, vagyis szelektíven fogják őket fel a detektor-neuronsejtek. Ez azonban még kevés a hallás élményéhez. A benyomások végső összedolgozásáért az ún. *integrátor*, vagyis a teljes agykérget átfogó hálózat felelős, melyet globális rendszernek is neveznek. E globális rendszer működése elé iktatódik még be az akusztikus receptív centrum, mely egyrészt válogat, másrészt szintetizál, majd továbbadja az információt a globális rend-

szerhez, és egyidejűleg elraktározza az emlékezetben. Amennyiben egy korábban hallottal azonos hallási benyomás érkezik, úgy ezen korábbiak emlékképei aktivizálódnak, s az új benyomásokkal együtt jutnak el a globális rendszerbe.

A folyamat megegyezik a vázoltakkal a beszéd felfogása esetén is. A hallókéreg beszédmegértésre specializálódott sejtjei (Wernicke-központ) kimásolják a hallottakat a globális rendszerből, és vissza is adják őket oda a megfelelő emlékképekkel együtt, továbbá el is raktároznak egy másolatot a maguk emlékezeti régiójában. A globális rendszer ráismer a beérkező információkra, mivel ezek ott is tárolódtak, folyamatosan bővülő szemantikus tartalmukkal együtt. Ha ez az átfogó raktár kialakult, képes lesz a gyermek a beszéd megértésére. A beérkező információk alapján hipotézisek keletkeznek a globális rendszerben, melyeket a valóság észlelése révén tesztelünk. Ezek feltételezések a valóságról, ellenőrzésük kognitív teljesítmény, mely a kombinációs készséggel, flexibilitással, az auditív emlékezettel és a kommunikációs taktikával függ össze.

A saját beszédprodukció esetében kiegészül a beszédakusztikus információ a szenzomotoros érzékletekkel (receptív összetevők), s ez esetben először két eltérő helyen (szenzomotoros, illetve beszédakusztikus receptív összetevő) raktározódnak el a visszajelzések. A kreatív elemek a globális rendszer azon specializált idegsejtjei, amelyek az elraktározott két „szóburkot" életre hívják, és összeépítik a mondanivalót a szituációnak megfelelően („belső beszéd"). Végül az expresszív összetevők (Broca-központ) kimásolják a szenzomotoros „burkot" a globális rendszerből, részekre bontják, majd közvetítik a megfelelő ideginger ületet a beszédszervek izmai felé.

Mindebből következik, hogy míg a hallásérzékelés perifériás teljesítmény a hallószervben, maga az auditív észlelés már kognitív-szenzoros esemény, mely fokozatosan fejlődik ki, tanult folyamat. Ennek objektív, neurológiai magyarázata is van. Ma már elfogadott tény, hogy az idegsejtek kapcsolódási helyeinek, azaz a szinapszisoknak 70–75%-a genetikusan programozott, „az adott neuronális rendszer funkcionális terhelésétől vagy aktivitásától függetlenül alakulnak ki, azaz attól függetlenül, hogy hatnak-e általános környezeti ingerek vagy környezetspecifikus ingerek a megfelelő idegsejtre. Ezzel szemben a szinapszisok kb. 25%-a – és valószínűleg ezek a felelősek a legnagyobb teljesítményekért – csak egy meghatározott ingerkínálat hatására bontakoznak ki" (Schlote, 1990), mégpedig elsősorban a 3., 4. életév előtt. A hallópályák és a hallóközpontok érésében meghatározó szerepet játszanak az ún. neurotrop hormonok, melyek működése viszont a szenzoros csatorna külső ingerlésén múlik.

Az első életévben még a jól halló gyermeknek sem sikerül a beszéd analitikus felfogása, ezzel szemben már alakulóban van a globális megértés. A gyermek hipotéziseket alkot, s az anya (apa) spontán módon arra használja ezt a helyzetet, hogy felkínálja a szituációnak megfelelő nyelvi formát.

A HALLÁSSÉRÜLT GYERMEK

A gyermekkori hallássérülés legkomolyabb következménye, hogy – meghatározott súlyossági foktól – nehezíti vagy gátolja a nyelv és a beszéd kialakulását, fejlődését, illetve fennmaradását. *Prelingvális*, a beszédelsajátítás előtt bekövetkezett hallássérülés esetén ez azt jelenti, hogy nem, vagy jelentős elmaradással indul meg a természetes beszédfejlődés. *Posztlingvális*, a beszéd elsajátítását követő életszakban kialakult hallássérülésnél a károsodás idejétől függően elsősorban az expresszív beszédet és az információfelvételt érinti, a beszéd elmosódik, mind érthetetlenebbé válik a saját beszéd, és a környezetből érkező minta összevetésének hiányosságai miatt, vagy a fiatalabb gyermekeknél megakasztja a nyelvi gyarapodás addig szépen felfelé ívelő folyamatát, ami akár a teljes elnémulásig is vezethet.

Miről is van szó? Gyengébb perifelikus hallásteljesítménynél kevesebb adat, csekélyebb mennyiségű „nyersanyag" jut el a magasabb központokhoz, ami azt jelenti, hogy ezzel arányosan nagyobb számú kiegészítő, kompenzáló észlelési teljesítményre, megnövekedett számú hipotézisre van szükség. A még elviselhető arány úgy eltolódhat, hogy már csak külső beavatkozással, meghatározott beszéd-nyelvfejlesztő stratégiákkal érhető el a beszédfejlődés megindítása, magasabb szintre juttatása. Nemcsak beszélni, hallani is meg kell tanulni.

A korábbiakban mondottakkal összhangban különbséget kell tennünk a *fiziológiás* és *funkcionális hallás* között, hiszen „nem a fülünkkel hallunk, hanem a központi idegrendszer révén" (Diller, 1990). Mivel különösen az első és a második életévben igen fontos érési folyamatok játszódnak le, eddig az időpontig a fiatal gyermeknél csak a fiziológiás hallásra vonatkozólag szerezhetünk megközelítő pontosságú adatokat az életkoruk és a vizsgálatok szubjektív jellege miatt. Végső soron a perifériális hallás optimális ingerlése és a gyermek funkcionális halláskészsége – vagyis, hogy mit tud kezdeni a globális integráló rendszer a szórványosabb információkkal – dönti el majd a beszéd-nyelv fejlődés ütemének, minőségének sorsát. Közismert tény, hogy igen eltérő nyelvi és beszédfejlődést mutathat két azonos audiogrammal, azaz megegyező fiziológiás hallással rendelkező gyermek, amely az eltérő funkcionális hallásszintekkel, az akusztikus ingerek feldolgozásának szintkülönbségével magyarázható.

A PERIFERIÁLIS HALLÁS JAVÍTÁSA

Soha kedvezőbb helyzetben nem voltak még a hallássérült kisgyermekek, mint napjainkban – állítja jeles szakemberek sora. Mely feltételek alakultak előnyösebben korunkban, szemben a múltbeli helyzettel? Mi az, amitől a hallássérülés következményei jelentősen enyhülhetnek? E kérdésekre egy válasz van: a technika rohamos fejlődése. A hallókészülékek miniatürizált, ugyanakkor teljesítményben mennyiségi

és minőségi szempontból is meghatványozódott változatai, a számítógépes beállítás, a digitális hangerősítés, mind korunk vívmánya, s egyértelműen vezet oda, hogy nem túlzás Clark, angol szakember kijelentése, mely szerint „...a hallókészülékek minőségének fokozódásával a hallássérült gyermekek közel 90%-át tudják ma megfelelő erősítéshez juttatni, melynek alapján minden feltétel adott az érthető beszéd kialakulásához. A cochlearis implantáció (műtéti eljárás, melynek során pótolják a belső fül sérült szőrsejtjeinek működését) lehetőségével pedig a hallókészülékkel nem kielégítő segítséget kapó gyermekek számára is megnyílik az út a hallás felé" (Clark, 1998, 4.). *(11/1. ábra.)*



11/1. ábra. A cochlearis implantációnál alkalmazott külső (látható) elemek

A következmények egyértelműek:

– a hallássérülés ténye már nem vezet oda, hogy az egyén a „csend világában" töltse az életét;

– a perifériás hallású gyermekek felhasználhatják az akusztikus utat a nyelv elsajátítása során. Azok, akik megtanulták a hallás hatékony használatát, azaz van funkcionális hallóképességük, jelentős előmenetelt tanúsíthatnak a nyelv elsajátítása terén;

– a jól hasznosított hallás hozzájárul a mások számára is érthető beszédhez, vagyis a szociális beilleszkedés egy újabb akadálya enyhül vagy tűnik el;

– a jó nyelvi szintet elérő gyermekek előtt az iskolai tanulás korábban elérhetetlen lehetőségei nyílnak meg, amelyek a későbbi életminőséget is nagymértékben meghatározzák a pályaválasztás korlátainak legalább részleges felszámolása és a munkába állás határainak tágítása, a továbbképzések hozzáférhetősége révén;

– szociálisan valódi döntés elé kerülhet a hallását hasznosító és jól beszélő fiatal, megvan a tényleges lehetősége arra, hogy eldöntse, melyik világban kívánja privát életét, szabad idejét tölteni: túlnyomórészt a hallók vagy a sorstársak között, vagy éppen mind a két szférában.

A FUNKCIONÁLIS HALLÁS JAVÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

Ahogyan arra korábban már utaltunk, az optimális hangerősítéssel vagy cochlearis implanttal megjavított perifériás hallás önmagában még nem vezet a hallás ténylegesen, a napi életben hasznosítható működéséhez. Ennek további nélkülözhetetlen feltételei vannak. Ha közülük mindegyik megvalósul, egyben megkapjuk az auditív-verbális irányzat legfőbb feltételeit is.

Nem mindegy, hogy a legkorszerűbb technika szigorúan az egyéni szükségletekhez igazított változatával melyik életkorában találkozik a gyermek. Az ideális időpont az ún. szenzitív korszak, amikor a kérgi struktúrák még alakulóban vannak. Sokat javíthat a helyzeten a sérülés mielőbbi felfedezése és ha rögtön alkalmazni kezdik az optimális hangerősítést. A legkedvezőbb esetekben ez még az első év betöltése előtt megtörténik, de még kedvezőnek mondható az első három életév is. A minőségi habilitáció kilátásai a kezdési időponttal egyenesen arányosak.

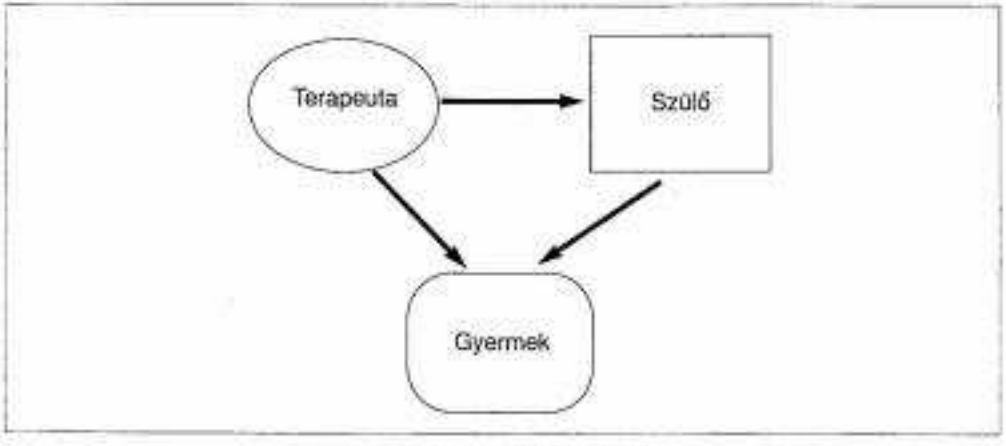
A NYELV ÉS A BESZÉD FEJLŐDÉSÉT STIMULÁLÓ KÖRNYEZET

A hallókészülék vagy cochlea implantátum önmagában nem biztosítja a folyamatos és érthető beszéd kialakulását. A megfelelő hangerősítés megadja a hangérzékelés lehetőségét, hogy megfelelően tudja-e hasznosítani, az jelentős mértékben függ az akusztikus környezettől, amelyben a gyermek él. És itt nem arról van szó, amit a hallókészülékek bevezetésének hőskorában *hallástréning* névvel illettek. Ez azt jelentette, hogy naponta, meghatározott ideig, különböző hangokkal végeztek gyakorlatokat (pl. hangszerek, zörejek, szavak, beszédhangok differenciálása). Csoportos helyzetben lehetetlen volt az alkalmazkodás az egyedi igényekhez, mert az egyéni fejlesztés keretében is mesterséges helyzetről volt szó. Így ma már felváltotta a hallástréninget a *hallás folyamatos hasznosítása*. Ennek nélkülözhetetlen feltétele az akusztikus környezet egész nap. Így tanulhatja meg a hallássérült gyermek, hogyan hasznosíthatja maximálisan sérült hallását mindennapos nyelvfejlesztő élethelyzetekben. A gyermekeket elsősorban nem formális gyakorlatok keretében tanítják meg hallani, hanem a környezetet alakítják ki olyan módon, hogy a hallás segítségével tanulhassanak, és hallási készségeik e tanulással arányosan fejlődhessenek. A gyarapodó hallási készség és az erősödő nyelvi kompetencia tehát egymást kiegészítve fejlődik. A hallás hasznosításának folyamatos tanulása nemcsak a hallási készség erősödését jelenti, hanem a beszéd és a nyelvi készségek fejlődését is, mely természetes, a gyermek számára jelentéssel bíró, és számára érdekes helyzetekben történik. Tehát nem öncélú gyakorlatokról van szó, hanem a hallásnak a kommunikáció érdekében történő felhasználásáról. Ez azt is jelenti, hogy maga az egész napos környezet, azok a személyek, akik körülveszik a gyermeket, folyamatosan kommunikálnak vele olyan, a számára egyértelmű és kellemes helyzetekben, melyekben a beszédet elsősorban az auditív csatornán keresztül fogja fel. Vagyis ez a feltétel kizárja a vizuális csatorna túlzott igénybevételét, kizárja a környezetben a manuális kommunikáció – legyen az jelnyelv vagy ujjábécé – használatát, de ugyancsak kizárja az eltúlzott szájról olvasási képet, s a figyelem minduntalan ráterelését a szájra. Szakít azzal a korábbi szokással, hogy a hallássérült gyermekkel csak szemben állva vagy ül-

ve beszéljünk, s csak akkor, ha reánk pillant. Rendszeresen alkalmazza az egymás melletti ülésmódot, amikor a gyermek saját szükséglete szerint pillanthat az előtte lévő anyagról a beszélőre, de megfelelő fejlődés esetén lekötí a figyelmét az adott kép vagy tevékenykedés, s egyidejűleg, párhuzamosan fogja fel a mondottakat.

A KORAI FEJLESZTÉS

Az ideális hallás- és beszédfejlesztő környezetet a szülői háznak kell elsődlegesen biztosítania. Az egész napos auditív és nyelvi stimulálást természetes élethelyzetekben a gyermek állandó gondozója, többnyire az anya tudja a legjobban megvalósítani. Ehhez természetesen megfelelő útmutatást kell kapnia, amit a korszerű korai fejlesztés tesz lehetővé. A cél a szülő és a szakember közötti *partneri kapcsolat* ki-



11/2. ábra. Az útmutatás módja

alakítása és fenntartása. Előtérben áll a felnőtt és gyermek közötti interakció (lásd később is!). A foglalkozáson nemcsak a gyógypedagógus (terapeuta) foglalkozik a gyermekkel, hanem a szülő (többnyire az anya) is, hogy a szakember megítélhesse az otthoni reális helyzeteket, s megfigyelései alapján erősíthesse meg a tapasztaltak pozitívumait, útmutatást adhasson, a hiányosságokra felhívhassa a figyelmet. Itt is alapvető szemléletváltozásnak vagyunk tanúi. Régebben a korai fejlesztésben a gyógypedagógus és a gyermek közös tevékenykedése játszotta a fő szerepet, a szülő, ha egyáltalán jelen lehetett, a néző szerepét töltötte be, s hazatérve – jól-rosszul – egyszerűen másolta a látottakat. A szakembernek végül is csak a szülő tájékoztatása adhatott támpontot arról, mennyire ülteti át a mindennapokba a legfontosabb elveket. Mára megváltozott a fejlesztés irányultsága, a fő cél a szülő vezetése, s mindaz,

amit a gyermekkel közvetlenül tesz a szakember, csak azt szolgálja, hogy a szülő figyelmét rárányítsa bizonyos mozzanatokra. Megváltozott az útmutatás módja és tartalma is.

Nem hallás, beszéd és kognitív gyakorlatok sorától van szó. A foglalkozásokon játék közben, illetve bizonyos élethelyzetek bemutatásával szemléltetik, hogyan beszéljen a szülő a mindennapos otthoni helyzetekben, hogyan használja fel az otthoni teendőket a beszéd és hallás egyidejű fejlesztésére, hogyan meséljen a gyermeknek, hogyan játsszon vele, hogyan kezelje a hallókészüléket, hogyan biztosítsa az auditív figyelmet, hogyan figyelje meg nap nap után a hallás fejlődését vagy éppen elakadását, mit kell ebben az esetben tennie stb.

Az integrált oktatás-nevelés

A jól fejlődő gyermekek mind nagyobb számban jelennek meg a többségi oktatási-nevelési intézményekben. Ez az igény összefügg az előzőekben kifejtettekkel is, vagyis, hogy a hallást és a beszédet stimuláló környezet az ideális a további egyenes ívű fejlesztéshez. A jól hallók és jól beszélő társak, a gyermekek életkorához igazodó nyelvi mintát mutató pedagógusok „felfelé húzzák" a gyermeket. Természetesen az integrálás ténye nem zárhatja ki a gyógypedagógus további útmutatását, amelyet egyrészt a gyermek óvodai, iskolai pedagógusainak, másrészt az integrációs helyzetben igen aktívnak elvárt szülőknek kell nyújtania. Arra is szükség van gyakran, hogy a gyermekkel is foglalkozzék, olyan képességekre koncentráljon, melyek terén nagyobb elmaradás mutatkozik, és erre a szülő figyelmét is felhívja.

A hallás fejlődésének állomásai

A továbbiakban áttekintjük azokat a hallási szinteket, melyeket a szakirodalom a jól halló gyermek főbb fejlődési stációjaként jelöl meg, s melyek egyben a hallássérült gyermek fentiekben jelzett fejlesztése során is szerepelnek és részben meg is figyelhetőek.

A *11/1. táblázat* Pollack (1985) nyomán készült, s a születést követő fokozatokat emeli ki, elsődlegesen a hallás alakulása szempontjából, de egyben párhuzamba állítva ezt az expresszív beszéd fejlődésével is.

A táblázatból kivehető, hogy a legfontosabb, alapvetőnek is nevezhető fokozatok mind az első életévben jelennek meg (lásd az első szavakig!). A további fejlődés már kizárólag a beszédértés, az auditív feldolgozás területén látható a kérgi folyamatok szintjén (l. 172. oldal). Megjegyzendő még, hogy az egyes fokozatok nem szigorúan egymás után váltják egymást, hanem átnyúlnak a következő(k)be, tehát pár-

11/1. táblázat. A hallás- és a beszédfejlődés szintjei (Pollack nyomán)

Hallás	→ → →	Beszéd
	születés	
auditív észlelés	↓	sírás
figyelem	↓	torokhangok
lokalizálás		mosolygás
differenciálás (1. szint)		nevetés
auditív visszacsatolás	↓	vokalizáció
differenciálás (2. szint: hangszín)		gagyogás
hangsorok felismerése	↓	utánzás
auditív feldolgozás		halandzsa nyelv
megértés	↓	első szavak
		kétszavas közlések
	↓	több szavas közlések
		mondatok
	↓	társalgás
beszédértés magasabb szinten	↓	majdnem teljes grammatika
	6. év	
	↓	

huzamosan maradnak fenn hosszabb ideig. A táblázat elsősorban a megjelenés időpontjára és sorrendjére utal. A nemzetközi szakirodalomban gyakran hivatkoznak az Erber (1982) nevéhez fűződő felosztásra. A következő 4 szintet emeli ki, melyek természetesen kiolvashatók a Pollack-féle felosztásból is:

Felfedezés

Az a képesség, mellyel reagálunk a hang jelenlétére vagy hiányára. Ennek alapján tanul meg a gyermek a hangra felfigyelni. Nyilvánvaló, hogy a hangforrások lokalizálása, keresése is idetartozik.

Diszkriminálás

Az a képesség, melynek alapján két vagy több hang esetében megállapítjuk, hogy megegyeznek vagy eltérnek egymástól.

Felismerés

Az a képesség, melynek alapján címkézzük vagy meg tudjuk ismételni a hallottakat akár szupraszegmentális szinten (pl. ez férfi hangja volt, ez hosszú hang volt), akár szegmentális szinten (hangok, szavak vagy mondatok visszamondása).

Megértés

Az a képesség, melynek alapján megértjük az elhangzottak jelentését. A reakció ilyenkor minőségileg különbözik a hallottaktól. Kizárólag a beszéd szintjén zajlik (pl. válasz egy kérdésre, utasítás végrehajtása, társalgásban való részvétel). Ennél a szintnél nagy szerepet játszik már az auditív-verbális emlékezet is.

A HALLÁS, A BESZÉD ÉS A NYELV KORSZERŰ FEJLESZTÉSÉNEK NÉHÁNY FŐBB SZEMPONTJA

A fenti sorrend egyben a természetes kialakulás sorrendje is, hiszen a meghallás mindig előbbre jár, mint a hallottak utánzása, és még később következik be a megértés, a feldolgozás.

Számíthatunk-e erre a spontán fejlődésre a hallássérült gyermekeknél is? Igen, napjainkban már komoly szerep juthat ennek (nevezzük A esetnek), különösen a fiatal nagyothalló gyermekek esetében, ideértve a súlyosabb fokon sérülteket is, akiknél – miután optimális hallókészülékhez jutottak, s adott a gazdag nyelvi és auditív ingereket biztosító környezet is – megkésve ugyan, de a 11/1. táblázatban bemutatottak szerint fejlődésnek indulhat. Ugyanez a helyzet a cochlearis implantáción átesett kisgyermekeknél, akiknél az implantációt követő első vagy másfél év után, s náluk is kiemelve a fejlesztő nyelvi környezetet, ugyancsak mobilizálódnak az addig szunnyadó képességek, nagy esély van a természetes hallás- és beszédfejlődés kialakulására. Természetesen ebben az esetben sem bizható a további fejlődés a szervezet spontán működésére, bár erős szövetségest találunk benne. Ilyenkor valósulhat meg a bevezetőben már jellemzett auditív-orális út, vagyis nincs a nap egyetlen időszakában sem erős hangsúly a vizuális információkon, ideértve a grafikus utat is. A teendőkre még utalunk.

Más a helyzet azoknál a gyermekeknél (B eset):

– akiknél valamilyen oknál fogva nem sikerült időben biztosítani a nekik megfelelő hangerősítést, azaz csak erősen megkésve – a szenzitív fázis lezárulta után – jutottak hozzá;

– akiknél a cochlearis implantáció sem történt meg, bár indokolt lett volna, vagy

– akik halmozottan sérültek (elsősorban a beszéd, a nyelv, illetve a hallás központi idegrendszeri feldolgozásának zavaraira gondolunk).

A fenti esetekben többnyire szinte a nulláról indulunk, nincs esélye már a természetes utak aktivizálódásának, ez a viszonylag késői fejlesztés nem kezdhető el a természetes út megismétlésével, vagyis pl. hallásgyakorlatok sorával. A hangsúly a természeteshez nagyon közelálló, személyre szabott interakciókon, valamint a hallásmaradvány maximális aktivizálásán lesz (orális-auditív vagy orális út), illetve azoknál, akiknél a halmozott sérülés gátolja a verbális kommunikációt, felmerül az interakciók során a kommunikáció más csatornáinak, úgymint grafikus út, ujjabécé, jelnyelv, egyéni szükségletek szerinti alkalmazása is.

A fentiekből már következnek azok a lényegi tennivalók, melyek elengedhetetlenek az alapvetően nagyon eltérő hallás- és beszédfejlődési múlttal és nagyrészt ennek

arányában más-más képességstruktúrával rendelkező gyermekeknél. (Még tovább tarkítja a képet az értelmi szint, a figyelem és a verbális emlékezet eltérő foka.)

A folyamatdiagnózis

A hallás és a beszéd fejlődése szempontjából egyaránt kritikus, hogy a gyógypedagógus és a szülő szinte minden ténykedése a gyermekkel, egyben jelzésként szolgáljon az éppen aktuális hallási és beszédszintjéről, a nyelvi állapotról, illetőleg az e téren regisztrálható fejlődésről. Ismerni kell a hallás olyan egyértelmű jeleit, mint a vizuális jelzésektől vagy a szituációtól biztonsággal függetlenithető reakció (pl. a gyermek felfigyel a játékából, mert meghallotta az anya hívó szavát, bár még nem pillantotta meg), vagy semmi nem utal a felszólítás tartalmára, mégis teljesíti a gyermek. Ahogy Ling (1989) kiemeli, a gyermek hangadása, beszéde is fontos tényező ebből a szempontból, mivel jelzés értékű a hallókészülék kiválasztása és beállítása szempontjából. Fontos a gyermekkel foglalkozó, az érte felelős személy attitűdje, aki folyamatosan regisztrálja a megfigyeléseket, és a fejlődés megtorpanásának kétséget kizáró jelei esetén keresi annak okait és igyekszik megoldást találni. Az okok nagy része a nem kielégítő mennyiségű és/vagy minőségű hangerősítésre vezethető vissza, de ok lehet a nem megfelelő fejlesztés is. Adott esetben szükséges lehet a hallókészülék cseréjére, a készülék beállításának megváltoztatására, a cochlearis implantációra, de jelentheti a szülővel és/vagy a családdal való intenzívebb foglalkozást, az óvoda- vagy iskolaváltást, a fejlesztés módszereinek felülvizsgálatát, más határterületek szakemberének bevonását stb.

A folyamatdiagnózis természetesen nemcsak a negatív jelzésekre érzékeny, hanem a pozitívakra is. Erről van szó, amikor a szülő és a fejlesztő szakember fokozatosan meggyőződik róla, hogy a gyermek a körülményekhez képest hall, sőt egyre jobban hall (funkcionális hallás!), beszéde, nyelve egyenletesen gyarapodik, személyiségfejlődése harmonikus. Sokszor a pozitív jelek meglátása sem magától értetődő, s a szakembernek kell a szülő figyelmét felhívnia pl. a még nem beszélő gyermeknél a vokalizáció egyenletes gazdagodására, a hangszín csengésére, a beszédértés fejlődésére stb.

Az interakció

A hallássérültekkel kapcsolatos korszerű eljárások középpontjában a társalgás áll. A módszer a szavakat, illetve mondatokat, grammatikai formákat tanító, erősen kötött, ún. konstruktív úttal szemben, azzal élesen szembeállítva először van Udennél (1977), a neves holland pszichológusnál és gyógypedagógusnál jelenik meg. Az általa bevezetett, ma már szinte klasszikussá vált eljárás, az ún. *anyanyelvi reflektáló mód-*

szer azóta tovább finomodott, eszközei gazdagodtak, hiszen egyre korábbi időpontban fedezik fel a hallássérülést, ezért a hatékony audiológiai és gyógypedagógiai ellátás is előbb megkezdődik. Megszaporodtak a korszerű nyelvészeti, ezen belül a gyermeknyelvi kutatások. Ez utóbbiak nyomán reflektorfénybe került az anyai beszéd, az anya-gyermek közötti interakció, ami újabb törvényszerűségek, általánosítható következtetések levonására késztette a kutatókat. Lényegében van Uden is az anya-gyermek párbeszédből indult ki, amikor eljárását alkalmazta, azonban azóta jelentősen bővültek a társalgási stratégiák (Clark, 1997; Cole, 1992; Manolson, 1992).

A vizuális információs csatorna, a szájról olvasás korábban, mindaddig, amíg nem álltak rendelkezésre korszerű hallókészülékek, hangsúlyos szerepet töltött be. A gyermekkel beszélők, köztük a szakemberek is, nemegyszer el is túlozták ezt: túlzottan artikuláltak, miközben a beszédtempó és a ritmus egyidejűleg lelassult, azaz torzult a teljes beszédminta. Arra is törekedtek, hogy lehetőleg mindig a gyermekkel szemben és a szeme magasságában beszéljenek. Mindez önmagában már elegendő ahhoz, hogy a gyermek dominánsan vizuális irányultságú legyen, ne figyeljen a mindenképpen halványabb akusztikus benyomásokra. A múltban hivatalos pedagógiai célként is megfogalmazódott az ún. szájra irányultság kialakítása, melynek eredményeképpen a gyermekek szinte „csüggtek" a beszélő ajkán. Ma már jól tudjuk, hogy a hallásra szoktatás egyik buktatója éppen ebben rejlik. A cél a természetes beszédstílus, vagyis megakadályozni, hogy a figyelem egyértelműen vizuális irányba terelődjék. Külön figyelmet fordítanak napjainkban a háttérzajra is, ami nagymértékben gátolhatja a beszéd érzékelését.

A korábbiaknál lényegesen fontosabb szerephez jutott a párbeszéd a csoportos társalgással szemben. Ez azt is jelenti, hogy a beszélgető felnőtt maximálisan tud igazodni az adott gyermek aktuális nyelvi szintjéhez, egyéni szükségleteihez.

A társalgási stratégiák közül a legfontosabbak:

- a gyermek számára vonzó, érdekes témák, tevékenységek;
- a gyermek érdeklődésének maximális követése;
- a figyelem közös összpontosítása a témára;
- a jelentés teljes megosztása;
- állandó szerepváltás;
- pozitív visszajelzés a gyermek közléseire;
- a gyermeki közlés megragadása és kiterjesztése;
- rávezetés a spontán imitációra;
- a gyermek életkorához igazodó tartalom és a nyelvi fejlettségéhez igazodó beszédszint;
- a főnevekre koncentráló (címkézés) rávezetés helyett a történésekre összpontosítás;
- az ún. zárt kérdések (closed set) helyett egyre több nyitott kérdés alkalmazása.

Mindez azt is jelenti, hogy itt nem a hagyományos értelemben vett tanító foglalkozásokról, órákról van szó, hanem minél hangulatosabban eltöltött közös időről, mely valódi interakciót jelent. A korai fejlesztés időszakában a társalgást beiktathatják a gyermek otthoni életrendjébe, kapcsolódva a házi tevékenységekhez, játékokhoz, meséléshez, barkácsoláshoz stb., mindezzel a gazdag nyelvi környezet fontos elemét képezve. Kiemelt szerepet játszhat a speciális óvodai, iskolai nevelésben is, amennyiben sikerül biztosítani minden egyes gyermek számára a napi egyéni társalgások kb. 15-15 percét (Clark, 1997). A társalgás a gyermek folyamatos nyelvi közlési szintjének elérésekor is elengedhetetlen. Ekkor már olyan szempontok kerülnek előtérbe, illetve jelennek meg a gyermek eszköztárában, mint a magyarázat, a másik fél által mondottak pontosítását szolgáló rákérdezés, képzeleti nyelv, indoklás, anticipálás, kommentár, személyes vélemény.

Clark, és számos más szakember szerint a társalgásokban rejlik a beszédfejlesztés és a hallásnevelés kulcsa. A gyakori társalgás olyan kommunikációs alapot ad, melyre szilárdan ráépül a szövegértő olvasás és az írásbeli kifejezés.

A HALLÁS FEJLESZTÉSE

A hallás általános fejlesztését – ahogyan ezt már említettük – az optimális hangerősítés és a nem hangsúlyosan vizuális beszédkörnyezet biztosítja. A hallás fejlesztésével kapcsolatos speciális gyakorlatok alkalmazása azokban az esetekben ajánlott, amikor a hallókészülék vagy a cochlearis implantátum viselése a fenti feltételek több hónapig tartó biztosítása mellett sem hoz jellemző változást. E gyakorlatokról tudni kell, hogy csak néhány percig tarthatnak, s el kell érni, hogy a gyermek jó hangulatban végezze, élvezze őket. Fontos az is, hogy az életkorhoz és a gyermek szintjéhez igazodva válogassunk belőlük, játékosak legyenek, s ahol lehet, kapcsolódjanak a társalgás éppen aktuális témájához (pl. turmixot készít az anya és a gyermek, erről folyik a dialógus, s ebbe ágyazza be a szülő a gép hangjára való felfigyelést, vagy magasabb szinten, egy két elemből álló utasítás teljesítését).

A továbbiakban közölt összefoglalás a lehetséges eljárásokat tekinti át. Jól látható az *Erber-féle* váz, ezúttal már feladatokkal aktualizálva. Az egyes szakaszok ugyan logikusan egymásra épülnek, azonban ez nem jelenti azt, hogy más nyelvi anyaggal nem lehetne és nem kellene visszanyúlni egy korábbi fokra, ill. maga a nyelvi anyag, az információk száma határozza meg, hogy valami könnyebb vagy nehezebb. (Pl. a 4. szintnél szereplő utasítások sokkal könnyebbek lehetnek, mint a harmadik szinten látható differenciálás egytagú szavakkal.) Nyitott kérdés, hogy ki meddig jut el. Az elvárásoknak flexibiliseknek kell lenniük a hallásfok függvényében.

A *Ling-féle 6 hangteszt*ben szereplő hangok: m, ú, á, í, s, sz (Ling, 1989). E hangok gyakorlatilag átfogják a beszédfrekvenciákat, s egyben fontos következtetéseket tesznek lehetővé a hallókészülék kiválasztásával, beállításával kapcsolatban (lásd fo-

lyamatdiagnózis). Míg az a) pont alatt adva a 6 hangot, nem szükséges a felismerésük, csak a meghallás puszta jelzése, s ez lehetséges csak egyes alsó formánsok alapján is, addig a c) pont alatt már elvárás a hallottak visszamondása is.

Felfedezés, felfigyelés
Ide tartoznak:

– a spontán felfigyelési reakciók (zörejek, név) természetes helyzetben (megfigyelés), illetve tudatosan beiktatva;
– a kondicionált játékreakciók (játékaudiometriai eljárás): zörejek, a név hívása, a Ling-féle 6 hangteszt.

Diszkriminálás
Azonos és nem azonos minták felismerése. Feladatok (hangok, szavak, mondatok szintjén):

– a gyermek egy meghatározott mintára összpontosít és jelzi, hogy ugyanazt vagy attól eltérőt hall-e (jelzés csak „igen" vagy „nem");
– azonos vagy eltérő összetételű párok megkülönböztetése.

Felismerés (tárgyakhoz, képekhez kötve)
Szupraszegmentális szint:

– eltérő hosszúságú beszédhangok (rövid, hosszú, egyenletes, szaggatott);
– gyors, közepes, lassú tempó;
– hangmagasság (magas, mély, közepes, eső, emelkedő, monoton);
– halk, hangos, közepes hangerő;
– hangsúly;
– hangszín (férfi, nő, gyerek, ismerősök);
– érzelmek (azonos mondat, eltérő érzelmek: meglepetés, bosszúság, öröm stb.);
– tanult hangutánzó elemek (repülő, kacsa stb.).

Szegmentális szint:

– a Ling-féle 6 hangteszt;
– szótagszámban, magánhangzókban eltérő szavak;
– szótagszámban azonos, magánhangzókban eltérő szavak;
– szótagszámban azonos, magánhangzókban azonos szavak;
– egytagú szavak (a magánhangzó eltér, majd azonos);
– szótagok (cél a mássalhangzó differenciálása, pl. só – hó – tó, te – de).

Feldolgozás, megértés

Ezen a fokon mindig mondatok szerepelnek. Változatok: köznapi, gyakran ismételt mondatok (pl. mosd meg a kezed); kevésbé túltanultak; hosszúságban eltérőek, megegyezőek, csak egyetlen szóban eltérőek. A mondatoknak valamilyen reakciót kell kiváltaniuk, nem ismételtetjük őket meg.

Feladatok:

- utasítások: 1, 2, 3 elemből álló felszólítások;
- tevékenységek (pl. Színezd ki azt a képet, amelyik a harmadik a sorban);
- körülírások (pl. „Kérem azt az állatot, amelyiknek négy lába van és vigyáz a házra", vagy „Add ide azt, amivel megmosod a fogad", vagy szabadon: „Mire gondoltam? Gyümölcs, ami nagyon savanyú" stb.);
- képhez vagy képsorozathoz feltett kérdések;
- történet, melyet újra el kell mesélni;
- történet, amellyel kapcsolatban kérdéseket tesznek fel;
- beszédértés háttérzajban (zene, zörej, beszéd) a fenti feladatokkal;
- a fenti feladatok távolabbról, illetve halkabban mondva.

A BESZÉD ÉRTHETŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSA

Ismét egy terület, ahol gyökeresnek tűnik a váltás a hagyományos eljárások alkalmazásához képest. Míg a múltban elképzelhetetlen volt, hogy a súlyosabb mértékben hallássérült gyermek magától kezdjen el beszélni, s ez a beszéd érthető is legyen a külvilág számára, ez a jelenség, amint erre már korábban is utaltunk, napjainkban reális közelségbe került. A szülőkre és szakmai irányításukra hárul – kiemelten az audiológiai ismeretek és a kedvező beszédmodell vonatkozásában – a legnagyobb felelősség. Míg korábban a vizuális és a taktilis minta volt az elsődleges, ma biztonsággal lehet számítani a gyermekek legnagyobb részénél az akusztikus út aktivizáló és az érthetőséget javító szerepére. A korábban siketnek tartott, és így is kezelt gyermekek szép számban keltik nagyothallók benyomását. A technika mai lehetőségei új távlatokat nyitottak meg ebből a szempontból is. A hallás révén kialakul az auditív visszacsatolás, melynek alapján a gyermek összevetheti saját beszédét a felnőtt mintával. Új elvként jelentkezik, hogy addig ne foglalkozzunk az artikulálás mesterséges útjaival, amíg a gyermek nem beszél folyamatosan. A tempó, a beszédritmus, a beszéddallam, a hangsúlyozás mintái és imitálása beleilleszthetők a mindennapi társalgásokba. Csak később fordulhat a figyelem a még ki nem alakult vagy torzul ejtett egyes hangzók felé, amikorra ezek a fontos jegyek, nagyrészt a hallás segítségével, már beépültek a folyamatos közlésekbe. A javításnál megmaradnak a szókörnyezetben, s ebben az esetben is az akusztikus úté a vezető szerep: a hibás és a hibátlan minta akusztikus eltérésének érzékeltetése.

Az elmondottak alapján felmerülhet az olvasóban, hogy mindezek a gyökeres változások valóban érvényesülnek-e a hallássérültek fejlesztésénél napjainkban, s ténylegesen látványos eredmények igazolják-e ezt. A fejlesztés útjai két vonulatra oszthatók. Az egyik, jelenleg még nem domináns, de lassan gyarapodó út, a gyermekek korai életszakában megkezdett, és konzekvensen végigvitt auditív-verbális irány, melyben a technikai feltételek biztosítására nagy figyelmet fordítanak, a gyógypedagógus a szülő partnere, és a későbbiekben, az integráláskor a szülőkön és a gyermeken kívül az integrálásban résztvevő oktatási-nevelési intézmény pedagógusaira is összpontosít. Ennek végrehajtása jelenleg még számos problémát, hiányosságot tükröz, elsősorban a szubjektív feltételek tekintetében. A megfelelő szakemberhálózat kiépítése és az integráció gyakorlatának szélesebb körű elterjedése várhatóan fokozatosan javít majd ezen a helyzeten.

A másik út, a speciális intézményrendszerben történő fejlesztés, szervezettsége következtében jobban látható. Ez az út már nem nevezhető auditív-verbálisnak, inkább orálisnak, illetve helyenként totális kommunikációnak. A gyermekek gyakran a nem megfelelő, vagy teljesen elmaradt korai fejlesztés után kerülnek az intézmények óvodáiba, esetleg előkészítő osztályaiba. A szülő ezt megelőzőleg számos ok miatt (nem vállalta, ő maga hallássérült, családi problémák stb.) nem volt partnere a szakembernek, vagy partner volt, de a gyermeknél merültek fel egyéb fejlődési problémák a hallásveszteségen kívül. Emiatt a gyermekek összetétele heterogén és súlyosabb, mint a múltban (Csányi, 1999). Ehhez járul, hogy a speciális intézményekre az auditív-orális fejlesztési irány több kritériuma nagy terheket róna, vagy eleve kizárt. Például, hogy csak a legfontosabbakat említsük, jelentené a hallókészülékek – ami egy-egy intézményben legalább 200 vagy ennek többszörösét is kitevő műszert jelent – optimális kiválasztását, beállítását, karbantartását és napi ellenőrzését, intenzív kapcsolatot a szülőkkel, és bevonásukat a fejlesztésbe, a naponta minden gyermekkel egyénileg is folytatott párbeszédeket, a hallás használatára, a verbális kommunikációra ösztönző egész napos nyelvi környezetet, az integrált oktatásra való áttérés mielőbbi megvalósítását. E feltételeknek legfeljebb egy része valósul meg egyes intézményekben, másokban még csak megközelítőleg sem teljesül. Ettől függően beszélhetünk a tanórákon orális-auditív vagy orális fejlesztésről, illetve a tanórán kívül gyakran uralkodó jelnyelvi környezetről. Ez a tendencia alapvetően megfelel a nemzetközileg is megfigyelhető helyzetnek. A speciális intézményekben világszerte csökken a gyermeklétszám, és egyidejűleg mind súlyosabb populációról történik gondoskodás. Ugyanakkor, vagy éppen ezért átalakul az intézmények profilja, magukra vállalják a korai gondozással és az integrált neveléssel összefüggő, többnyire auditív-verbális beállítottságú szakszolgálatot, s közben ellátják a speciális intézményre szoruló tanulókat is. Ez a jövőkép rajzolódik ki a hazai intézményrendszer előtt is, s erre kell felkészülni a szakemberképzésben is.

Összegezés

Végül nem hagyhatjuk említés nélkül a következő, s a más fogyatékosságot mutató népesség területén nem mutatkozó jelenséget, ugyanis sajátos felfogást képviselnek mindezzel összefüggésben a siket felnőttek érdekvédelmi szervezetei. Külföldön is, hazánkban is egyre erőteljesebben hangsúlyozzák, hogy a hallássérültek, pontosabban a siketek, nem tekintendők fogyatékosoknak, csupán egy nyelvi kisebbség tagjai, nem hisznek a nagy teljesítményű hallókészülékeknek a korábbi változatokhoz képest megsokszorozódott hatékonyságában, nem veszik figyelembe a technika által nem segíthető hallássérültek egyre csökkenő létszámát, kifejezetten ellenzik a cochlearis implantációt, valamint az óvodai, iskolai integrációt, s a társadalommal való kapcsolatot elsősorban jeltolmácsok révén kívánják megoldani.

Az idő minden bizonnyal erre a véleménykülönbségre is meghozza a választ. A hallássérültekkel foglalkozó magyar gyógypedagógusok felfogása meglehetősen egységes, mindenekelőtt a hallássérült kisgyermekek tekintetében. Összhangban a Bárczi (1938) által már évtizedekkel ezelőtt kijelölt, hazánkban hagyományosnak tekinthető úttal, elsődleges célnak és egyben eszköznek tekintik a hangos beszédet, nem kívánják megfosztani a gyermekeket és szüleiket, a mai korszerű pedagógiai, technikai és orvostudományi lehetőségektől, s minél nagyobb hányaduk részére szeretnék lehetővé tenni a más segítő személyek bevonásától nem függő, tényleges és teljes körű társadalmi integrációt.

Irodalom

BÁRCZI G. (1938) *Halláséhresztés-hallásnevelés*. Vác.

CLARK, M. (1989) *Language through Living*. Hodder and Stoughton, London.

CLARK, M. (1997) *A hallássérültekkel folytatott interakció*. Budapesti szeminárium kézirata.

COLE, E. (1992) *Listening and Talking*. A. G. Bell Association for the Deaf, Washington D. C.

CSÁNYI Y. (1993) *Oktatási irányzatok*. In: Csányi (szerk.) *Bevezetés a hallássérültek pedagógiájába*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 35–40.

CSÁNYI Y. (1999) *Változásban a hallássérültek pedagógiája*. In: Gyógypedagógiai Szemle, 1. 1–9.

DILLER, G. (1990) *Das Frühförderungskonzept an der Johannes Vatter Schule für Gehörlose*. In: Kröhnert (Hrsg.) *Aufgaben und Probleme der Frühförderung gehörloser und schwerhöriger Kinder*. Himmer GmbH, Augsburg, 242–257.

ERBER, N. (1982) *Auditory Training*. A. G. Bell Association for the Deaf, Washington D. C.

LING, D. (1989) *Foundations of Spoken Language for Hearing-Impaired Children*. A.G. Bell Association for the Deaf, Washington D. C.

MANOLSON, A. (1992) *It Takes two to Talk*. Hanen Centre, Toronto.

POLLACK, D. (1985) *Educational audiology for the limited hearing infant*. Charles C. Thomas, Springfield, II.

SCHLOTE, W. (1990) *Grundlagen der neurophysiologischen Entwicklung von Kindern*. In: Kröhnert (Hrsg.) *Aufgaben und Probleme der Frühförderung gehörloser und schwerhöriger Kinder*. Himmer GmbH, Augsburg, 37–60.

SCHUSSER, G. (1999) *Konsequenzen aus den neuesten Befunden der Psycho-, Neuro-, Endokrino- und Immuno-Logie für die Förderung Hör-beeinträchtigter Kinder*. In Schmid-Giovannini (Hrsg.) 4. Auditory-Verbal Kongress, Berchtesgaden. 151–182.

UDEN, A. (1977) *A word of language for deaf children*. Amsterdam and Lisse.

UDEN, A. (1994) *Das gehörlose Kind. Fragen seiner Entwicklung*. Julius Gross Verlag, Heidelberg.

Keresztessy Éva

12.

TECHNIKAI ESZKÖZÖK A HALLÁSSÉRÜLTEK FEJLESZTÉSÉBEN

A gyermekek 1-1,5 százalékánál mutatkozik maradandó halláskárosodás. Ez főleg veleszületett rendellenességek (öröklődés, illetve genetikai probléma), vagy a terhesség, születés, illetve kisgyermekkor időszakában szerzett károsodások következtében alakulhat ki, betegség (fertőzés, szülési sérülés, toxikus ártalom) és egyéb okok következtében a hallás kisebb-nagyobb mértékű csökkenését okozhatják (Csányi, 1995).

Manapság a technika fejlődése beláthatatlan lehetőségeket kínál a hallássérültek (re)habilitációjának területén, szinte nincs olyan típusú és súlyosságú hallássérülés, amelyet ne lehetne részben vagy teljesen korrigálni. Új távlatok nyílnak a hallókészülékes ellátásban, olyan súlyos esetekben, ahol a hallókészülék már nem nyújt megfelelő erősítést, ma már műtéti eljárással megoldható a hallás élménye.

A HALLÁSSÉRÜLÉS KORAI FELISMERÉSÉRŐL

Ahhoz, hogy a gyermekek hallássérülését minél korábban felfedezzék, megfelelő szűrési eljárások léteznek, amelyeket a szakképzett védőnők el tudnak végezni. Az eljárási módszerek alkalmazkodnak az életkorhoz. Hordozható eszközökkel a gyermekek otthonában is rövid idő alatt elvégezhetők, s eredményeik megbízhatók. A kiszűrt gyermekeket audiológiai vizsgálatra irányítják, ahol objektív és szubjektív vizsgáló módszerekkel igazolni tudják a gyanút. Az objektív hallásvizsgálatok elvégzéséhez megfelelő technikai eszközök állnak a szakemberek rendelkezésére. Az újszülötteknél is megbízhatóan alkalmazható az *otoakusztikus emissziós vizsgálat*, mely a Kemp által 1978-ban felfedezett jelenségen alapszik, hang hatására az ép működésű cochleában a külső szőrsejtek aktív működése során igen kis intenzitású hangjelenség keletkezik, amelyet mérni lehet. Ha regisztrálható a válasz, akkor a beszédhallást akadályozó hallásveszteség nem áll fenn (Pytel, 1996).

A hallássérült csecsemők és kisgyermekek esetében döntő fontosságú a sérülés minél korábbi felismerése, diagnosztizálása és a megfelelő segédeszközökkel történő ellátása.

Számukra a differenciáldiagnosztikai eljárás nagyobb esélyt jelent a meglévő hallásmaradványuk minél jobb kihasználására, ami a beszéd kialakulásának feltétele, s egyben a gyógypedagógiai terápia alapját is képezi. A differenciáldiagnosztikai eljárás nemcsak a hallásveszteség mértékének meghatározását jelenti, hanem egy interdiszciplináris csoport munkáját is, amelyben audiológus szakorvos, gyermekorvos, gyógypedagógus, asszisztens, terapeuta együtt dolgozik az érintett gyermek szüleinek bevonásával. E csoport munkájának célja az objektív és szubjektív klinikai vizsgálatok elvégzése, a hallókészülék kiválasztása, beállítása. Az objektív mérések sajnos csak kiindulási alapot adnak, így a vizsgálat elvégzői mindenképpen rászorulnak a szubjektív mérésekre is, azaz a gyermek hangra adott reakcióinak megfigyelésére. Ez nehezíti a vizsgálatot, különösen a legfiatalabb gyermekek esetében. Az eljárás a kicsik igen aprólékos megfigyelését és olyan módszerek sorozatát igényli, mellyel a gyermek figyelme lekötthető, ugyanakkor el is terelhető a speciálisan kiválasztott hangokkal. A fiatalabb gyermekeknél a hallásküszöb pontos meghatározása hosszabb időt igényel. A mérésekre több alkalommal kerül sor az egyre pontosabb diagnózis érdekében, szubjektív vizsgálati módszerekkel. Ez alapozza meg a számukra legalkalmasabb, korszerű hallókészülék kiválasztását és optimális beállítását. A hallássérült csecsemők és gyermekek vizsgálata – összehasonlítva a felnőtteknél alkalmazott eljárásokkal – alapvetően más szemléletet és gyakorlatot igényel. Ezen túlmenően a hallássérüléshez társuló látássérülés, mozgáskorlátozottság vagy értelmi fogyatékosság a gyermek fejlettségi szintjét is befolyásolja, ezáltal a diagnosztizálást járulékosan tovább nehezíti vagy lassítja. A folyamatdiagnózis lényege az, hogy a hallássérült gyermekek audiológiai ellátása nem ér véget a hallókészülék felírásával. A továbbiakban is állandó kapcsolatot kell tartani az audiológiai állomásokkal, annak érdekében is, hogy a kisgyermeket a hallásveszteségét legjobban korrigáló hallókészülékkel lássák el (McCormick, 1996).

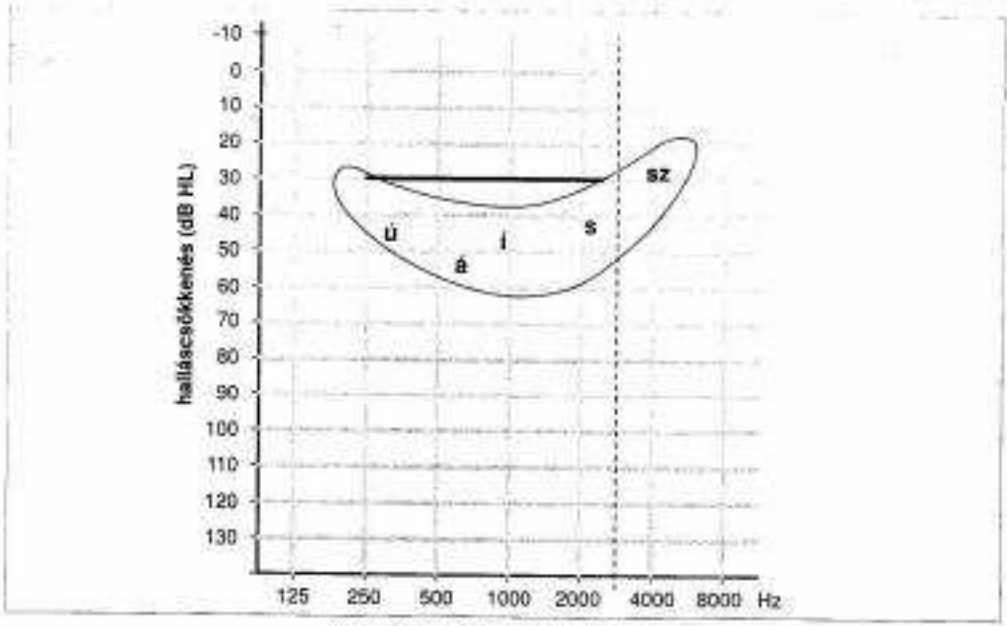
A kései diagnosztizálás csökkenti a rehabilitáció esélyét. Magyarországon a hallássérülés felfedezésének átlagos időszaka 2–3 éves életkorra tehető. Az utóbbi években azonban több régióban megkezdték az újszülöttek objektív eljárással történő hallásszűrését.

Hallásjavító készülékek

A hallókészülékekkel kapcsolatos technika napjainkban rohamosan változik, évről évre új eszközök jelennek meg. Ezek olyan technikai megoldásokkal készülnek, amelyek jelentősen megkönnyítik a használójuk életét.

A hallókészülék indikációjának elsődleges célja a beszéd meghallásához legmegfelelőbb erősítés elérese úgy, hogy a hallókészülékkel erősített fülön mért eredmények illeszkedjenek az optimális beszédmezőbe, vagy a fölé kerüljenek *(12/1. ábra)*.

Az elektromos hallókészülék az 1900-as évek elején jelent meg, ez szénmikro-

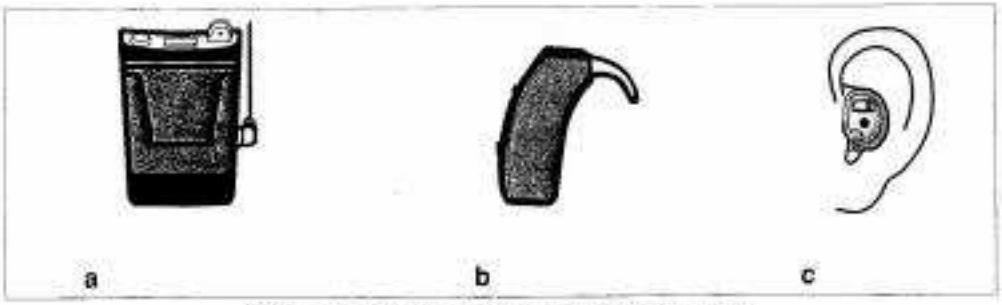


12/1. ábra. Optimális beszédmező

fonból és elemből állt. Az 1930-as évek második felében fejlesztették ki a csöves elektromos készülékeket, a tranzisztorok felfedezése után, az 1950-es években kisebb méretű, a *fül mögé helyezhető hallókészülékeket* tudtak készíteni. A manapság használatos készülékek többségének működési elve tulajdonképpen még mindig ugyanaz, mint az 50-es években, a hagyományos hallókészülékben (analóg rendszerű készülék). Felépítése: mikrofon, bemeneti erősítő, jelfeldolgozó egység (signal processing), kimeneti erősítő és a hallgató (Vonlanthen, 1995). A mikrofon a felvett hangokat elektromos hullámok formájában az erősítőrendszerhez juttatja, melyet az a kívánt mértékben felerősít és továbbítja a hallgatóhoz, ezáltal a bemenő jelnél hangosabb hang jut a fülbe.

A hallás javítására kifejlesztett készülékek szinte minden igényt kielégítenek. Méretük igen változatos, létezik a fül mögé és a *hallójáratba mélyen behelyezhető* típus, valamint *dobozos készülék* is. Ez utóbbiak kezelhetőségük és igen nagy teljesítményük miatt a még ülni nem tudó csecsemők és a mozgásukban korlátozott személyek számára ideális *(12/2. ábra)*. Működési elvük szerint pedig az analóg rendszerek mellett a digitális jelfeldolgozású készülékek is megjelentek. Természetesen a készülék kiválasztáskor az az elsődleges szempont, hogy a beszédhallás céljára melyik az ideális. A szakemberek több hétig, vagy akár több hónapig tartó megfigyelés után döntik el, hogy melyik a legmegfelelőbb.

A 90-es évek második felében kerültek piacra az első, valóban digitális jelfeldolgozású hallókészülékek. A természetben előforduló hangok analóg jelek, vagyis fi-



12/2. ábra. Digitális jelfeldolgozású hallókészülékek
a: dobozos készülék; b: fül mögötti készülék; c: a fülkagylóba helyezhető készülék

zikai jellemzőik időben folyamatosan változnak. Ha egy ilyen jelből bizonyos időközönként mintát veszünk, számokkal kifejezhető értékeket kapunk. Ez az analóg-digitális átalakítás (A/D konverzió). A digitális jelfeldolgozás (DSP – digital signal processing) során az analóg jelet számsorrá alakítják át; ez a jelfeldolgozás bonyolult számítástechnikai művelet. A folyamat végén a digitális jelet analóg jellé kell visszaalakítani, azaz digitális-analóg átalakítás (D/A konverzió) történik.

A ma használt és alkalmazott digitális technika előnyei:

– a beszédhang kiemelése;
– audiogram alapján történő programozás, pontos frekvenciaillesztés, széles illesztési tartomány;
– többcsatornás jelfeldolgozás, eltérő paraméterek állíthatók be;
– az alapprogramon kívül komfortprogramok lehetősége (a felhasználó egyéni szükségletei szerint; némely készüléknél távirányítású programváltási lehetőség);
– az akusztikus visszacsatolás csökkentése;
– a mikrofonzaj csökkentése;
– védettség a rádiófrekvenciás zajokkal szemben;
– beszédérzékeny jelfeldolgozás (beszédértés zajos környezetben, pl. utcán);
– automatikus működés;
– alacsony áramfogyasztás;
– kevesebb meghibásodási lehetőség.

További előnye a digitális készülékeknek a recruitment (kóros hangosságfokozódás) kiküszöbölése. Ezzel a jelenséggel különösen a súlyosabb hallásveszteség esetén kell számolni. Az analóg készülékeknél használatos lineáris erősítés esetében a kimeneti szint arányosan növekszik a bemeneti szint növekedésével mindaddig, amíg el nem éri a maximális telítettségi szintet. Ekkor korlátozódik a kimenet, a készülékben csúcsvágás keletkezik, vagyis a szinuszos jelek eredeti alakja megváltozik, torzítás jelentkezik, ami kellemetlen hangszínt eredményez. Ilyenkor a lineáris erősítés nem teszi lehetővé a megfelelő beszédértést, mert a hangerő emelkedése

már a kellemetlenségi küszöb határán túl erősít, így a hallókészülék viselője a jeleket torzítva érzékeli, esetleg fájdalomérzet is jelentkezik.

A zajszűrés elve szerint működő digitális készülékek képesek arra, hogy a bejövő jeleket frekvenciatulajdonságaik szerint (mély, közepes, magas frekvencia) különböző csatornákon elemezzék, és hogy a zajt tartalmazó csatornát kevésbé, a beszédet tartalmazó csatornát jobban erősítsék.

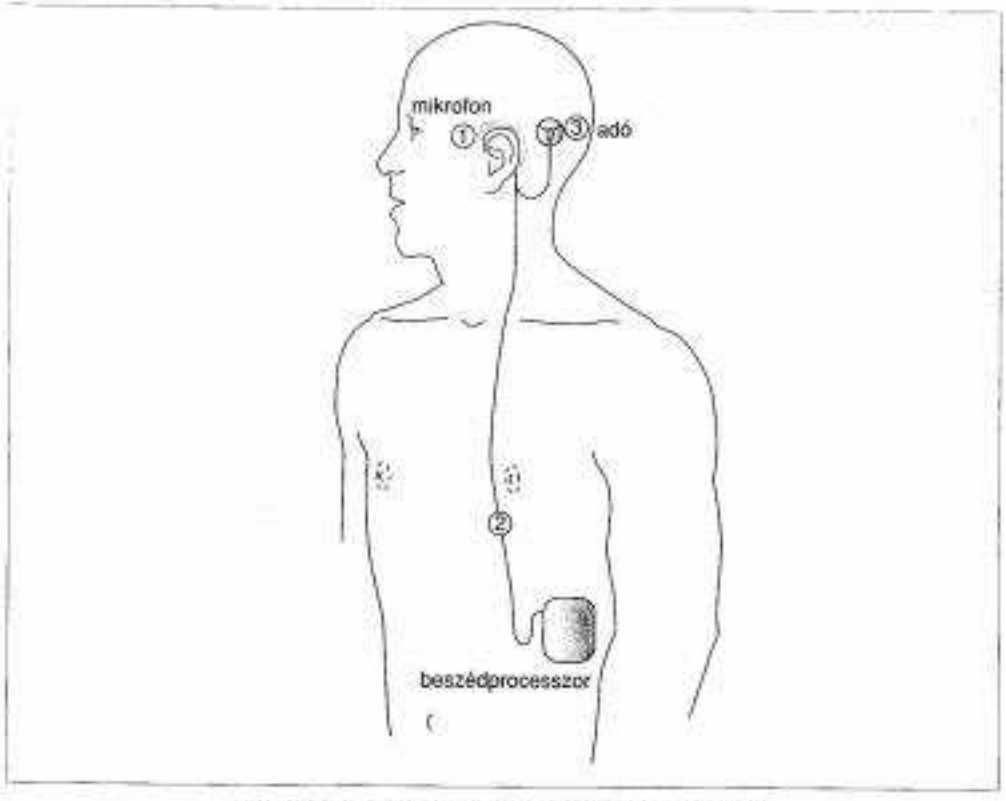
Cochlearis implantáció

Szinte minden súlyossági fokú hallássérülésre létezik hallókészülék, ám a hallássérültek egy csoportja oly mértékű hallásveszteségben szenved, ami csak kis mértékben erősíthető ideális szintre. Vagyis az erősítéskor mért értékek az optimális beszédmező alsó határát nem, vagy alig érik el. Esetükben műtéti eljárás – *a cochlearis implantáció* – eredményes lehet.

A cochlearis implantáció akkor javallt, ha a súlyos hallásveszteség következtében nincs lehetőség a maradéktalan hallókészülékes (re)habilitációra. Az implantátum elektromos impulzusokat közvetít, közvetlenül a hallóidegek felé, kikerülve így a csigában lévő sérült szőrsejteket. Hallásélményhez akkor jut a páciens, ha ép hallóideggel rendelkezik. A cochlearis implantáció alapvetően egy belső és egy külső egységből áll. A belső részt műtéti eljárással ültetik be. A vevő/stimulátor részt a koponyába, a bőr alá ültetik, az ehhez csatlakozó elektródaköteget pedig a csigába vezetik. Az elektródaköteg típustól függően 10–24 elektródát tartalmaz (Prihodova, 1998).

A külső részben mikrofon található, valamint adótekercs és beszédprocesszor („beszédfeldolgozó") *(12/3. ábra)*. A mikrofon a beszédprocesszorhoz továbbítja a felvett hangot, ami speciális elektromos kódolás során átalakítja és továbbítja a jeleket az adótekercsre, amelyek azután a bőrön át az implantált vevő/stimulátorba jutnak. Az implantátum dekódolja a jeleket, és átalakítja elektromos impulzusokká, melyek a csigában lévő elektródakötegre jutnak. Az elektródák stimulálják a hallóideget, amely azután az agyba továbbítja a jeleket, és hallásélményhez juttatja viselőjét.

A cochlearis implantáció legfontosabb funkciója a lehető legmagasabb szintű beszédfelismerés biztosítása. Az ép működésű cochlea teljes hosszában kb. 30 000 hallóidegrost van. A súlyos hallássérülteknél a működő hallóidegrostok száma 5–15%-ra csökkenhet, s e sejtek eloszlása a cochlea mentén nem egyenletes. Ezért csak korlátozott számú idegrost tud a cochleában alkalmazott elektromos ingerekre reagálni. Ezek egyénenként nagy változékonyságot mutatnak, egyesek kevés számú elektródával és magas stimulációs rátával érnek el jobb eredményt, mások ellenkezőleg. A személyes különbségek miatt az elektródák számát és a stimulációs frekvenciát egyénenként optimalizálni kell, erre különböző beszédkódolási stratégiákat alkalmaznak a rendszerekben (Lehnhardt, 1998).



12/3. ábra. A cochlearis implantáció külső egysége

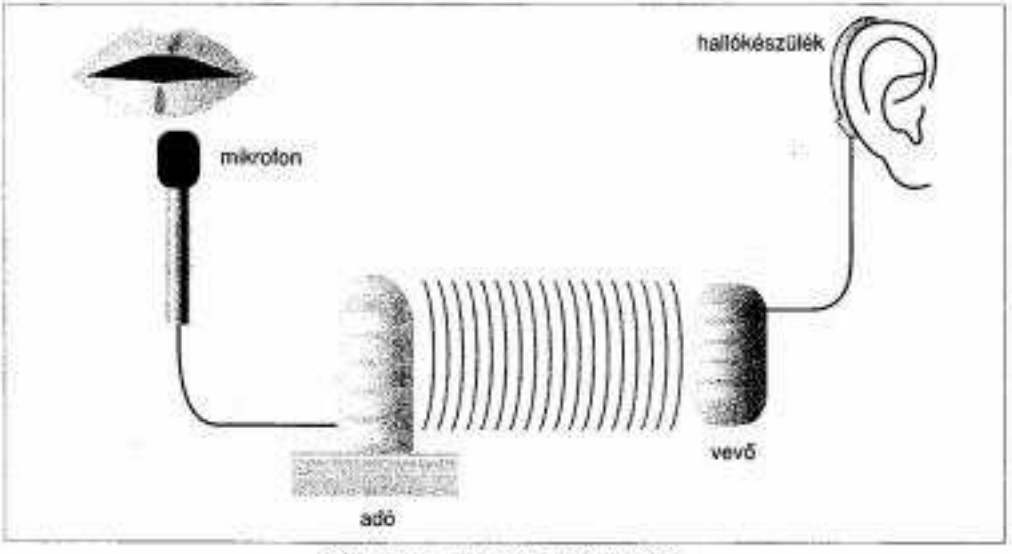
A cochlearis implantációs műtét sikeressége sok tényezőtől függ. Azok esetében, akik hallásukat a beszéd hallás útján való elsajátítása után vesztették el, szinte 100%-os beszédértést lehet elérni a szájról olvasás teljes kizárásával, ha a sérülést követően minél hamarabb kerül sor a műtétre. A veleszületett hallássérülésnél akkor várható a legjobb eredmény, ha a gyermeket minél fiatalabb életkorban operálják meg.

A HALLÓKÉSZÜLÉKHEZ CSATLAKOZTATHATÓ RENDSZEREK

A hallókészüléknek és a cochlearis implantátumnak különböző akusztikai környezetben is meg kell felelnie az elvárásoknak. A beszédértés feltételei jelentősen akadályozottak lehetnek, a túl erős háttérzaj gátolja, elnyomja a beszédjelek észlelését. Ahol az akusztikai feltételek nem ideálisak, a készülék hatékonysága csökken.

A hallókészülékek fejlesztésekor figyelembe veszik ezeket a szempontokat. A technika fejlődésével nagyobb lehetőség nyílik a természetes hallási feltételek biztosítására már hallókészülékkel is.

A hallássérült gyermekek számára a beszéddiszkriminációs képességet nagyban csökkenti a nem megfelelő hasznos jel és káros zaj aránya, ami különösen a többségi iskolába járóknak okozhat nehézséget. Az optimális beszédértéshez a beszélőnek a hallókészülék mikrofonjától kb. 30 cm távolságban kellene tartózkodnia, ebben az esetben a jel erősebb intenzitású, mint a környezetben előforduló zavaró zajok. Ez a feltétel csak akkor adott, ha a hallókészülékhez úgynevezett adó-vevő rendszert csatlakoztatunk. Ilyenkor az adót a beszélő viseli: ez egy mikrofon, amivel biztosítani lehet az optimális távolságot *(12/4. ábra)*. Az információ infravörös vagy ultrarövidhullámokkal jut a vevőbe, amely dekódolja az átvitt jeleket, melyek azután direkt audiocsatlakozással vagy mágneses indukciós hurok segítségével jutnak el a hallókészülékbe, ahonnan felerősítve a fülhöz kerülnek.



12/4. ábra. URH adó-vevő készülék

Számítógépes kiejtésjavító programok

A súlyos fokú hallássérülés esetén bizonyos frekvenciatartományok erősítése nem biztosítható (zömében a magas frekvenciaösszetevőjű mássalhangzók, pl. az s, sz hangok). Ezen hangok akusztikus úton történő meghallása részben vagy teljesen akadályozott, ilyen esetekben az artikuláció javítására, valamint a foglalkozások színesítésére számos programot fejlesztettek ki.

E programok elődei, az analóg rendszerű vibrotaktilis és optovizuális készülékek az 1940–70-es években jelentek meg. Legnagyobb hátrányuk, hogy a folyamatosan változó beszédhangok színképi analízise nem végezhető el ezekkel a rendszerekkel.

Részben digitális rendszereket fejlesztettek ki az 1970-es évek közepétől. Ezek pontosabb visszajelzésre és nagyobb teljesítményre voltak képesek, sőt, a digitális technika révén az adatok tárolása is lehetséges volt a segítségükkel (Neppert, 1989).

A fent említett eszközöket az 1980-as évek második felétől felváltották a számítógépen működő programok, amelyekkel már jelanalízist, jelfeldolgozást, a jelstruktúra átalakítását és az applikációs minta előállítását is el lehet végezni.

Ezek közül nemzetközileg a legismertebb a hallássérült kisgyermekek korai beszédfejlesztését segítő vizuális számítógépes rendszer: a *„Beszédtükör"* program. E programmal a gyermekeket a tudatos hangadásra, az optimális hangerő megtartására lehet ösztönözni, ezen túl segíti a beszédben a zöngés és a zöngétlen hangok elkülönítését. A kisgyermek játékosan tanulhatja meg a megfelelő hangmagasságot. A programban választható még a magánhangzók ejtésére irányuló gyakorlatcsoport is.

A *Varázsdoboz* (régebben használt elnevezése: *Beszédkorrektor*) egy, szintén IBM PC-kompatibilis számítógépen futó audiovizuális beszédoktató rendszer, mely segítséget nyújt hallássérült, valamint éphalló beszédhibás gyermekek és felnőttek helyes beszédképzésének kialakításában. A rendszer, a beszédképzéskor keletkező hang jellemző paramétereit szemléletesen, játékos formában jeleníti meg a számítógép képernyőjén. A program az újabb beszédkutatás eredményeit felhasználva a szurdologopédiai, logopédiai terápia hagyományos lépéseit követi. A hibás képzéskor megjelenő hangkép erősen eltér a helyes ejtésre jellemző hangképtől. Így a gyermek (vagy a rosszul beszélő felnőtt) látva saját rossz hangképét, illetve annak eltérését a normális ejtés hangmintasorától, hatékonyan rávezethető a helyes hangsor előállítására. Nagyothallók, siketek esetében ez a vizuális visszacsatolás az akusztikai visszacsatolás hiányosságait pótolja. A képi megjelenítéssel egy időben a korrekt módon ejtett hangminta – szótag, szó, mondat – hangszórón keresztül hallható.

A Varázsdobozzal végzett terápia része:

- a helyes kiejtés feltételeinek megteremtése;
- a helyes kiejtés rögzítése hangkapcsolatokban;
- a helyes kiejtés automatizálása (a helytelen beidegződések megszüntetése).

A modern oktató rendszer újszerűen és játékos módon segít a helyes kiejtés elsajátításában, mégis követve a hagyományos szurdopedagógiai és logopédiai módszertan szabályait (Vicsi–Farkas–Vassné–Keresztessy, 1993).

A Varázsdoboz alkalmazási lehetőségei:

A programot halló, súlyos beszédhibások és hallássérültek számára készítették, hiszen mindkét csoportnál fontos, hogy állandó vizuális és akusztikus megerősítést kapjanak. (A hallássérültek esetében a program használata akkor indokolt, ha csak artikulációs hibáik vannak, és kommunikációs képességük megfelelő. A program nem beszédfejlesztésre, hanem az artikuláció javítására szolgál.)

A halló beszédhibásoknál tulajdonképpen nem ad új információt, csak játékos-

sá teszi a gyakorlást. A súlyos beszédhibások számára – akiknek interdentális ejtési hibái vannak, akusztikusan nehezen differenciálnak – nagy segítséget nyújt. A súlyos hallássérültek esetében a program szerencsésen teszi láthatóvá azokat a hangokat, melyeket az egyéni hallókészülékek sem tudnak mindenki számára hallhatóvá tenni (s; cs hang 4–6 kHz - sz; c hang 6–8 kHz) (Keresztessy, 1995).

A Varázsdoboz a szurdopedagógusok, logopédusok és foniáter orvosok munkáját teszi hatékonyabbá és változatosabbá a helyes ejtés kialakításában és begyakoroltatásában, valamint azt is lehetővé teszi, hogy a gyermekek otthon, önállóan próbálkozzanak.

A hallássérültekkel foglalkozó szakemberek munkáját az utóbbi évtizedekben jelentős mértékben segíti a technika robbanásszerű fejlődése. Szinte naponta jelennek meg új fejlesztésű segédeszközök, diagnosztikai műszerek, melyekkel pontosabb diagnózist, és tökéletesedő ellátást tudnak biztosítani a rászorultaknak. Mindezek pedig gördülékennyé teszik a hallássérültek integrációját.

Irodalom

CSÁNYI Y. (szerk.) (1995) *Pedoaudiológia*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

KERESZTESSY É. (1995) *A beszédkorrektor-program használata*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 3., 205–207.

KERESZTESSY É. (1993) *A hallássérültek által használt technikai eszközök*. In: *Bevezetés a hallássérültek pedagógiájába*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

LEHNHARDT M. (1998) *Bővülő indikációs lehetőségek cochlearis implantációra*. Audiológiai vándorgyűlés, Szeged.

McCORMICK, B. (1996) *Paediatric Audiology 0-5 years*. Whurr Publishers, London.

NEPPERT, J. (1989) *Funktionsgeschichtlicher Abriss der Entwicklung von apparativen Sprechunterrichtshilfen vom Neubeginn nach dem Zweiten Weltkrieg bis zu den heutigen Computer-Systemen*. in: Csányi Y. (szerk.) (1995) *Tanulmányok a hallássérültek beszédérthetőségének fejlesztéséről*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 254–264.

PRIHODOVA J. (1998) *Testre szabott beszédkódolási stratégiák: klinikai aspektusok*. Audiológiai vándorgyűlés, Szeged.

PYTEL J. (1996) *Audiológia*. Victoria, Pécs.

VICSI K., FARKAS A., VASSNÉ KOVÁCS E., KERESZTESSY É. (1993) *Beszédkorrektor*. In: *Beszédgyógyítás*, 2–3., 13–20.

VONLANTHEN A. (1995) *Hearing instrument technology for the hearing healthcare professional*. Magánkiadás, Zürich.

13.

Mozgáskorlátozottság miatt módosult tanítás-tanulásszervezés speciális színtereken

Bevezetés

Mozgáskorlátozottság esetén a tartási és mozgási, valamint a cselekvési funkciók megváltozása, akadályozottsága és azok következményei befolyásolják a személyiség fejlődését. A mozgásszervi károsodás és a betegség patológiájának jellege (előrehaladó, állandó, javuló), a klinikai tünetek és azok súlyossága, az akadályozottság összessége befolyásolhatja a kognitív, érzékszervi, beszéd- és kommunikációs képességek kialakulását és fejlődését. Hatással lehet a megismerési funkciókra, a szocializáció egész folyamatára. Mindez a tanítás-tanulásszervezéshez sajátos feltételeket és különleges egészségi és pedagógiai gondozást tehet szükségessé.

A gyógypedagógia, ezen belül a gyógypedagógiának a mozgáskorlátozottak nevelésével, oktatásával foglalkozó speciális szakterülete *a szomatopedagógia*, a mozgásakorlátozottat egész személyiségében, képességeinek összességében értékeli és rehabilitációs szükségletei szerint vonja be gyógypedagógiai hatásrendszerébe. A szomatopedagógiai nevelés célja az eredményes fejlődés, a tanulás, a sikeres társadalmi beilleszkedés segítése (Benczúr, 1987).

A szomatopedagógiai rehabilitáció minden esetben személyfüggő és komplex személyiségformáló folyamat, amelyben a terápia, a nevelés, az oktatás összehangoltan és differenciáltan van jelen az életkortól és az akadályozottságtól függően (Benczúr, 1987; 1994; 2000).

Történeti előzmények

Míg külföldön már a 19. században elindul a mozgáskorlátozott gyermekek intézeti ellátása, addig Magyarországon ennek kezdete csak a 20. század elejére tehető. A „nyomorék" gyermekek ellátása kezdetben menhelyi formában, egyházi vagy alapítványi keretek között történik.

Münchenben 1832-ben mesterségre tanítás céljából létesült intézmény, a Koppenhágában 1872-ben alakult intézetben bennlakó és bejáró gyermekek voltak, és ott már műhelyeken kívül klinikát és iskolai osztályokat is találunk. A koppenhágai példa után egyre-másra alakultak Európa-szerte „nyomorék" gyermekek intézetei,

Olaszországban és Franciaországban a rachitises gyermekek számára is (Verédy, 1904; Eisler, 1911).

Nálunk Rothfeld Richárd 1902-ben tudósít arról, hogy külföldön menhelyeket alapítanak „nyomorékok" részére és hogy „a nyomorék gyermekeket ápolnunk, megmentésükről, tanittatásukról, esetleg gyógyittatásukról, mindenesetre pedig orvosi felügyeletükről" itthon is gondoskodni kell (Rothfeld, 1902, 11–13.).

A külföldi tapasztalatok alapján azután Magyarországon Rothfeld Richárd 1903-ban létrehozta a „Nyomorék Gyermekek Egyletét és Menhelyét", amely 1913-tól „Nyomorék Gyermekek Országos Otthona" néven szerepel. Alapszabályában kinyilvánítja, hogy „mindkét nembeli gyermekeket testileg és szellemileg kiképezni, illetve ellátásban, orvosi kezelésben és nevelésben részesíteni, esetleg mesterségre" tanítani szükséges (Nyomorék Gyermekek Menhelye alapszabály-tervezet 3. paragrafus, 1902). (Nádas, 1994, 5.)

A 20. század elején kezdi meg tehát működését az első olyan intézmény Magyarországon, amely mozgáskorlátozott gyermekek nevelésére, oktatására hivatott.

A mozgáskorlátozottak iskoláztatása Magyarországon mindig gyógypedagógiai feladat volt, annak ellenére, hogy a század első évtizedeiben a népoktatási törvény erre nem tér ki, és a szakmai publikációkban sem nevesítik őket. Pl. az 1894 óta működő „Siketnémákat Gyámolító Egyesület" 1896-ban a „Testi és szellemi fogyatkozásban szenvedőket gyámolító egyesület"-té bővül, a valóságosan *„testi fogyatkozásban szenvedőket"* azonban nem vonják be az egyesületbe, mint ahogy az 1898-ban hivatalosan is életbelépő *„gyógypedagógia"* gyüjtőfogalom sem terjed még ki rájuk, egyelőre csak *„a siketnémákat, a vakokat, a hülyéket és gyengeelméjüeket, dadogókat és hebegőket"* sorolják e fogalom körébe (Gordosné, 1994, 17.). Majd Ranschburg Pál lesz az (1909-ben), aki szerint a gyógypedagógia kompetenciája kiterjed rájuk is, sőt a központi idegrendszeri eredetű mozgáskorlátozottságokra is (Gordosné, 1994, 24.).

A mai Mozgásjavító Általános Iskola és Diákotthon (Budapest., XIV. Mexikói út 60.) jogelődje ma is korszerűnek mondható rehabilitációt végzett a 20. század elején azzal, hogy az otthonban a „tanít-gyógyít-kiképez" programot hirdette meg (Nádas, 1993; 1994). A jelen mozgáskorlátozott tanulóinak életkor- és sérülésspecifikus gyógypedagógiája ennek az intézménynek a tapasztalataiból, szakmai munkájából alakult, fejlődött és fejlődik a mai napig. A hagyományok folytatásaként teljesedett ki a mozgáskorlátozott gyermekek korszerű gyógypedagógiai rehabilitációja, amelyet ma *szomatopedagógiának* nevezünk (Benczúr, 2001).

A KÜLÖNLEGES GONDOZÁS SZÜKSÉGESSÉGE ÉS A SZOMATOPEDAGÓGIAI MEGSEGÍTÉS SZÍNTEREI A NEVELÉSBEN ÉS AZ OKTATÁSBAN

Az 1993. évi LXXIX. közoktatási törvény a *testi fogyatékos (mozgáskorlátozott) gyermek* számára is biztosítja a különleges gondozáshoz való jogot attól kezdődően, hogy fogyatékosságát megállapították, valamint azt, hogy óvodai és iskolai nevelését, oktatását külön erre a célra létrehozott gyógypedagógiai oktatási intézményben, vagy a többi gyermekkel, tanulóval együtt integráltan teljesítheti.

A különleges gondozásban integrálódik minden rehabilitációs, pedagógiai és egészségügyi célú tevékenység. A folyamat része mozgáskorlátozottság esetén az állapotfelmérés, a fejlesztő diagnosztika, a rehabilitációs, pedagógiai és egészségügyi célú terápiák egyaránt a mozgáskorlátozottság okozta tanulási hátrányok csökkentése, a tanuló felzárkóztatása, a sikeres oktatás elősegítése érdekében.

A speciális, mozgásjavító intézmények a testi fogyatékos (mozgáskorlátozott) gyermekek óvodai és iskolai nevelésében a különleges gondozást, a pedagógiai és az egészségügyi célú rehabilitációt minden esetben a gyermek életkora és fogyatékossága szerint szervezik, aminek részleteit „A fogyatékos gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a fogyatékos tanulók iskolai oktatásának tantervi irányelve" (továbbiakban: *Irányelvek*) ide vonatkozó részei alapján a helyi pedagógiai programok és tantervek fogalmazzák meg (NAT Irányelvek, 1968).

A mozgáskorlátozott gyermekek integrált óvodai és iskolai nevelése a hazai gyakorlatban is jelen van. A gyógypedagógiai intézményi háttérre azonban akkor is szükség lesz, ha a mozgáskorlátozott gyermekek integrált nevelése általánossá válik. Tapasztalataink szerint a speciális intézményi ellátásnak számos oka lehetséges, így pl. mindenekelőtt az egyéni szükségletek, a családi háttér, a speciális segítés helyi megoldatlansága, a feltételek hiánya stb.

A hazai gyakorlatban a mozgáskorlátozott gyermekek iskolai nevelése-oktatása tehát többféle színtéren, többféle módon történik. A gyógypedagógiai megsegítést így különböző színtereken és különböző formában valósítjuk meg: a korai fejlesztési, a bölcsődei, az óvodai színtereken a többi gyermekkel együtt, teljes vagy részleges integrációban, külön csoportban vagy egyénenként, illetve mozgásjavító intézményekben vagy társfogyatékosság (halmozott fogyatékosság) esetén egyéb gyógypedagógiai intézményekben bejáró tanulóként vagy diákotthonban lakóként. Az ép értelmű és a tanulásban akadályozott mozgáskorlátozott gyermekek részére országos szinten is működnek „mozgásjavító" iskolák (Budapest, Mexikói út 60. és Sály, Gárdonyi Géza utca 18.) diákotthonnal együtt. Az értelmileg akadályozott mozgáskorlátozott gyermekek a fő fogyatékosságuknak megfelelő gyógypedagógiai intézményekben tanulnak szomatopedagógiai megsegítéssel.

Családban élő, súlyos fokban mozgáskorlátozott tanulók magántanulóként is tanulhatnak. A halmozottan és súlyosan sérült mozgáskorlátozott gyermekek iskolai

oktatása is megoldott (Mozgásjavító Általános Iskola „Csillagház" Tagozata, Budapest, III., Rábi Mátyás utca 16.). A családban élő súlyosan és halmozottan fogyatékosok ellátása nappali intézményekben is történhet, (fejlesztő napközi otthonokban), az egészségügyhöz tartozó ápoló-gondozó otthonokban bennlakással is, ahol a gyermekek a közoktatási törvény által előírt „képzési kötelezettség" címen kapják meg a speciális fejlesztést, gondozást.

Fontos még megemlíteni a mozgáskorlátozott gyermekek *korai ellátását*. A mozgáskorlátozottság diagnosztizálása és a korai orvosi ellátás első lépésben az egészségügyhöz tartozóan a korai neuroterápiás centrumokban (decentrumokban), rehabilitációs gyermekosztályok keretében történik. Az utóbbi években terjedőben van az egészségügyi szakellátáson belül is a gyógypedagógiai megsegítés. A legkoraibb ellátást követően a korai fejlesztéssel foglalkozó alapítványok, napközi otthonok is szerepet kapnak, napközbeni ellátással vagy ambuláns formában, kiscsoportos vagy egyéni fejlesztéssel.

A mozgáskorlátozott fiatalok általános iskola után középiskolában, szakiskolában bejáró, bennlakó tanulóként tanulhatnak tovább. A továbbtanulás, szakmaszerzés idejére kollégiumi ellátást, illetve bennlakásos továbbtanulást tesz lehetővé a mozgáskorlátozottak szociális intézménye (Mozgássérültek Állami Intézete, Budapest, II., Marczibányi tér 3.), valamint a rehabilitációs szakképző intézmények (Nemzeti Gyermek és Ifjúsági Közalapítvány Szakképző, Speciális Szakképző Iskolája és Kollégiuma, Nyíregyháza). Ezekben az intézményekben esti vagy kihelyezett tagozatú középiskolai oktatásra, szakmatanulásra van lehetőség, mint például számítástechnikai szoftverüzemeltető, háztartásigép-szerelő, számítógép-kezelő, optikai üveg csiszoló stb. szakemberképzésre, a szakmunkásképzésre fogyatékosság-specifikusan adaptált képzési programok alapján.

Az ezekbe az intézményekbe kerülő fiatalnak pályaalkalmasssági vizsgálaton kell résztvennie.

A felsőoktatás is nyitva áll a mozgáskorlátozott fiatalok számára, speciális megsegítésük rendszere, módszertana kialakulóban van.

A mozgáskorlátozott személyek komplex vizsgálata és a különleges gondozáshoz való jog, valamint az ellátás formájának és tartalmának megállapítása az országszerte működő tanulási képességeket vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságokban, valamint a *Mozgásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottságban* (1145 Budapest, Mexikói út 60.) történik.

Szomatopedagógia speciális intézményi keretek között

A mozgáskorlátozottság oka és a sérülés, károsodás következményei a motorikumra, a kognitív képességekre, a szocializáció egész folyamatára egymástól lényegesen eltérő szintű akadályozottságot okozhatnak, ezért egymástól lényegesen eltérő szintű tanítás-tanulásszervezési feltételek szükségesek.

A szomatopedagógiai tevékenység a gyógypedagógiai megsegítésnek a mozgáskorlátozottakra irányuló komplex rehabilitációs fejlesztési, nevelési, oktatási változata. Komplex terápiás folyamat, amely az életkori sajátosságoknak megfelelően, de a mozgáskorlátozottság okozta speciális feltételek között, sérülésspecifikusan törekszik az egész személyiségfejlődés pozitív irányú befolyásolására (Benczúr, 1987; 1988).

Az úgynevezett mozgásjavító gyógypedagógiai intézmények tehát a mozgáskorlátozott gyermekek speciális gyógypedagógiai nevelési, oktatási intézményei, amelyek alapvetően a közoktatási intézmények feladatait oldják meg a sérülésspecifikus szervezési, oktatási, tartalmi szempontokat is figyelembe véve. Az intézmények célkitűzése a tanulók esélyegyenlőségének elősegítése, a sikeres tanulás feltételeinek biztosítása, az, hogy a mozgáskorlátozottság ellenére is önálló, munkaképes felnőttek lehessenek.

A TANÍTÁS-TANULÁSSZERVEZÉS TÁRGYI FELTÉTELEI

„Mozgásjavító" környezeti adaptáció

A tanulók megváltozott és egymástól meglehetősen eltérő motoros képességei, a helyzet és a helyváltoztatás akadályozottsága és különbözőségei (járógép, támbot, hónaljmankó, kerekesszék használata) az átlagtól eltérő környezeti feltételeket kívánnak.

A mozgásjavító iskolákban a hozzáférhetőség-megközelíthetőség-elérhetőségbiztonság elve érvényesül (Polinszky, 1997). Mind a vízszintes, mind a függőleges közlekedésben, a különböző cselekvésekben az intézmény sajátos tárgyi feltételekkel, a környezet akadálymentesítésével segíti a tanulók mozgási önállóságát (MEOSZ, 1998). Igyekszik megoldani épületen belül, az osztályban a mobilitást, ezáltal a közösségi életben való részvételt. A tanulók önállóságát segíti a makro- és a mikrokörnyezet oly módon, hogy a külső és a belső környezetet a lehetőségekhez képest akadálymentesítették. Megoldották az épület és belső részeinek megközelítését, a különböző berendezésekhez a biztonságos hozzáférhetőséget, pl. a gyermekek szállításához, iskolai vagy osztálykirándulásokhoz adálymentesített szállítóeszközöket, rámpával, emelőszerkezettel, belső rögzítésekkel felszerelt autóbuszokat vesznek igénybe.

Rámpák, esetleg külső liftes megoldások segítik, hogy az épületbe bejuthasson a kerekesszékkel vagy a járást segítő egyéb gyógyászati segédeszközzel közlekedő tanuló.

Az épületen belüli közlekedést megkönnyíti a szokásosnál szélesebb folyosó és ajtó, a lépcső helyett kialakított lejtő, valamint a tágasabb lift. A liftek kezelőbombja könnyen elérhető, vagy érzékelőkkel vannak felszerelve, így az emeletre is segít-

ség nélkül juthatnak el a tanulók. Például elektromos kerekesszékben a megfelelő érzékelővel vagy gombokkal ellátott liftet még fejkopogtatóval is önállóan tudják a legsúlyosabb mozgású tanulók is használni.

Az osztálytermek elhelyezése és berendezése is a tanulók mobilitását szolgálja. A falitábla elhelyezése igazodik a kerekesszékben ülő tanulók ülésmagasságához. A faltól távolabbra szerelték a táblát, hogy a székkel „alá állhassanak" és írhassanak rajta, a táblamagasság változtatható.

Egyénileg kialakított tanulópadok állnak rendelkezésre (munkapadok az asztal és az ülőfelület magasságának összehangolásával, megtámasztott ülésmódok lehetőségével; az asztallap dőlésszögének, a karok helyzetének a szem-kéz koordinált működéséhez és a fejtartás beállításához) specális székekkel. Súlyosan mozgáskorlátozott tanulóknál a helyes pozicionálás az egyéni kívánalmak szerint történik, a biztonságos helyzet elérését a törzs stabil megtámasztásával érjük el. A tanulásban való résztvételt *fekvő*, vagy speciálisan kialakított *ülő testhelyzetet biztosító modulok* segítik (pl. kerekesszékben elhelyezett, egyénileg kialakított szivacsbetétekkel). A biztonságos testhelyzettel érjük el, hogy a teljesítmény jobb legyen, mert így a tanuló figyelme nem a testhelyzet megtartására, hanem a tanulásra irányul.

Egyéni személyspecifikus gyógyászati és rehabilitációs eszközök alkalmazása

A tanuló funkcionális képességeit befolyásoló egyéni (gyógyászati és rehabilitációs) technikai eszközök is segítik a tanítást-tanulást.

A *gyógyászati segédeszközök* testközeli eszközök, a tanulók tartási és mozgási funkcióinak a javítására, korrekciójára szolgálnak – járógépek (ortézisek), művégtagok, ortopéd cipők, a gerincet támasztó készülékek, fűzők, egyéb rögzítő-támasztó eszközök –, használatuk szakorvosi javaslatra történik. Gyakran csak ezek az eszközök teszik lehetővé a tanulók helyzet-, illetve helyváltoztatását, mobilitását.

A *rehabilitációs eszközök* és *segítő megoldások* a kiesett funkciók pótlását, valamilyen tevékenység elvégzését, a testhelyzet megtartását, a helyváltoztatást, a munkát, az oktatást, a játékot stb. segítik (Benczúr, 1984a; 2001). Ezek az úgynevezett testtávoli eszközök, ide sorolhatóak a speciálisan kialakított ülő-modulok, a járást segítő támasztóeszközök (támbotok, mankók), járókák is. A különböző felsővégtag-kéz sérülésekhez és fogásmódokhoz adaptált íróeszközök, a speciálisan kialakított fogantyúk, pl. gombos fogóval ellátott vonalzók, gömbvégű, vagy vastagított fogású tárgyak, ecset, ceruza, radír stb., a megváltozott kézmozgásokhoz és fogásmódokhoz alkalmazkodnak és a tanulók írását segítik vagy teszik lehetősé (Fótiné, 1995; Bernolákné, 1995).

A manipulációt segítő speciális testhelyzet és a speciális íróeszköz összehan-

golása az oktatási folyamatban a tanítás-tanulás egyéni szervezését kívánja a pedagógus napi gyakorlatában. Különleges oktatási feltétel lehet a tankönyvek rögzítése, az eltérő vonalazású füzetek használata is. A kezeit nem használó és a beszédben is akadályozott tanuló esetében speciális klaviatúrájú számítógépet használunk az oktatáshoz, súlyosabb mozgáskorlátozottság esetén a számítógép működtetését speciális eszközzel egészítjük ki, pl. a fejre szerelhető pálcával (Fótiné, 1999).



13/1. ábra. Személyi függetlenséget segítő technikai és környezeti feltételek

A kommunikáció technikai segítése az adott helyzet függvénye. A kommunikáció motoros akadályozottságtól függő augmentatív eszközei szintén az oktatás segítésének speciális tárgyi feltételeit jelenti a mozgásjavító intézményekben.

Az önkiszolgálást, az ún. ADL funkciókat (activities of daily living, mindennapos tevékenységek) segíti a mellékhelységek (WC, mosdó, fürdőszoba) megközelíthetősége kerekesszékkel és a vizes helyiségek belső elrendezése, akadálymentesítése is. A súlyosabb mozgásállapotú tanulók ellátását vagy önállóságát különlegesen felszerelt fürdőszobákkal oldjuk meg (változtatható mosdó magassággal, eltérő működtetésű vécékkel, "egykezes" önkiszolgálást segítő megoldásokkal). Speciális fürdőszobák a legsúlyosabb gyermekek ellátását is lehetővé teszik, például a hidraulikus emelők a fürdetéshez, speciálisan kialakított zuhanyozók, csúszászmentes padlózat stb. *(13/1. ábra)*.

Egyéb környezeti és tárgyi feltételek

Az intézmény speciális rehabilitációs feladatainak ellátása a többségi iskoláktól eltérő különleges helyiségekben történik, amelyeket szintén sajátos eszközökkel szereltek fel. Így pl. a mozgásnevelés helyiségei és a terápiát szolgáló berendezései, a logopédiai és kommunikációs szaktantermek, a sportfoglalkozások tantermei, a szubakvális (víz alatti) torna és a fizikoterápiás kezelések helyiségei vagy a tankonyha adaptált berendezési tárgyakkal és eszközökkel, a gépi írás tantermei speciális taneszközökkel teszik lehetővé a tanulók terápiás foglalkoztatását, személyi mozgásos függetlenségük kialakítását, gyakorlását (Benczúr, 1988).

Az oktatás strukturális és tartalmi módosulásai

A mozgáskorlátozottak nevelése, oktatása a sajátos kiegészítések, módosítások ellenére megegyezik a többségi nevelés, oktatás alapvető céljaival, rendszerével.

Az oktatási szerkezet sérülésspecifikus módosulásai a beiskolázott tanulók értelmi, mozgásbeli állapotához, valamint az egyéb fogyatékosságok és az egészségkárosodás okozta rehabilitációs szükségletekhez alkalmazottak, azaz többlet szolgáltatásokra, speciális tárgyi és személyi feltételekre, egyéni bánásmódra van szükség.

Az oktatás időbeli módosításai főként az óraszámok, az egyéni fejlesztés és a korrekciós foglalkozások számának emelésében, a képzési idő növelésében jelentkeznek.

Az oktatás tartalmi módosításai új tantárgyak bevezetésében, pl. mozgásnevelés, logopédia, kommunkációs óra, gyógylovaglás, úszás, szubakvális torna, az egyes műveltségi területek, tantárgyi tartalmak anyagának csökkentésében, illetve módosításában jutnak leginkább kifejezésre (NAT Irányelvek, 1997, 19–23.).

Iskolai nevelés, oktatás a mentálisan ép, mozgáskorlátozott gyermekek speciális iskolájában

Az iskolába a Mozgásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, valamint az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Szakmai Szolgáltató Központ javaslata alapján kerülnek a tanulók (Általános Iskola és Diákotthon, 1145 Budapest, Mexikói út 60.). A kezdés előtt a tanulók résztvesznek az iskola által szervezett „Barátkozó találkozó"-n, ahol a gyermek, a szülő és a pedagógus megismerkednek egymással és a szakemberek a szülővel együtt alakítják ki, beszélik meg a gyermek számára leghatásosabb fejlesztési programot.

Az iskolai fejlesztés szakaszai megegyeznek a Nemzeti alaptanterv (NAT) pedagógiai szakaszaival, a tanulók eltérő igényei miatt némi módosulással.

A mozgáskorlátozottság jelentős eltéréseket okozhat a fejlettségi szintben, ezért indokolt az *előkészítő szakasz* (2 év), amely óvodai tagozatként működik. Tartalma egy készségfejlesztő év és egy iskolai életmódra felkészítő év. Ha a mozgáskorlátozott gyermek nem járt óvodába, az iskolai életre felkészítés tartalmazza azokat a kiegészítő rehabilitációs foglalkozásokat, amelyek elősegítik a gyermekek beilleszkedését az iskolai életbe, fejlesztik a tanulási képességeket, kialakítják a tanulás lehetséges formáit.

A helyi pedagógiai program alapján a pedagógiai szakaszok hosszabb idősávban is szerveződhetnek.

Az *alsó tagozat* a hagyományos 4 éves képzésben történik.

A felső tagozat normális vagy nyújtott időbeni szervezése, az osztálylétszámok csökkentése, a sérülésspecifikus segítségnyújtás és az egyéni fejlesztés, differenciált oktatás beépül az intézmény helyi tantervébe.

A *nyújtott felsőtagozat* felzárkóztató és 5–8 osztályból áll, vagyis a tanulók hosszabb idősávban, 5 év alatt teljesítik az 5–6–7–8. osztály tananyagát a normális és a nyújtott tagozat közötti átjárhatóság megtartásával. A nyújtott tagozatról az iskola belső szakértői csoportja dönt; az átjárhatóság bármely évfolyamon lehetséges.

Adaptációs csoport azoknak a tanulóknak működik, akik később kerülnek az intézménybe és szaktárgyi lemaradásuk, mozgásállapotuk intenzív felkészítést kíván az iskolai életbe illeszkedéshez. Időtartama egy év.

A mozgásjavító iskolák kerettanterveiben az egyes tantárgyi területekhez rendelt képességek fejlesztésének útja, módja és időtartama mindenkor a tanulók fejlődésének függvénye.

A Nemzeti alaptanterv (NAT) közös és általános követelményei a sérülésből adódó lehetőségek figyelembevételével valósulnak meg, kiegészülve a mozgáskorlátozottságból adódó kompenzációval. A nevelő-oktató munkához kapcsolódó szervezési specifikumok a *csoportbontásokban* (rajz, technika, gépírás, számítástechnika, angol, mozgásnevelés stb.), az *alacsonyabb osztálylétszám*okban (6–12 fő), és az ismeretek elsajátítására, begyakorlására szánt *több idő megállapításában* jelennek meg.

Speciális foglalkozások tanórai formában: gépírás-gépi írás, egyéni fejlesztő foglalkozások, életvitel-, sérülésspecifikus tankonyha, mozgásnevelés.

Speciális foglalkozások nem kötelező tanórai keretben: egyéni mozgásnevelés, sérülésspecifikus korrekció, korrekciós nevelés (pl. segédeszköz használatának tanítása, osztályban egyéni megsegítés stb.), adaptált sportköri foglalkozások.

Speciális foglalkozások szakszolgálati feladatban: logopédia, ergoterápia (Mozgásjavító Általános Iskola és Diákotthon, Pedagógiai program, 2001).

A mozgásjavító iskolákban mindenütt a kerettantervek tartalmai és követelményei a mérvadóak, minden más a tanulók egyéni szükségleteinek a függvénye. Például a testnevelés és sport műveltségtartalom elemei, feladatai kiegészülnek a gyógytorna és a fizikoterápia módszereivel és eljárásaival, a testnevelés és sport adaptált mozgásanyagával, a mindennapos tevékenységek, a személyspecifikus gyógyászati és rehabilitációs eszközhasználat tanításával. A fejlesztési követelmények jelentős eltérései miatt pl. a testnevelés tantárgy helyett a mozgásjavítást szolgáló *mozgásnevelés tantárgy* van (NAT Irányelvek, 1997).

A kommunikációs problémák megoldása, a tanulók logopédiai fejlesztése sajátosan valósul meg a mozgáskorlátozottak tanításában. A logopédiai foglalkozások a diszlexia, a diszgráfia, a dizartria, valamint a mozgássérüléstől független beszédhibák javítására szolgál.

Beszédképtelenség, vagy súlyos beszédzavar esetén, különösen ha a kézfunkció írásra nem vagy nehezen alkalmazható, a kommunikáció és az oktatás egyéni technikai megsegítéssel, alternatív segítő technikákkal történik. Az olvasás- és írástanítás egyéni tempóban és egyénre szabott segédeszköz kiválasztásával történik. Pl. egyéni gépi írás tanításására kerül sor. A számítástechnikai oktatás is egyénre szabott, adaptált eszközzel (pl. speciális egérrel, klaviatúra-védővel vagy fejkopogtatóval), magas óraszámban történik.

A TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTT MOZGÁSKORLÁTOZOTT GYERMEKEK OKTATÁSA

A tanulásban akadályozott mozgáskorlátozott tanulók egy része speciális, gyógypedagógiai intézményben tanul, a sályi mozgásjavító iskolában (Sály, Gárdonyi Géza utca 18.). Az iskola diákotthonnal működő országos intézmény. Helyi tantervében a műveltségi anyag és a követelményrendszer tekintetében a tanulásban akadályozottak iskoláihoz igazodik, minden más téren a tanulók mozgásállapota az irányadó a tanítás-tanulás megszervezésében, azaz ugyanazok a (környezeti, tárgyi, személyi, mozgásnevelési stb.) speciális feltételek adottak, mint más mozgásjavító iskolákban.

A HALMOZOTTAN FOGYATÉKOS, SÚLYOS MOZGÁSKORLÁTOZOTT GYERMEKEK SZOMATOPEDAGÓGIÁJA ISKOLAI KERETEKBEN

A halmozottan és súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek tanítás-tanulásának szervezése egész napos foglalkoztatás keretében történik, képességek szerint alakított csoportokkal, tantárgyi tömbösítéssel (pl. munkatevékenység, művészeti nevelés), vagy egyéni foglalkozás keretében kompenzáló technikák tanításával (pl. önellátás, kommunikáció, részképességek fejlesztése).

Az egyéni korrekciós órák keretében is az egyes részképességek fejlesztése történik. Komplex egyéni fejlesztésben azok részesülnek, akik csak egyénileg fejleszthetők-oktathatók.

A halmozottan és súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek fejlesztése szolgálatában a számítógépes oktatás alkalmazása különösen jelentős. Ez a beszédképtelen gyermekek beszédének helyettesítését, a beszéd kiegészítését jelentheti. Egyénre szabott, kiválthatja a kézírást, nemcsak az oktatást, hanem a tágabb környezettel való érintkezést is segíti. Az alternatív kommunikáció érdekében képeket, piktogramokat, Bliss-nyelvet, kommunikátorokat, betűkockákat és betűtáblákat, szó- és mondatkártyákat, beszédgenerátort, számítógépes kommunikációs programokat alkalmazunk. Az alternatív írás egyéni fejlesztés vagy korrekció formájában történik, alternatív kommunikáció logopédiai vagy egyéni fejlesztés keretében. A számítógépes oktatásnál az akadályozott kézmozgások, vagy beszéd miatt különböző adaptációk lehetségesek. A kezet helyettesítő megoldások: fejre szerelhető mutatópálca, nagy- és kisméretű klaviatúra, lábbal vagy könyökkel működtethető klaviatúra, egérkiváltó és nagyméretű egér. A beszédet helyettesítő adaptációk pl. a beszélő adapter, a beszélő és a beszédellenőrző programok. A számítógéphasználat megjelenik a mindennapok praktikumában, a beszélgetésekben, gondolatok, kérések, problémák közlésében, a tantárgyi oktatásban, a tananyag feldolgozásban, írásbeli és szóbeli feladatok megoldásában, a gyermekek tudásának az ellenőrzésében (Dombainé, 1998).

Az intézmény képzési kínálata nagyon gazdag. Az iskolai oktatás itt is pedagógiai szakaszokban történik.

Az előkészítő szakasz készség- és képességfejlesztő, valamint iskolai életre előkészítő évfolyamokból áll (1 vagy 2 tanév).

Az alsó szakasz (1–4. évfolyam, 5 év alatt) 1., 2. és felzárkóztató évfolyam. A haladási tempó lassú, a felzárkóztató évfolyammal az alsó szakasz 2 évfolyamának anyaga 3 év alatt végezhető el. A 3. és 4. évfolyam intenzívebb fejlesztés az elemi ismeretek körében, az olvasás, írás, számolás területén, mozgásnevelés, önkiszolgálás, a környezet megismerése, gépi írás, számítástechnikai megalapozás stb.

A *középső szakaszban* (5–6. évfolyam) intenzív fejlesztés tantárgyi formában, a munkatevékenység körének bővülése, a szocializáció fejlesztésének hangsúlyossága a jellemző.

A felső szakaszban, az úgynevezett *orientációs* szakaszban (7–8. évfolyam, 2 év) a továbbtanulás előkészítése, a szocializáció, a kézműves foglalkozások kiemelésre érdemesek.

A *terápiás fejlesztő csoport*ban (8 év) a tankötelés korú, súlyosan és halmozottan sérült, mozgáskorlátozott gyermekek iskolai keretek közötti foglalkoztatása folyik. A csoportban egyénre szabott terápiás fejlesztő eljárások alapján történik a tanítás. A tanulók a csoport részére kidolgozott program és egyéni fejlesztési tervek alapján haladnak. Az egyéni fejlesztési terv alapján haladó tanulók írásbeli értékelést kapnak, vagy részletezett osztályzatot, és amennyiben behozták lemaradásukat, további fejlesztésük saját csoportjuknál folytatódhat. Terápiás fejlesztő csoportba csak azok a tanulók kerülhetnek, akik már a Csillagház tanulói.

A tanítás tartalmából a műveltségi területek közül kimarad az élő idegen nyelv, az életvitel és a gyakorlati ismeretek helyett *munkatevékenység*, testnevelés és sport helyett *mozgásnevelés*, informatika helyett *informatika és gépi írás*, művészetek helyett *komplex művészeti nevelés* jelenik meg mint műveltségi terület.

Speciális foglalkozások a logopédia, beszédterápia, alternatív, augmentatív kommunikáció, egyéni korrekció, egyéni fejlesztő programok, kompenzáló technikák és egyéni mozgásnevelés, evés-ivásterápia. A rehabilitációs foglalkoztató terápia (ergoterápia) a lehető legteljesebb önállóság elérését célozza meg.

Az iskola napközi otthonos rendszerben működik, egész napos munkarendben. Az iskolában 12 csoport van, a csoportok létszáma legalább 3, legfeljebb 5 lehet (Mozgásjavító Általános Iskola Csillagház Tagozat, Pedagógiai program, 2001). A tanulókat iskolabuszok szállítják az iskolába otthonról, ritkább esetben a központi iskola diákotthonából.

Pályairányítás, a további életpálya segítése

A pályaválasztás segítése, irányítása az osztályfőnök mellett az iskolában tanító pedagógusok közös feladata, természetesen bevonva ebbe a nevelési folyamatba a tanulókat és a szülőket egyaránt. Fontos a tanulók ismereteinek, képességeinek, a reális lehetőségeknek a felmérése és azok elfogadtatása. Az önállóság és a saját sorsot irányító aktivitás, a képesség a saját adottságok felméréséhez és azok egyeztetése az elképzelésekkel és a lehetőségekkel a későbbi boldogulás és elégedettség feltétele minden ember életében. Ennek az igényes megvalósítása felső tagozatos tanulók esetében központi feladat. A tanulók pályaválasztását az iskolák Módszertani Központja, valamint a Mozgássérültek Állami Intézete vizsgáló csoportjának javaslatai is segítik. Az iskola a szülőkkel és a tanulókkal együttműködve minden végzett diákjának továbbtanulását, elhelyezését segíti.

A MOZGÁSNEVELÉS MINT PEDAGÓGIAI ÉS EGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ REHABILITÁCIÓ

A TESTNEVELÉS ÉS SPORT MŰVELTSÉGTERÜLET MÓDOSULÁSA

A mozgásjavító iskolákban a testnevelés tantárgy helyett mozgásnevelési óra van. Az iskolai fejlesztés teljes időtartama alatt kiemelt feladat a mozgásnevelés, az a komplex rehabilitációs hatásrendszer, amely ötvözi a sérült tartási és mozgási funkciók helyreállítását célzó gyógyító és a motoros képességek fejlesztését szolgáló pedagógiai eljárásokat, s e feladatokat integrálja a tanítás-tanulás folyamatába. Mindezek speciális tárgyi, személyi és tartalmi módosításokkal járnak.

A mozgásnevelés tantárgy a mozgáskorlátozott tanulók gyógytornájának, adaptált testnevelésének és sportjának, tevékenységtanításának tanterви órája. Mozgásnevelés egyéni és csoportos foglalkozások formájában, tornateremben és uszodában történhet. A mozgásnevelés speciális célú foglalkozási formái a speciális képességfejlesztő órák is, pl. finommotoros fejlesztés, helyzet- és helyváltoztatás fejlesztése, ergoterápiás foglalkozások.

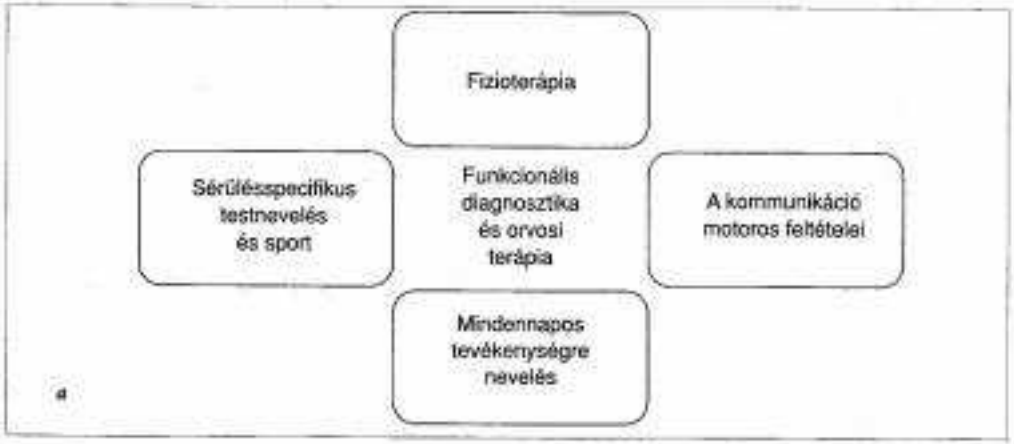
A mozgásnevelés aktuális feladatait és tananyagát a mozgásszervi betegség jellemzői, a létrejött mozgásos akadályozottság és a terápiás-rehabilitációs cél befolyásolja (Benczúr, 1984b, 2001). Például a végtaghiányos 5 éves gyermek mozgásnevelése más eljárásokat kíván, ha az alsó végtag részleges vagy teljes hiánya áll fenn, és a gyermek helyzetváltoztatásának kialakítása a megfelelő művégtag ellátástól, és a járás megtanulásától függ, vagy más eljárások szükségesek, ha a tanuló karja és keze bénult és a felső végtag funkcióinak kiesése miatt alapvetően akadályozott a nyúlásban-megfogásban-eszközhasználatban. És mások a mozgásnevelés feladatai és eljárásai akkor, ha a tanuló izomsorvadása nagyfokú progressziót mutat *(13/2a–c ábra)*.

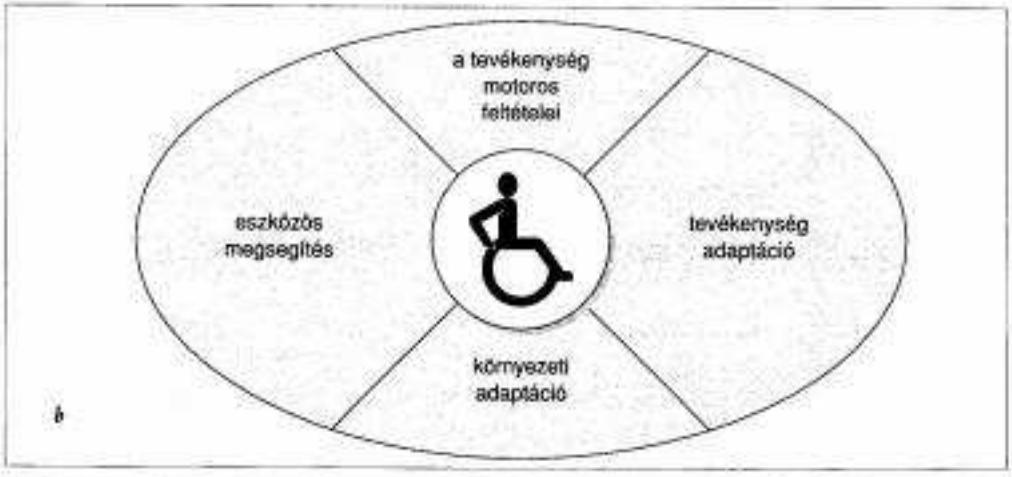
A GYÓGYTORNA ÉS A FIZIKOTERÁPIA

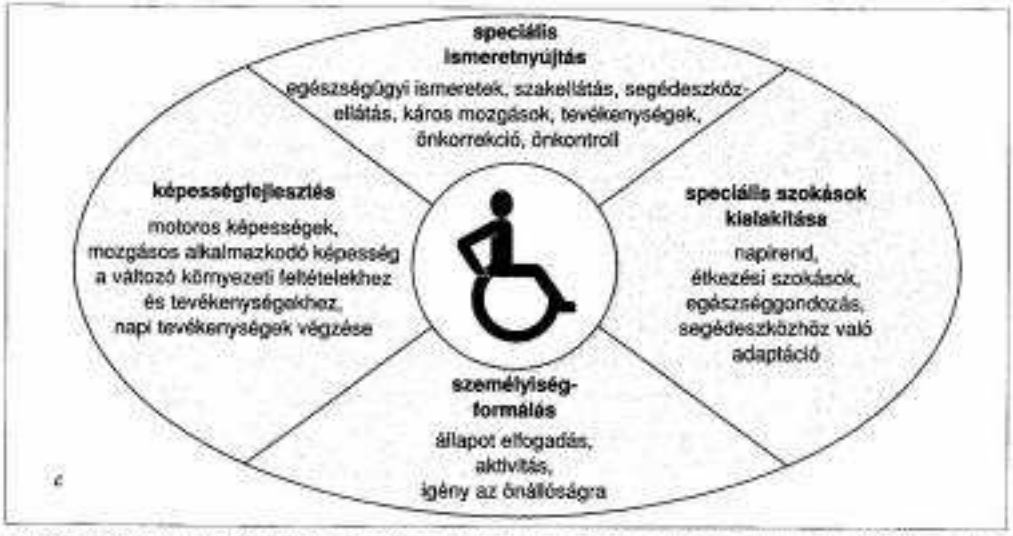
A mozgásnevelés integrálja a gyógytorna és a fizikoterápia különböző eljárásait, módszereit, eszközeit, így a gyógytorna passzív és aktív eljárásait, a különböző speciális eljárásokat, technikákat, pl. a Bobath-módszert, a gyógyászati segédeszközök alkalmazását, a szubakvális tornát, az elektroterápiás kezeléseket, a tangentor-kezelést és egyéb fizikoterápiákat.

A gyógytorna, valamint az alkalmazott fizikoterápiás eljárások a tanulók állapotától és a kezelés céljaitól függnek.

A tanuló egyéni mozgásnevelésen akkor vesz részt, ha egyéni gyógytornára, fizikoterápiára (elektromos kiegészítő kezelésekre, masszázsra stb.), vagy hidroterápiás eljárásra van szüksége. Egyéni foglalkozások formájában történik a gyógyászati segédeszközök használatának, pl. járógéppel, művégtaggal való járás tanítása.







13/2*a–c* ábra. A mozgásnevelés speciális feladatai és a mindennapos tevékenységre (ADL) nevelés összefüggései a szomatopedagógiában

Adaptált testnevelés és sport

A tanulók mozgásnevelése integrálja az életkornak megfelelő testnevelést és sporttevékenységet is, adaptált és egyénileg módosított testnevelési mozgásanyag alkalmazásával. A testnevelés mozgásanyagát a Nemzeti alaptanterv testnevelés és sport műveltségterülete alapján, de azt egyénileg kiválasztva, egyéni és differenciált adaptációval oktatja és csak azokban az esetekben, amikor azt a tanuló mozgásszervi megbetegedése, funkcionális állapota megengedi (Benczúr, 1984d, 2001).

Egészséges életre nevelés

A tanulókat a helyi lehetőségek, valamint a mozgási és az egészségi állapotuktól függően készítjük fel a mozgásos, egészséges felnőtt életre. A mozgásnevelési órákat sportfoglalkozások egészítik ki, amelyek a tanulók mozgáskultúráját fejlesztik, részben a későbbi sportolási igényt igyekeznek kialakítani a növendékekben, de lehetőség van a tehetséggondozásra és versenyzésre is. A sportfoglalkozások a tömegsport és a szabadidős tevékenységek színhelyei, versenyzésre felkészítés vagy tehetséggondozás, például művészi torna foglalkozások, asztalitenisz, boccsa, úszás, kerekesszékes játékok-sportok (Benczúr, 1984d, 1998, 2000). A mozgásjavító iskolákban magas szintű a tanulók sportolása, gyakorlatilag a legsúlyosabb mozgásállapotú tanulók részére is nyílik lehetőség valamilyen sporttevékenység gyakorlására, pl. elektromos kerekesszékes szobatengóra, ügyességi versenyekre, kerekesszékes teniszre stb. Az iskolák tanulói rendszeresen részt vesznek az iskolák közötti, valamint országos versenyeken is, pl. boccsában, úszásban.

Önellátásra, önkiszolgálásra tanítás mozgásneveléssel

A mozgásnevelés keretében történik a tanulók praktikus mozgásának a fejlesztése is, az önkiszolgálás, a mindennapi tevékenységek (ADL-funkciók) tanítása, a szükséges eszközös megsegítés használatának alapozása, tevékenység adaptációk. Pl. a felsővégtag károsodása esetén az öltözködés alapmozgásainak kialakítása: karemelés, megfelelő izomerő a fogáshoz, finommotoros fejlesztés a gombláshoz, a gombolást segítő fémhurok használatának a tanítása (begyakorlása a napi életszituációkban történik). A tevékenységre nevelés során a tanulók optimális mozgásos önállóságát igyekszik az iskola kialakítani: önállóságot az öltözködésben, étkezésben, tisztálkodásban, WC-használatban. Önállóságot az iskolai élethez, tanuláshoz szükséges tevékenykedésben, az életkornak megfelelő munka-, hobbi-, szabadidős tevékenységekben, adaptációs eszközhasználatban. Így például: önállóságot a művégtag használatban, a kerekesszékes önálló közlekedésben stb. (Benczúr, 2001).

A mozgásos akadályozottság miatt a tevékenységek motoros feltételeinek javítása a mozgásnevelés tanórán belüli feladat. A funkciók begyakorlása a napi tevékenységek során és az élethelyzetekben történik, megfelelő napirendben és életszituációban való gyakorlással, például az iskolában a tantárgyi eszközhasználat megtanulásával, a kollégiumban az önellátás gyakorlásával, az otthoni életben az önkiszolgálás gyakorlásával családi közösségben.

A mozgásnevelés oktatásának feltételei

A mozgásnevelés tornatermekben, egyéni kezelőkben, uszodában, megfelelő berendezésekkel és speciális taneszközökkel történik. Személyi feltétele: gyógytornász, és/vagy szomatopedagógia szakos tanári vagy terapeuta végzettségű szakember, megfelelő szakorvosi megsegítéssel, esetleg kiegészítő szakszemélyzettel (úszómesterrel, egészségügyi szakdolgozókkal, foglalkoztató terapeutákkal) együttműködve.

Orvosi ellátás az intézményekben és az egészségügyi háttér biztosítása

A mozgásjavító intézményekben betegszoba és egészségügyi szakszemélyzet is van. A szakorvosi ellátás az ortopédia, a neurológia, a fogászat, az urológia területéről indokolt és szükséges, amely vagy az intézményen belül, vagy szakrendelőben, kórházban történik. Természetesen a szülőnek joga van ahhoz, hogy gyermekét más szakorvossal kezeltesse. Az intézményekben gyógyászati segédeszközt is kaphatnak a tanulók.

A súlyos mozgásállapotú és egészségkárosodott gyermekek egyre magasabb szintű egészségügyi ellátásra szorulnak az iskolákon belül, pl. a nyitott gerinccel született gyermekek neurológiai és urológiai kezelése, az inkontinencia megoldása, a súlyos izomdisztrófiás tanulók légzés elégtelenségének a kezelése stb.

A szakorvosi tevékenységhez tartozik a tanulók mozgásszervi (esetleg más) diagnózisának a megállapítása, a belgyógyászati kritériumok megfogalmazása és a tanulók konzervatív (gyógyszeres, fizikoterápiás, diétás) kezeléseinek elrendelése, a gyógytorna javallata, a gyógyászati és a társadalombiztosítás által finanszírozott rehabilitációs eszközök megrendelése és azok ellenőrzése, úgyszintén műtéti kezelések javallata, az utógondozás és az egészségügyi tanácsadás.

BENCZÚR M-NÉ, NAGY M. (1984a) *Technikai segédeszközök.* In: Benczúr Miklósné (szerk.) *Mozgásnevelés.* Tankönyvkiadó, Budapest, 67–74.

BENCZÚR M-NÉ (1984b) *A mozgásnevelés helye és szerepe a mozgásfogyatékosok gyógypedagógiai nevelésében.* In: Benczúr Miklósné (szerk.) *Mozgásnevelés.* Tankönyvkiadó, Budapest, 9–19.

BENCZÚR M-NÉ (1984c) *Fizioterápiai alapismeretek.* In: Benczúr Miklósné (szerk.) *Mozgásnevelés.* Tankönyvkiadó, Budapest, 19–67.

BENCZÚR M-NÉ (1984d) *Mozgásfogyatékosok testnevelése és sportja.* Tankönyvkiadó, Budapest, 107–287.

BENCZÚR M-NÉ (1987) *Mozgásfogyatékosok neveléstana.* 2. kiadás. Tankönyvkiadó, Budapest.

BENCZÚR M-NÉ (1988) *A mozgásnevelési óra tárgyi feltételei.* In: Benczúr Miklósné (szerk.) *Mozgásnevelés. Kézikönyv I.* Művelődési Minisztérium, Budapest, 278–292.

BENCZÚR M-NÉ (1994) *A szomatopedagógia kompetenciája.* In: *Gyógypedagógiai Szemle,* Különszám, 25–30.

BENCZÚR M-NÉ (2000) *A mozgáskorlátozott gyermekek szomatopedagógiai nevelése az óvodában és az iskolában.* In: Illyés Sándor (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 537–560.

BENCZÚR M-NÉ (2001) *Sérülésspecifikus mozgásnevelés.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.

BERNOLÁK B-NÉ (1995) *Javaslatok a fizikai akadályozottság csökkentéséhez.* In: Bernolákné és mtsai.: *Együtt az iskolában.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 22–34.

BERNOLÁK B-NÉ (1996) *A motoros funkciók fejlesztésének bekapcsolása a súlyos, halmozottan sérült gyermekekkel való foglalkozás folyamatába.* In: Lányiné Engelmayer Ágnes (szerk.) *A súlyosan és halmozottan fogyatékossággal élő gyermekek fejlesztése, a képzési kötelezettség teljesítése.* OKI, Budapest, 174–200.

DOMBAINÉ ESZTERGOMI A. (1998) *A számítógép a halmozottan fogyatékos gyermekek fejlesztésének szolgálatában.* In: *Kilenc évtized a mozgáskorlátozott gyermekek szolgálatában.* Csillagház, Budapest, 92–101.

EISLER HUGÓ (1911) *A nyomorék gyermekek.* In: Tóth György (szerk.) *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógiai-történet"-hez III. Szomatopedagógia.* Tankönyvkiadó, Budapest, 1978. 39–48.

FÓTINÉ HOFFMANN É. (1995) *Mozgásfogyatékosságból eredő sajátos oktatási feltételek, a megsegítés módja, eszközei.* In: Bernolákné, Fótiné, Márkus, Szabó: *Együtt az iskolában.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 34–54.

FÓTINÉ HOFFMANN É. (1999) *A segített kommunikáció. Általános programmodul a mozgáskorlátozott fiatalok szakképzésére.* Nemzeti Szakképzési Intézet, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1994) *A mozgáskorlátozottak és a gyógypedagógia kapcsolata – történeti előzmények.* In: *Gyógypedagógiai Szemle,* Különszám, 16–25.

KULLMANN LAJOS (1999) *A fogyatékos emberek és rehabilitációjuk.* In: Katona Ferenc, Siegler János (szerk.) *Orvosi rehabilitáció.* Medicina, Budapest, 13–27.

MEOSZ – MOZGÁSKORLÁTOZOTTAK EGYESÜLETEINEK ORSZÁGOS SZÖVETSÉGE (1998) *Akadálymentesség Európai eszméje.* Budapest, 5–29.

MOZGÁSJAVÍTÓ ÁLTALÁNOS ISKOLA ÉS DIÁKOTTHON (SÁLY) (1997) *Pedagógiai program,* Sály.

MOZGÁSJAVÍTÓ ÁLTALÁNOS ISKOLA CSILLAGHÁZ TAGOZATA (2001) *Pedagógiai program.* Budapest. (elfogadás alatt).

MOZGÁSJAVÍTÓ ÁLTALÁNOS ISKOLA ÉS DIÁKOTTHON (2001) *Pedagógiai program,* Budapest (elfogadás alatt).

NAT Irányelvek. (1997) *A fogyatékos gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a fogyatékos tanulók iskolai oktatásának tantervi irányelve.* Művelődési és Közoktatási Minisztérium, Budapest.

NÁDAS P. (szerk.) (1993) *Kilenc évtized a mozgáskorlátozott gyermekek szolgálatában.* „Mozgásjavító" Általános Iskola és Diákotthon története 1903–1993 között. Budapest.

NÁDAS P. (1994) *A „Mozgásjavító" Általános Iskola és Diákotthon (korábban Nyomorék Gyermekek Országos Otthona) 90 esztendős története* (1903–1993). In: *Gyógypedagógiai Szemle,* Különszám, 4–10.

POLINSZKY T. (1997) *Az épített környezet.* In: Chikán Csaba, Józsa Teréz (szerk.) *A mozgásfogyatékos emberek rehabilitációjának sololdalú megközelítése.* MEOSZ, 74–84.

RANSCHBURG P. (1909) *Elmélkedések a gyógypedagógia jelenéről és jövőjéről.* In: *Magyar Gyógypedagógia,* 1., 45–50; 2., 81–85.

ROTHFELD R. (1902) *A haladás útján.* In: Tóth György (szerk.) *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógiai-történet"-hez III. Szomatopedagógia.* Tankönyvkiadó, Budapest, 1978. 11–13.

ROTHFELD R. (1902) *Alapszabálytervezet.* In: Tóth György (szerk.) *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia-történet"-hez III. Szomatopedagógia.* Tankönyvkiadó, Budapest, 1978. 14–21.

VERÉDY K. (1904) *A nyomorék gyermekek iskoláztatásáról.* In: Tóth György (szerk.) *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia-történet"-hez III.* Szomatopedagógia. Tankönyvkiadó, Budapest, 1978. 22–26.

14.

A KÉPESSÉGFEJLESZTÉS ÉS AZ ÉLETMÓD ÖSSZEFÜGGÉSEI TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTTAKNÁL

„Akinek van, annak még adnak, hogy bősége(n) legyen neki, de akinek nincs, attól még azt is elveszik, amije van."

Máté evangéliuma, 13. rész, 12. vers

BEVEZETŐ GONDOLATOK

Az általános tankötelezettség bevezetésével és a közoktatás kialakulásával átalakult a *kulturális átörökítés* egész *rendszere*. Elkezdődött a gyermekkori szocializációs feladatok megosztása az iskola és a család között. Az otthoni élet differenciálódott működésének, koreográfiáinak, a szülők és a gyermekek kapcsolatrendszerének megváltozásával a *gyermeki tapasztalások formái* és a *tanulás módjai* is megváltoztak. A család mellett az iskola lett a kulturális tőke képzésének és továbbadásának másik fontos színtere.

A szocializáció modernizálódása az *életút átrendezésével* és új életkori szakaszok (bölcsődés-, óvodás-, iskoláskor) kialakulásával járt. A társadalom egyre nagyobb jelentőséget tulajdonított a testi és a lelki képességek életkori sajátosságainak, a fizikai és a szellemi fejlődés folyamatának. A szülők és a pedagógusok nevelési törekvéseinek legmeghatározóbb célkitűzése *a gyermeki fejlődés elősegítése* lett: lassan körvonalazódtak a gyógyítás, gondozás, szoktatás, nevelés és oktatás új feladatai (Somlai, 1997). A gyermekkori problémák értelmezése, megállapítása, diagnosztizálása is erőteljesen az életkori szakaszokra és a szakaszokhoz kötött kívánatos fejlettségi, teljesítési szintekre épült. A problémák felismerésének és a válaszok, a feladatok megfogalmazásának folyamatában *új tudáskörök*, hivatások körvonalazódtak a csecsemőgondozástól a szaktanárságig és a zenepedagógiától a gyógypedagógiáig.

A modernizáció folyamatában az iskolák mindinkább olyan tudások és készségek átadására specializálódtak, amelyeket az elsődleges szocializációs színtér, a család egyre kevésbé tudott volna közvetíteni. Az iskola a tudományok rendszerének pedagógiai leképeződéséből származó tudományorientált tantárgyi struktúrákat alakított ki. Egyre erőteljesebben jelentek meg az iskola és a nagybetűs élet, az iskolában elsajátított és a gyakorlati életben releváns tudások, az iskolai sikeresség és az életben való boldogulás (és boldogság) értékei között feszülő különbözőségek. Új *feszültségek keletkeztek* az iskolai nevelés és a szocializáció más intézményei és folyamatai között is. Az *iskolai napirendet* jobbára az iskola gazdaságos, üzemszerű működése és a tanárok igényei, gyakran kényelmi szempontjai alakították, kevésbé a gyerekek természetes napi ritmusának (befogadás, átélés, aktivitás) szükségletei. Az is-

kolai tanítás tartalmaiba és módszereibe a szülők egyre kevésbé szólhattak bele, illetve egyre kevésbé tudtak beleszólni. A megállapítás különösen igaz az iskolai műveltségtartalmaktól távol eső (családi) szubkultúrákból érkező – szegény, cigány stb. – gyermekek szüleire, akik nem vértezik fel az iskolában érvényes, így az iskola elvárásaihoz illeszkedő előzetes tudással és tapasztalásokkal gyermekeiket, és akik nem, vagy nem eléggé járatosak érdekeik felismerésében, elemzésében, megjelenítésében és érvényesitésében.

A közoktatásnak a kezdetektől az egyik legfontosabb célja *a művelődési esélyegyenlőtlenségek felszámolása* volt. Az iskolába kulturális hátrányokkal érkező gyerekek felzárkóztatása érdekében szociálpolitikai intézkedések, nevelési, segélyezési, támogatási szisztémák, pedagógiai kísérletek, speciális fejlesztő programok, pedagógiai és pszichológiai szolgáltatások születtek, amelyek az egyéni mobilitás szintjén és tudományos szempontból egyaránt értékes eredményeket hoztak. A próbálkozások azonban egyértelműen azt bizonyították, hogy az iskolai nevelés nem képes az iskolán kívül keletkezett esélyegyenlőtlenségek megszüntetésére, de még a kezelésére sem. Az általános iskola a tanulás folyamatának üteméhez és természetéhez, illetve az általános teljesítmény-követelményekhez illeszkedni nem tudó gyermekek egy részét – napjainkban hozzávetőlegesen 15%-át – sorsára hagyja, és rossz tanuló szerepre ítélve „jóindulatúan" elnézi hiányos tudását. A *különböző minőségű iskolák*, a gyermekek eltérő nevelési szükségleteinek megfelelően kialakított párhuzamos osztályok az általános iskola keretében jelentenek szegregatív válaszokat. A be nem fogadott, illetve meg nem tartott gyermekek és fiatalok – jelenleg az iskoláskorúak közel 2,5%-a – számára pedig a közoktatási rendszer közel száz esztendeje *eltérő tantervű iskolák*ban igyekszik kedvezőbb oktatási és nevelési feltételeket, egyben jobb esélyeket biztosítani a társadalmi integrációra. Az elkülönített nevelés viszont az akadályozott emberek szempontjából olyan – nem szándékolt – szocializációs hátrányokat eredményezhet, amelyek rontják társadalmi integrációjukat, magánéleti és munkaerő-piaci boldogulásukat.

A PEDAGÓGIA ÉS A SZOCIALIZÁCIÓ ELLENTÉTEI

A pedagógia nézőpontjából az iskolán kívül történő szocializáció a nevelés egyik adottságát, kiindulási pontját jelenti (társadalmi származás, életkörülmények, kortársak, tömegkommunikáció stb.), amit a gyermek oktatása és nevelése közben legfeljebb tudomásul venni, fejleszteni vagy változtatni lehet. A gyermek mindennapi élete szempontjából az óvoda és az iskola tűnik a szocializáció egy-egy összetevőjének, az általuk közvetített tartalmakkal, a közvetítés szervezetével és szerkezetével, szereplőivel, módjaival és módszereivel.

Az óvodai nevelés e jellemzők tekintetében alkalmazkodik az óvodáskorú gyermek globális valóság-észleléséhez. A hétköznapi élettevékenységeket és problémá-

helyzeteket idéző foglalkozásokon együttesen jelennek meg nyelvi, mennyiségi, általános tájékozottságbeli ismeretek, szociális kapcsolatok.

Az iskolai nevelés a tudások és készségek meghatározott tartalmait közvetíti, örökíti át, ezért mindig szándékolt, célzatos tevékenység, a gyermek spontán szocializációját kívánja kiegészíteni. Olyan gondolkodásmódot vár el, illetve feltételez, amelynek fogalmai általános igazságokra vonatkoznak. Az iskolai tanítás és tanulás – az alapműveltség közvetítésének és megszerzésének igyekezetében – mintegy leszoktatja a gyermeket hétköznapi életének elemzéséről, legfeljebb illusztrációként, példaként élheti meg az otthon, a környék valóságát. Elsősorban a tudományok és a művészetek által felhalmozott kulturális javakból kínál korosztályonként, iskolatipusonként és számos egyéb szempont alapján műveltségi területekbe, illetve tantárgyakba komponált – esetenként merevített – csomagokat. A tantervek számolnak a tanulók előzetes ismereteivel, de szinte kizárólag az iskolában közvetített tudások és tapasztalások tartalmait, illetve az elsajátítás eredményességét veszik figyelembe. A pedagógiai tervezés nem, vagy igen kevéssé törődik az iskolán kívüli szocializáció hatásaival: a család, a kortárs csoport, az utca és a tömegkommunikáció „oktató és nevelő munkájával", de még az iskolai „rejtett tanterv" (Szabó, 1985, 1993) hatásaival sem. A tantervírók nem számolnak a szocializációnak azokkal a hatásaival, amelyek az iskolai oktatásban és nevelésben – az idő és a motiváció szempontjából – azonos vagy jobb eséllyel vesznek részt, és a pedagógus folyamatosan találkozik is velük munkája során. A rejtett tantervi tanulás ugyanúgy (vagy még erőteljesebben) folyik a reggelizés, az ebédelés és az osztálykirándulás idején, a folyosón és a WC-ben mint a tananyag közvetítése. A bánásmódban leképeződik az iskolai és a társadalmi hierarchia, alakul az önértékelés és a közérzet. A viták, veszekedések és verekedések pedagógiai kezelésében, a magatartási és viselkedési normák meghatározásában, a jutalmazások és büntetések rendszerében modellálódik a szociális befolyásolás, alakul a konfliktuskezelési kultúra, mintázódnak feszültségoldási stratégiák és taktikák, jutnak a gyermekek tapasztalatokhoz a saját és mások magatartására vonatkozó implicit szabályokról, formálódik az állampolgári magatartás.

A pedagógus tapasztalatait megjelenítheti már a tanítás tervezésekor, nagyobb részük viszont önmaga számára is rejtve marad. Ugyanígy rejtve marad a gyermek iskolai tanulásának, nevelésének a folyamata is. A rejtett tanterv felől nézve „nem annyira a pedagógus explicit céljai számítanak, nem is írásban rögzített nevelési és oktatási tervei, mint inkább a gyermekekkel kialakított kapcsolata, s az a mód, ahogyan közeledik hozzájuk és kommunikál velük" (Somlai, 1997, 42–43.). A gyermek sokféle úton-módon tanulhat meg csöndben maradni és nem zavarni a másikat. Az iskola magatartási szabályai kihatnak a későbbiekben a munkával való kapcsolatára. Viszonyulnia szükséges a tanári tekintélyhez, minősülésében alakul önbizalma és aktivitása.

A család, a lakóhely, a kortárs csoport, a tömegkommunikáció hatásai, az iskolai programok és az iskola nevelési gyakorlata együtt formálják a gyermek életét ve-

zérlő – valós – értékeket és normákat. A legkorszerűbb tudományképet és praxist megvalósító iskolai program is csak akkor gyakorol pozitív hatást a gyermekek személyiségének alakulására, ha az egyes gyermekek életéhez kapcsolja tartalmaiban és közvetítési módjaiban kiváló portékáit. Ha ez nem működik, a gyengék hátrányai nem csökkennek és az erősek tehetségei nem gyarapodnak (Duru-Bellat, Henriot-van Zanten, 1992).

Az akadályozottság, a korlátozó körülmények és a csökkent befogadóképesség vizsgálata mellett azt is fontos szemügyre venni, „hogyan módosul a fogyatékosok személyiségfejlődése a társadalom feléjük irányuló reakciói folytán, ... a társadalom egyes tagjainak, kisebb-nagyobb közösségeinek szándékos és akaratlan megnyilvánulásai mennyiben segítik, illetve gátolják társadalmiasodásukat" (Gordosné, 1981, 23–24.) Azoknak a helyzeteknek nagy részére, amelyekben a szociális tükrök „formálódnak", fel lehet készíteni, gyakran meg is lehet tanítani az akadályozott fejlődésű gyermekeket és fiatalokat – amennyiben az életvitelük és életmódjuk szervezésében részt vevő személyek, színterek nyitottak – életvilágukat „egységes szerkezetben" látni és figyelembe venni.

Tanulási akadályozottság, képesség, életmód-értelmezések. Kísérlet a pedagógia és a szocializáció ellentétének enyhítésére

A tanulási akadályozottság egy lehetséges korszerű – és nem utolsósorban egyre elterjedtebb és elfogadottabb – meghatározása szerint „a tanulásban akadályozottak csoportjába tartoznak azok a gyermekek, akik az idegrendszer biológiai és/vagy genetikus okokra visszavezethető gyengébb funkcióképességei, illetve a kedvezőtlen környezeti hatások folytán *tartós, átfogó tanulási nehézségeket, tanulási képességzavart* mutatnak" (Mesterházi, 1998, 54.). Mesterházi szerint *a gyermek személyes élettörténetének*, és az aktuális fejlődési állapot diagnosztikai eszközökkel megállapítható oki tényezőinek tudása mellett az egyén nevelési szükségleteinek megállapítása és az ennek *megfelelő nevelés* együttesen eredményezheti a tanulásban akadályozott gyermek minél kedvezőbb fejlődését.

A személyi környezet, a család, a pedagógusok, az osztálytársak, a barátok és a gyermek közötti interakciók megfigyelései a tanulást és/vagy a terápiát irányító (gyógy)pedagógusnak lehetőséget kínálnak egy többszintű, árnyalt segítő rendszer kiépítésére vagy igénybevételére. „Mi sincs távolabb az intuicizmus kinyilatkoztatásaitól, mint azoknak az ismérveknek az aprólékos gyűjtögetése, amelyek annyira érzékenyek, hogy többnyire kétértelműek maradnak, ameddig külön-külön veszik őket szemügyre, s csak akkor tárják fel teljes jelentésüket, amikor rendszerré rekonstruálja őket a statisztikai viszonyok strukturális értelmezése" (Bourdieu, 1978, 74.).

A tanulásban akadályozottak pedagógiája teoretikus és praktikus fejlődésének köszönhetően a (gyógy)pedagógus ma már nemcsak az osztály becsukódó ajtaja mögött élheti meg – illegitim módon és elszigetelten – az alkotó lét elengedhetetlen feltételét, a szabadságot. A tudomány – és a mögötte felzárkózó közoktatási és szociális törvénykezés – a fejlesztés legkardinálisabb kiindulópontjaként nemcsak kínálja, hanem diktálja is számára a gyermek sokoldalú megismerését, és bevonja a gyermek szükségleteire adható intézményes – multidiszciplináris – válaszok megfogalmazásába is.

A képesség „a tartalmak (tárgyak, információk) meghatározatlan vagy nagyon tág körén (de az egyes ember tudásától függően) működő *tanult pszichikus rendszer*" (Nagy J., 1994, 96.). A képességek természetesen csak valamely tartalmakon, az embert körülvevő tárgyi és információs környezet tartalmain működhetnek és csak tartalmakon, tartalmi ismereteken és tapasztalatokon működtetve sajátíthatók el. A képességek formálódásában így a családok és az iskola által biztosított életkörülmények és életmód, valamint a két színtér egymáshoz viszonyulása komoly szerepet játszik. A család, az iskola, a kortárs csoport és a tömegkommunikáció – hogy csak a legfontosabb rendszerelemeket említsem – hatásainak eredőjeként a különböző „természetes" adottságokkal rendelkező gyermekek életében eltérő időpontokban kerül sor egy adott gyakorlatra. Ez a pillanat megfelelő idői viszonyban van a társadalom által a gyakorlat „normálisnak" vagy „megfelelőnek" tartott időpontjával (Bourdieu, 1978).

Az *életmód* a szubkultúra megjelenési formája. Objektív keretei az életkörülmények, melyek az életmód tartalmi vonatkozásainak a feltételeit jelentik. Az életmód tartalmát tekintve a szubkultúrát alkotó *tapasztalatok, tevékenységek és normák rendszere* (Kozma, 1994). Egy gyermektől – legalábbis az iskolába lépést megelőző pillanatban – csak azok a képességek „kérhetők számon", amelyek kialakulásához, fejlődéséhez a kibocsátó családi, illetve intézményi (bölcsődei, óvodai, gyermekotthoni) szubkultúra megfelelő feltételeket (ténytudásokat, normatudásokat és értéktudásokat) biztosított. Szabóné (1996a) a szakirodalom recenziója alapján megállapítja a tanulásban akadályozott, családban és diákotthonban nevelkedő gyermekek és fiatalok nagy részéről, hogy szegény, kedvezőtlen fejlődési feltételek között él, egyharmaduk veszélyeztetett anyagi, illetve környezeti okok miatt.

Az életkörülmények kemény mutatói, a jövedelmi- és lakásviszonyok alapozzák meg mindazon tartalmakat, tárgyakat és információkat, amelyeken kialakulnak és működnek, fejlődhetnek a képességek. A szegény gyermeknek kevés saját tárgya, holmija van, nem kap játékokat és nem is készítenek számára és vele házilagosan, ahogyan azt Móra Ferencen és Móricz Zsigmondon nevelkedett hagyományos szegénységértelmezésünk alapján feltételezzük. A nyomorban elhal a Pál utcai fiúkból ismert, megszokott gyermekzsebtartalom. Pedig ezeknek a kincseknek a birtoklása, cseréje során alakul a számosság élménye, a számfogalom és a becslés képessége. A konszolidált anyagi és érzelmi feltételek között élő családban jó, szép, örömöt oko-

zó és fejlesztő hatású, gyakran közösen készített játéktárgyak és a velük való foglalatosság, a játszás, közös vásárlások, kirándulások, ünnepek, kuktáskodás és kertészkedés biztosítják a különböző képességek fejlődését. A szegénységben, a nyomorban túlélési technikák fogannak, működnek és szolgálnak mintául, melyek a családok talpon maradását célozzák, és nem célracionálisan az iskolai tanulásra „készítik elő" a gyermeket. Az iskoláskorú cigány gyermekek közel háromnegyed része a legszegényebbek közé tartozik (Sági, 1997). Napjainkban is nagy szerepet játszik az iskolai felmentésekben és halasztásokban, illetve az iskolaéretlenség miatti későbbi iskolakezdésben a cigány gyermekek alultápláltsága. Kemény szerint „a rossz táplálkozás a későbbi években is akadályozza a tanulást és a megfelelő részvételt az iskolai életben. Az is gyakran megtörténik, hogy a gyermekek ruházat vagy megfelelő felszerelés hiányában nem tudnak iskolába menni" (Kemény, 1999, 237.). Az alacsony társadalmi státusú családok (körükbe tartozik a cigány családok egy része is) szegénységük, alacsony iskolai végzettségük, gazdasági aktivitásuk, a türelmetlen, szorongáskeltő iskolai élet és környezet, illetve az iskolai tanulás és a tudás munkaerő-piaci hasznosíthatóságának – túlnyomórészt negatív – tapasztalatai alapján tulajdonítanak fontosságot az iskolai ismereteknek (Babusik, 1999). Az iskolába járás öröme, szükségessége és szabályainak betartása egy bonyolult motivációs térben értelmezhető.

A HÉTKÖZNAPI ÉLET ÉS A KÉPESSÉGFEJLESZTÉS KAPCSOLATÁNAK ELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSE

A tanulási képesség egyik korszerű értelmezése a képességfejlődés és az életmód összefüggéseit hangsúlyozza. „A tanulási képesség a tanulás tanulásának a képessége... Ha a tanulási képességet egy pszichikus rendszernek tekintjük, akkor a következő nagyobb alrendszereket különíthetjük el benne: kognitív képesség, kommunikatív képesség, motorikus képesség, kreatív képesség, orientációs képesség, szociális képesség. Ezek a képességek a legtágabban értelmezett tanulási folyamatokban, a pszichikum működésének teljes egészében részt vesznek. Az iskolai tanulási folyamatokban, illetve abban a teljes élmény- és tevékenység együttesben, amit az iskolai életben való részvétel jelent, a legváltozatosabb kombinációkban és dominanciákkal működnek közre ezek a képességek. A gyermeki személyiség fejlődésének tapasztalható megnyilvánulásai azt jelzik, hogy az egyes képességek aktív állapotokon mentek keresztül, vagyis a gyakorlás következtében strukturáltabb (fejlettebb) állapotba kerültek. Az iskolai oktatás-nevelés ezt a strukturálódást segíti elő" (Mesterházi, 1998, 117–118.).

A tanulási képességzavart előidéző kedvezőtlen környezeti hatások a gyermekek és fiatalok egész életében, az ismeretek és tapasztalatok szerzésének teljes folyama-

tában jelen vannak. Tehát a fejlesztés során *nem elsősorban a tudáshiányt szükséges pótolni*, hanem az ismeretek és tapasztalatok megszerzéséhez alapvetően szükséges *környezeti és pedagógiai feltételek megteremtését kell biztosítani*. Nem kizárólag a kettes szorzótábla módszeres megtanítása eredményezi leghatékonyabban a problémamegoldó gondolkodás fejlesztését, hanem az értelmes (és kellemes) élethelyzet is, amelyet a kettes szorzótábla alkalmazására, tanítására megragadunk vagy alakítunk ki. Nemcsak a számolási dobozba kell apró játékokat tenni, hanem a gyermeket játékokkal és játszással jól körbevenni – méghozzá bölcsődés korától, amikor a szükségletei és képességei megalapozódnak –, hogy kedve legyen a számláláshoz. Az iskolai és az iskolán kívüli matematikai tudás a kisgyermekek tanulásában egyaránt környezetfüggő, és kicsi transzfert mutat. „Megjósolható, ha a tanulók hétköznapi életükben olyan belső reprezentációs hálózatokkal rendelkeznek, melyek az iskolán belül és kívül tanultakat egy rendszerben kezelik, továbbá, ha a hálózat megfelelő kapcsolatokat létesít a tudás különböző forrásai és alkalmazási lehetőségei között, akkor matematikai megértésük és problémamegoldó teljesítményük is javul mindkét közegben" (Dobi, 1998). A kettesre értékelt helyesírás és külalak kevésbé járul az anyanyelv értékeinek ápolásához, az igényesség és a szépérzék fejlődéséhez, mint a gyermeki kötődésben megfogalmazódó segítségkérés a míves (szerelmes) levél megírásához. A tanulásban akadályozott gyermekek és fiatalok oktatásának és nevelésének folyamatában tehát az iskolának nem egyszerűen ingerekben gazdag közeget kell biztosítania, hanem a szervezésnek a tanulók iskolán kívüli életvilágához, meglévő motivációihoz, érdeklődéséhez, ismereteihez, vágyaihoz, félelmeihez, sikereihez és kudarcaihoz, személyközi viszonyaihoz kell illeszkednie.

Szakirodalmi és tapasztalati tények bizonyítják, hogy a tudásszerzés és a kapcsolati működések tanulásának folyamatában egyaránt meghatározó szerepet játszik *a családok és a gyermek, valamint az iskola nyelvezetének összefüggése*. Az iskola a tudományok és a tankönyvek nyelvi világát használja a gyermeki valóságról leválasztott, tehát a gyermek számára alapvetően idegen tudás közvetítésére és megszerzésére. Olyan nyelvi kódot használ, amely csak a gyermekek egy részének van a birtokában. A kidolgozott nyelvi kód alkalmazója képes elvonatkoztatni aktuális összefüggésektől, tud általános jelentésű tartalmakat közvetíteni, és meghatározhatja a beszéd érvényességi igényét (Bernstein, 1971). A tanulásban akadályozott gyermekek nagyobb része viszont a kidolgozatlan, korlátozott nyelvi kódok világából érkezik, beszédük konkrét helyzetekhez, egyedi jelentésekhez kötődik. Az iskolába kerüléskor általában nem értik az elvontabb szinteken megfogalmazott kérdéseket, elmagyarázott összefüggéseket, értékeléseket, a tankönyvek nyelvezetét. Giddens (1997) szerint nem segít a helyzeten az sem, ha a gyermek „lefordítja" a tanár nyelvét az általa használatosra, mert ilyenkor szem elől veszti azokat az elveket, amelyeket a tanár közvetíteni szándékszik. A gyermek és az iskola kódjainak összeillési zavara a „magoló" tanulást kevésbé nehezíti, mint az absztraktabb gondolkodási folyamatokat. „Ha a gyermek érzékeny az iskola kommunikációs rendszerére és ezáltal az iskola

tanulási szisztémájára és viszonyrendszerére, akkor az iskola elősegíti a gyermek szimbolikus és társadalmi fejlődését, ha viszont a gyermek nem érzékeny az iskola kommunikációs rendszerére, akkor társadalmi és szimbolikus váltást tapasztal az iskolában. Az első esetben kifejeződik a gyermek társadalmi azonosságérzete, a másodikban megváltozik" (Bernstein, 1975, 394.).

Az iskolai tanulás programja a társadalmi térben és a kapcsolatok rendszerében

Az iskola tantervi csomagocskái – általában – nem a gyermekek életvilágában beszerezhető és így beszerzett előzetes ténytudások, normatudások és értéktudások világából indulnak ki, így az elsajátítás egyoldalú eredménnyel kecsegtet: elsősorban a tárgyi tudás kialakulását, kevésbé az értelmi képességek, még kevésbé a kommunikációs, a kreatív, a motoros, az orientációs és a szociális képességek fejlődését szolgálja. A tanulásban akadályozott gyermeknél az óvodáskorra jellemző globális észlelés áthúzódhat az iskolás évekre és nehezítheti az elsősorban a tudományok logikája mentén szétszabdalt iskolai valóságban történő tájékozódását. Gaál ismerteti *Vester tanulásbiológiai szabályait*, amelyek közül több utal a gyermek eltérő világátélési módjára és az ebből fakadó pedagógiai konzekvenciákra. Az *„értelmes tanterv" szabály* arra figyelmeztet, hogy „azok a tananyagrészek, amelyek használhatósága sem a valósággal, sem az oktatott tartalommal kapcsolatban nem igazolódik a tanulók számára, nehezen rögzíthetők az emlékezetben. Másrészről hamar elvesztik értéküket, ha izoláltan rögzülnek, és további gondolati kapcsolatok nem épülnek ki felhasználásukkal. Egy adott téma felépítésének reális tanulási célokat, illetve megértési meneteket kell követnie, nem pedig történeti vagy szakrendszertani szempontokat" (Gaál, 2000, 444.). Angelusz (1983) az információ-felvétel rétegspecifikus hatékonyságának okait elemezve tesz hasonló következtetéseket: a tömegkommunikációs eszközökkel való kapcsolat folyamán a magasabb iskolázottsággal jellemezhető csoportok befogadó magatartására jellemzőbb a *generalizáló tanulás*, míg az alacsonyabb iskolázottságú csoportokban az *esetszerűen elsajátított ismeretek* jellemzőbbek. Az *„új ismeret beágyazása a régebbiekbe" szabályban* Vester a gyermek közvetlen tapasztalataira való építés fontosságát hangsúlyozza. A mindennapi tapasztalásba ágyazott tanítással elkerülhetőnek tartja annak a stressz-állapotnak a kialakulását, amely nehezíti az új ismeretek befogadását. A „valósághoz kapcsolás" szabálya arra hívja fel a figyelmet, hogy az ismeretek alkalmazása és megszilárdítása során a valós környezet "ingyenes és észrevétlen segítő tanárként" alkalmazható az összefüggések és kapcsolódásaik aktivizálásában (Gaál, 2000).

Az információk aktualitása, az egzisztenciális és/vagy érzelmi érintettség, az érdekeltség is szerepet játszhat a beépülés, a hasznosulás folyamatában, függetlenül az előze-

tes ismeretek mennyiségétől (Angelusz, 1983). Az ember saját hétköznapi életének tartalmai nagyobb felhívó erővel, könnyebb elérhetőséggel, valamint a hasznosíthatóság és hasznosulás jobb esélyével mozgósítják a tanulás pszichikus forrásait. Forray és Hegedűs a cigány gyermekek iskolai szocializációját kutatva egzakt módszerekkel bizonyították, hogy „az iskolai programokban való részvétel, a tanárok iránt érzett bizalom és szeretet, az egyes tantárgyak iránti érdeklődés mérhető hatást gyakorol a tanulmányi teljesítményekre és a továbbtanulási aspirációkra. Ennek az összefüggésnek az ismerete a pedagógiai programok részévé válva célzott eszközök, módszerek kialakítását alapozhatja meg" (Forray, Hegedűs, 1998, 138.). Chrappán olyan *integrált tantárgyi struktúra* kialakítását javasolja, amely nem a tudományok egymás melletti létezését tekinti alapnak, hanem egészlegesen tervez, *globális összefüggésekre*, kapcsolódási pontokra utal. Megítélése szerint az integrált tárgyak, mivel az új ismereteket, információkat a már meglévő érzékleti, gondolati rendszerekhez kötik, a gyermeki megismerés és a hatékony elsajátítás számára jobban strukturáltak és strukturálhatók (Chrappán, 1999).

Az enyhén értelmi fogyatékosnak minősített tanulók iskoláztatásában összegyűlt, a tantervekkel kapcsolatos hazai gyakorlati tapasztalatok, valamint az 1985-ös közoktatási törvény által lehetővé tett és indokolt változtatási lehetőség – a századelőn kialakult reformpedagógiák felismeréseit és értékeit is emlékezetben tartó – tantervi alternatívák megjelenését eredményezte. A gödöllői értékközvetítő és képességfejlesztő pedagógiai program (Maráczi, 1993), a békéscsabai, a gyermek tevékenységeire épített iskolafejlesztő program (Nagy, 1994), az örömiskola mint korrektív célú integratív hatásrendszer (Sándor, Janzáné, Lévai, Salné, Urbánné, 1990), számos oktatás- és nevelésfejlesztő kísérlet és az integrált oktatás kezdeményei olyan kultúraértelmezést erősítenek az anyagi-szociális-szellemi és a mindennapi intézményes kultúra területén egyaránt, amely nem zárja ki a két kultúrára támaszkodó szocializációt. Az innovációk szellemisége az általános iskolákban tanuló tanulásban akadályozott gyermekek és fiatalok iskolai fejlesztésében is éreztette hatását. Amennyiben az iskola – az Egyezmény a gyermek jogairól című deklaráció szellemében fogant érvényes törvények alapján – a személyiség teljes kibontakoztatásának segítésén a teljes ember fejlesztését érti, igyekszik a család életmódját – amennyire azt elérni, megismerni, értelmezni lehetséges – és a gyermek életvilágát a tapasztalás kincsesbányájaként értelmezni. A tudományok logikájának tiszteletben tartásával a gyermek és a fiatal számára a test, a lélek és a szellem egymást támogató fejlődését, az ismeret képességgé válását elősegítő tartalmakat felkínálni és a hozzájuk vezető tanítási-tanulási módokat biztosítani csak a gyermek teljes életének tudomásulvételével, a család akaratának elfogadásával és „hasznosításával" lehetséges. Így válik az iskola számára is lehetővé az „érzelmi intelligencia" (Goleman, 1997), a társas kapcsolatok működtetésében való jártasság, a beleérző képesség, az önismeret, az önuralom és a kitartás fejlesztése. Goleman az elmúlt évek neurológiai és pszichológiai kutatási eredményei alapján megállapította, hogy az iskolákban még

mindig az egyoldalúan intellektuális képességeket követelik meg és nem vesznek tudomást az emocionális intelligenciáról, a szociális és művészeti képességek kimûvelésének fontosságáról. A gyermek proszociális képességeinek az iskolai életben történő megerősítése, „hasznositása" csak akkor válik lehetővé, ha a mások problémáira érzékeny, segitőkész, pozitív hozzáállás ugyanúgy „elnyeri méltó jutalmát", mint a folyamatosan és hangsúlyozottan előadott vers, a hibátlanul elkészitett matematika dolgozat vagy a szépen homorított zsugorkanyar a svédszekrényen.

A GYERMEKEK HÉTKÖZNAPI ÉLETVITELE

„A felnőtt bármit választhat, amivel erősíti az akaratát, a gyermeknek kell, hogy az a valami szép is legyen, mert egy örömtelen feladattal még nem birkózik meg" – olvashatjuk Carlgren (1992, 56.) gondolatait a művészetek gyakorlásáról. Már nem idegen számunkra az alkotás, sőt, a művészi alkotás jelenség-tartományába sorolni a hétköznapi tevékenységek kiváló, minőségi produktumait is. Gondoljunk a konyhaművészet jól sikerült alkotásaira, az életművészeknek nevezett korosodó hölgyek és urak kreativitására a fizikum és a kedélyállapot megőrzésében, a szegénység kultúrájában születő túlélési stratégiákra a „felszínen maradás", sőt, az öröm- és teljesség életérzésének biztositásában, vagy akár a nem sok, vagy nem elégséges, nem megfelelő segitségben részesülő akadályozott fejlődésű és fogyatékos emberek társadalmi boldogulására.

A cselekvésbe ágyazott tapasztalatszerzés – minden kiválósága, módszeres kimunkáltsága ellenére is csak – limitált formáit biztosító tanórai megismerés kiterjesztése a gyermek iskolai-intézményi és családi alkotó tevékenységére a munkához, a tevékenységekhez kötődő érdeklődés, az öröm, siker és sikeresség érzelmi-akarati mozgatóinak az iskolai tanulás-tanitás színterére történő kisugárzását is biztosithatja. Ha az iskola sikeresen formál *érdeklődést* különféle dolgok iránt, és meg is ismerteti, sőt, megtanítja ezeket a dolgokat, még a nevelés feladata nem fejeződött be: olyan *képességeket* kell a rá bizott fiatalokban kialakítania, melyek egész *életüket tartalmasabbá, értékesebbé és sikeresebbé* tehetik. Ez egyben a kultúra – a szocializáció valamennyi szintjén (benne a nevelés) és színterén (benne az iskola) történő – átörökítésének egyik legfényegesebb kérdése.

A GYERMEKEK ÉRDEKLŐDÉSÉT ÉS AZ ISKOLAI TANÍTÁST ÖSSZEKÖTŐ, KONCENTRÁLÓ ÉS AKTIVIZÁLÓ TARTALOM

A következő *példák és tanulságok* a képességek *„tartalmas fejlesztési stratégiájának"* egyik, az iskolában még mindig kevéssé alkalmazott elemét, az *indirekt fejlesztést*

hangsúlyozzák, nem megkérdőjelezve a *formális fejlesztés* szükségességét (Nagy J., 2000). Az iskolai oktatás elidegenedésének tudományos igényű elemzésére egyre több komplex megközelítés születik. A gyermek természetes fejlődése és az iskolai oktatás közötti jobb összhang megteremtésére törekvő *fejlődéslélektani orientációjú* és a tudás keletkezésével, felhasználhatóságával foglalkozó *kognitív pszichológiai megközelítések* között tudatos harmonizáció figyelhető meg (Csapó, 1998).

Régóta ismerem a gyerekeket. Várnak a lakásotthonban. Kedvesek, figyelmesek, kiegyensúlyozottak. Két napig a vendégük leszek. Önálló gazdálkodást folytatnak, háztartást vezetnek. Együtt megyünk bevásárolni a másnapi ebédhez, a Penny Market-be. Sütni is fognak. Önállóan. Motiváltak. Ja kérem, a nassolás ördöge. Szeretnek sütni. Amióta tudják, hogy tudnak. Amióta igénylik, hogy süssenek. Amióta igénylik, hogy süthessenek. A kompetencia kielégült szükséglete mint újabb kompetenciák megszerzésének forrása.

Az úton mesélik, hogy egy kiló margarint fognak vásárolni. Kérdezem, melyikből szoktak sütni. Múltkor Ligát vettek. Kérdem, a sütéshez olcsóbb vagy drágább margarin való? Erről még nem volt szó. Sem az iskolá(k)ban (a lánykák közül ketten a helyi általános iskolába járnak), sem a diákotthonban annak idején, sem mostanában, a lakásotthonban. A takarékosságról sokszor beszélgettek, a gazdálkodásról is. Na, majd meglátjuk.

A bevásárlóközpontban nagy a margarinválaszték. Bizonyos fajták negyedkilós, mások félkilós kiszerelésben sorakoznak a polcokon. Döntési helyzetben vagyunk. Ezt már mindannyian tudjuk is. A sütéshez az olcsók közül csak a Héra nem való. Az főzőmargarin. Ismerjük a reklámból. Az egyik 16 éves lányka boldogan nyúl a negyedkilós Rámáért. Ez a legolcsóbb. A többiek ráhagyják. Mindegyik fiatal hánnasnál jobb volt matematikából. Nemcsak kettővel tudnak szorozni, nulla egész két tizeddel is. Csak arra kéne rájönni, hogy így tudjuk összehasonlítani a negyedkilós margarin árát a félkilóséval, azaz két negyedkilóséval, ha a negyedkilós árát megduplázzuk. Megszorozzuk kettővel. Vagy a félkilós árának a felét vesszük. Elosztjuk kettővel. És így az ugyanarra a margarinmennyiségre vonatkozó (egységárakat hasonlíthatjuk össze. (A dőlt betűvel szedett bekezdések pedagógiai háttérélményeket idéznek fel.)

Problémamegoldó képesség... Összehasonlító képesség... Életképesség. Nagy valószínűséggel, ha labdába is rúgnak majd a munkaerőpiacon, nagy góllövők nem lesznek. Nagy eséllyel szegény emberek lesznek. Akkor pedig nem mindegy, hogy mennyiből lesz az almás pite.

Az almás pite mint alkotás. A kreatológia az egzisztenciális, a személy megmaradásának, túlélésének problémáját megoldó alkotási produktumot is alkotóképességként, az „önmegőrzés inkarnációjaként" értelmezi (Magyari Beck, 1997). Ebben az értelmezésben az eredetiség az egyéni kreativitásnak nem domináns, hanem alárendelt jellemzője. Az alkotás, a kreatív teljesítmény – most – a sütemény, amely reprezentálja egy kultúra értékeit, technikáit, ízlésvilágát, közvetítési módját és emberi kapcsolatait az együttműködések rendszerében.

Maradjunk az almánál. A *kerettantervek* (még mindig) megadják a pedagógus számára a lehetőséget arra, hogy tanítványaik individuális és speciális nevelési szükség-

letei mentén döntsenek az oktatás bizonyos – nem kötelező – tartalmairól, szintjeiről, ütemérőll, szervezéséről, módszereiről stb. A *döntések* egyik alapvető szempontja általában a „felnőtt" életben várható *hasznosíthatóság*, a másik meghatározó – az előzővel gyakran nem egyeztetett – szempont a gyermek vélelmezhető *tanulási képessége*.

Ha megkérdezünk néhány éve végzett varrónőket, gyeses érettségizetteket vagy történelem-magyar szakos sorstársakat, mit tudnak a százalékszámításról, elbizonytalanodva igyekszenek – ki-ki az emlékezeti típusának legmegfelelőbb önsegítéssel – felidézni pl. a százalékalapot, a százalékértéket és a százaléklábat különböző helyzetekben. Általában kevés sikerrel. A kogníció eme – teoretikus – szintjén ezek szerint nem igazán térül meg a befektetés. Kell-e vajon ez a tudás az átlagembernek az átlagéletben? Ha ott ne adj' isten nem szükséges, az „átlag alatti életben" mi a helyzet?

A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola hallgatói az enyhén értelmi fogyatékosnak minősített fiatalok életútjának nyomon követése során, az 1980-as évek végén arra a megállapításra jutottak, hogy a volt növendékek nagyobb része jó pár esztendővel általános iskolai tanulmányai befejezése után is a szülői házban él. Közel felük rövidebb ideig vagy tartósan munkanélküli, így a háztartásban és a ház körüli munkákban vesz részt. A gyermekvédelmi – korábbi terminológiával állami – gondoskodásban részesülő fiatalok egyre nagyobb arányban lakásotthonokba kerülnek, vagy a számlájukon és testvérük, testvéreik számláján összegyűlt pénzből saját lakáshoz, házhoz jutnak. Most jutottunk el az almás pitéhez szükséges almához, pontosabban az almafához.

A ház udvarán, kertjében almafák, egyéb gyümölcsfák és szőlőtőkék teremhetnek. A különböző növényi kártevők, almamoly, pajzstetű, szövőlepke és peronoszpóra sem a kerítések, sem a társadalmi-iskolázottsági szint demarkációs vonalait nem érzékelik, így gátlás nélkül, szabadon pusztítanak a védtelen területeken. Tehát védekezni, permetezni kell. Permetezni többféle módon lehet. Ha a szülő ért hozzá, egyszerű mintakövetéssel el lehet tőle tanulni. Ha nem ért hozzá, vagy ha nincs szülő, a szomszéddal lehet ez ügyben kapcsolatot teremteni. Ha a fiatalnak jó a kommunikációs képessége, lehetőleg nem cigány, a szomszéd nyitott, kedves, segítőkész ember, van permetezőgépe és van maradék permetléje, lehet tőle (kölcsön)kérni. Ha a felsorolásból valami hiányzik vagy nem (egészen) úgy van, a tranzakció nem, vagy csak elemeiben sikerülhet. Reménykedjünk abban, hogy a permetezőgépet kölcsön lehet kérni. Esetleg, ha beválik a használata, meg lehet venni, esetleg akciós áron. Nem feltétlenül a legüdvözítőbb megoldás a szomszédra bízni a permetlé elkészítésének irányítását, mert nem biztos, hogy jól és könnyen érthetően magyaráz, az ember pedig – általában a frusztráltságával egyenes arányban – nem szívesen jeleníti meg szövegértelmezési nehézségeit. Tanítsuk meg az iskolában a permetlé készítését. Például a matematikaórán, százalékszámítás címszó alatt, tevékenységszinten. Vegyük a műanyag felmosó vedret, amelyet belül literes beosztás díszít, és a palacsintasütés során megismert mérőedénybe öntsünk a boltban

vásárolt koncentrátumból vagy oldjuk fel a megfelelő dózis granulátumot a prospektusban foglaltak alapján. A 3%-os, illetve a 0,3%-os permetlé elkészítése kapcsán – természetesen – akár mindegyik gyerek megtanulhatja a százalékalap, a százalékérték és a százalékláb kiszámításának absztraktabb módjait is.

A gyermek érdeklődését és az iskolai tanítást összekötő tartalom a hétköznapi élet, amelyet él, és amelyet környezete: családja, lakásotthona, iskolája, kollégiuma, települése kínál, szervez számára. Ha a gyermek számára a környezet a matematikai problémákat szegényes, korlátozó, kevés példán alapuló helyzetekben jeleníti meg, nehezíti a kapcsolódások hálózatának alakulását. További akadályt jelent a gondolkodás fejlődésében, ha az iskolai problémaszituációk szimbólumok, műveletek formájában fogalmazódnak meg (például egyszerű szorzási, összeadási, százalékszámítási feladatként), mert így a belső reprezentációik is szimbólumokon, illetve műveleteken alapulnak. Ha az iskolai és a hétköznapi élethelyzetek „reprezentációs hálózatát" jobban lefedi a tanulási folyamat, a belső reprezentációk kapcsolódása lehetőséget ad a transzferre, a matematikai megértés és a tudás alkalmazási képessége növekedhet.

Élethelyzetek: a motoros, kommunikatív, kognitív, orientációs, szociális, kreatív és érdekérvényesítési képességek fejlesztése

Az iskola társadalmi légköre, az iskolai munka szerkezete, a tanár-diák interakciók minősége, az együttműködések módjai és az iskolai élet szereplőinek egymás iránti figyelmessége a kutatások tapasztalatai szerint az iskolák anyagi ellátottságánál erősebben befolyásolják az iskolai teljesítményeket (Rutter, Coleman, Hoffer és Kilgore, cit. Giddens, 1997). Ha egy mindennapi iskolai történés, az ebédelés szerepét, lehetséges szerepeit árnyaltan elemezzük intézményeink világában, megállapíthatjuk, hogy jó szabadságfokon történő értelmezéssel és szervezéssel feszültségoldó és pihentető hidat teremthet a délelőtti fegyelmezett munka és a délutáni, gyakran kényszerű (dolgozó szülők, a gyerekkel boldogulni nem tudó család stb.) iskolában tartózkodás között. Az étkezés nemcsak az egyik legalapvetőbb fiziológiás szükségletünket elégíti ki, melegágya a biztonság, a szeretet és a kompetencia igénylésének is. Vajon a déli tizenkettő és a fél három közötti időszakban hogyan történne az ebédelés (és nem az ebédeltetés), ha a gyermekek az azonos és/vagy eltérő nemű barátaikkal egyeztetett időpontokban, mondhatnánk, kedvük szerinti időben, vagy csak egyszerűen, amikor megéheznek, kereshetnék fel az ebédlőt. A „társasági életnek" ezén a – csak látszólag szabad, valójában a pedagógusok által erőteljesen befolyásolható és kontrollálható – terepén a fiatalokkal szívesen együtt ebédelő felnőttek (pe-

dagógusok és az iskola valamennyi dolgozója) *mintát kínálhatnak az illem és a jó modor* gyakorlásának teljes repertoárjából: a gusztusos, hangtalan, az evőeszközöket az életkornak és az ételnek megfelelően használó, mértéktartó fogyasztásban, a kulturált, halk beszélgetésben, az udvariassági szabályok gyakorlásában. Amikor az első osztályban megbízzuk a gyermekeket, hogy önállóan tálaljanak, nemcsak *mozgásos ügyességüket és önismeretüket* fejlesztjük, hanem szociális érzékenységüket, segítőkészségüket is. A „foltmentes" ebédelés a tisztaság igényét és a felelősség megélését, a finommozgások magas fokú koordinációját és a saját fogyasztás alapos ismeretét, fogalmi szintű végiggondolását feltételezi. Az ügyesebb önkéntesen segítheti a kevésbé pallérozott mozgásút, akár a feladat átvállalásával, akár az asztal letörlésével. A lány tálalhat a fiúknak, a fiú vizet hozhat és tölthet a többieknek. Emlékezünk az étellel kapcsolatos korábbi élményeinkre, meg is beszéljük azokat, a megállapításokat pedig a gyakorlatban konvertáljuk. A tudomány mai álláspontja szerint semmivel sem egészségtelenebb a pecsenyelébe mártott kenyér, mint a nem kedvelt hús. Az étel egyénekhez illeszkedő, szeretetteljes, igazságos, ökonomikus és más szociális szempontokat is megjelenítő elosztásának norma- és értékteremtő hatásait sem olvasmány, sem matematikai feladat, sem dramatikus játék nem szolgálhatja a valós élethelyzeteknél adekvátabb közvetítési szinten. A moslékkímélő étkezés – különös tekintettel a bentlakásos intézményekre – a takarékosságra nevelés egyik markáns eszköze lehet. A gyerekek önkéntes – a felnőttekkel is tetszés szerint keveredő – együttléteiben természetes módon alakul az önértékelés. Ha gyermekeink világának legalább az iskolát jelentő fertálya megtisztul a társadalmat különböző módokon, nyíltan és burkoltan első- és másodrendű állampolgárokra szelektáló *tekintélyelvű reflexektől*, az önmagát beteljesítő jóslat rejtett üzenete igazodik deklarált, demokratikus embereszményünkhöz.

Valahol a közép-pireneusi régióban egy kis – személyiségzavarral, illetve tanulási nehézségekkel nehezített életű gyermekeknek és fiataloknak iskoláztatást és fedelet biztosító – gyermekotthonban a község polgármestere, pékmestere, postamestere, cipésze és kőművese – csupa tiszteletre méltó polgár – rendszeresen és térítésmentesen – jár ebédelni a lakóközösségekbe, ha csak teheti, nem a tányér ingyen-levesért. A szakmát tanult, vagy munkát kereső szakképzetlen „intézeti" fiatalokat így nem övezi misztikus csodálkozás, a tájékozatlanságon fogant távolságteremtő bizonytalanság, tartózkodás, vagy kisgyermekké tevő, jóindulatú „gyámkodás". A hétköznapi együttlétekben kialakulhat a (meg)ismerés, a bizalom, és a postán, vagy a cukrászda előtt a polgármesterrel jattoló ifjút (aki mellesleg tanulásban akadályozott, vagy/és marokkói származású) nemcsak a kedvezőbb adózási konstelláció, hanem a helyi társadalmi megítélés alapján is könnyebben, szívesebben alkalmazzák.

A dolog ilyen egyszerűen működik. Amikor (gyógy)pedagógusok körében mesélem (utópisztikusnak tűnő) vágyaimat, elképzeléseimet, és a hallgatóság elfogadó, megerősítő, de hitetlenkedő mosolya mögött érzem a kőfalat, eszembe jut egy könyv, az Ártó-védő társadalom, amely a mindennapi bosszantások környezetszennyezésének és a működési zavarok kapcsolatrontó hatásának is szán egy rövid

fejezetet. „A társadalom mindennapi működési zavaraiból eredő bosszúságok rongálják az emberi viszonyokat... A hatalom gyakorlása a mindennapi szolgáltatások területére is kiterjed a hiány és az abból adódó hatalmi helyzet miatt, ahol szolgálni kellene, ott is büntető-szankciókat gyakorolnak, éreztetik a »rászorulttal« függőségét. Akinek szüksége van valamire, az alávetett helyzetbe kerül attól, akinek őt el kellene látnia...A rosszul működő szervezetek mindennapi működési zavarai nem okoznak olyan nagy traumákat, mint amit a család okozhat, olyan megrázkódtatást, mint a társadalmi függőség során elszenvedett méltánytalanságok, még olyanokat sem, mint a munkahelyen elszenvedett igazságtalanságok, viszont éppen azért, mert a köznapi élet jóformán minden működési területére kiterjednek – mert mindig van valami zökkenő, ami nem megy, ami elromlott, amit át kell adni javításra, ami minőségileg rossz, aminek az elintézése sokkal több időt és energiát igényelne, mint a hiba elhárítása –, felmorzsolhatja az emberi türőképességet, előbb-utóbb összegeződve felérhet egy valódi traumával, olyannyira igénybe veszi az emberek idejét, idegeit, türőképességét, teherbirását" (Losonczi, 1989, 163–164.). Ha a pedagógusok anyagi és egyben erkölcsi javadalmazására, jövedelméből biztosítható életminőségére, presztízséből formálódó kapcsolati tőkéjére és állampolgári közérzetére gondolunk, könnyen megértjük a nemzet napszámosainak mérsékelt érdeklődését, közönyét a jóléti társadalmak (pedagógiai) kultúrájának működései és beállítódásai iránt.

Megjegyzem, az említett dél-franciaországi intézményben – a könnyű rozék és testes vörösborok hazájában a pedagógusok általában, ahogy az „rendes" családokban is szokás – nem a nemzet (étkezési) kultúrájától idegen absztinenciát „modellálják" az ifjúságnak, hanem az „őshonos" ivási szokások legfőbb erényét, a mértékletességet is a megismerés természetes kontextusában kínálják fel. Töltenek egy pohárral maguknak, vagy a gyerekek sürögnek körülöttük a cselekvésben „konkretizált" illő dózis gyakorlásával.

Az életmód más elemei: a tisztálkodási kultúra és a szexuális nevelés

A hétköznapi élet oktatási-nevelési feladatainak árnyalt értelmezéséhez és egy többszintű „beavatkozási stratégia" kialakításához is a tanulásban akadályozott gyerekekkel való „együttélés" szolgáltat empirikus tapasztalati forrásokat. Még a célkitűzéseikben a „fenomenológiai" orientációjú oktatás mellett elkötelezett (gyógy)pedagógusok is nehezen „szállnak alá" a különböző műveltségi területekhez sorolt különböző tantárgyakba tömörített és a kerettantervekben átfogóan megjelenített tartalmak megálmodásában és konkrét gyakorlati átadásában az egyes gyermek – sokszor pontosan a tanulási akadályozottság kialakulásában is oki tényezőként tetten érhető – sajátosságaihoz.

Az egyik korzikai nyaralásunk alkalmával, amikor három bentlakásos intézményből rekrutálódott kis csapatunk a mindennapi élet élményeitől eltérő világba pottyant az e célból az intézményben beszerzett új cipőben, és egy hosszabb bevezető gyalogtúra után landolt a tenger nagyon sós vizébe, vettük észre, hogy az öltözékében egyébként jól „elereszteti" társaság tagjainak egyharmada szenved körömágy-gyulladástól. Valamennyi kis áldozatról a kezelés időtartama alatt rögtönzött (rendhagyó) „tudásszintmérés" azt bizonyította, hogy nem idegen tőlük a téma, számos stúdiumban hallottak, tanultak tisztaságról és tisztálkodásról, körömkeféről, ollóról, használták is illő keretek között ez utóbbi szerszámot, de a lábujjkörüm vágását vagy a nevelő végezte, hol szerető és egyben gyermekké tevő gondoskodással, hol minősítő szövegbe ágyazott túlélési gyorsasággal. Az először említett (pedagógiai) hozzáállást magyarázza, de nem indokolja, hogy a kéz- és lábápolásra alkalmas, személyre szóló eszközök beszerzése az iskolában szokatlan tétel, de a bentlakásos intézmények költekezési lehetőségeit és általános színvonalát is magasan meghaladja. Rossz szerszámmal pedig a finom mozgások ezen igen nagyfokú koncentráltságot és összerendezettséget igénylő formája nem tanítható, nem sajátítható el a sérülés veszélye nélkül. Az elhanyagoló családi környezetből érkező gyerek számára még kevésbé biztosított e kitüntetett fontosságú gyakorlati tudás megismerése, elsajátíttatása az elsődleges szocializációs színtéren, sőt, a családokat érő szociális és szociálpedagógiai ihletettségű szolgáltatások sem célozzák a különböző szubkultúrák életminőségeinek eme mikroszintű megkörnyékezését. Az iskolának tehát fel kell, fel kéne vállalnia bizonyos ismeretek tevékenységszintű közvetítését, megtanítását is, a tanórán individuális foglalkozás, vagy kiscsoportos, játékos fejlesztés keretében, illetve tanórán kívül, az egyéni törődés valamilyen formájában. Mindezt természetesen a megszégyenülés, a kellemetlenség lehetőségének teljes megelőzésével, kizárásával, a védettség és a barátság légkörében. Az iskolában rendszeres az „individuális" tetűírtás, a test egyéb részeinek ápolási hiányosságai viszont nem veszélyeztetik a közösséget, így a családi szocializáció kompetenciakörébe utaltatnak.

Hat évvel ezelőtt az olaszországi Livornóból a korzikai Bastiába készültünk áthajózni egy fővárosi és két vidéki diákotthon kisbusznyi gyermekével. Késő este érkeztünk az ifjúsági szállóba, ahol „kvedukált", tizenkét fős szobákban kaptak helyet a turista-csoportok. Vécék, fürdőszobák a folyosó végén, piktogramokkal segítve a közös helyiségek nemek szerinti bontásban történő használatát. Megbeszéltük a gyors vacsorázás és még gyorsabb tisztálkodás térbeli és időbeli koreográfiáját, megnéztük a zuhanyozókat, majd – kis segítőimmel – nekiláttam elkészíteni a szendvicseket. A két fővárosi lányka időközben mezítelenre vetkőzött és szappanával, törülközőjével megindult a célhelyiségek irányába. A gyermekek hívtak ki kétségbeesetten, hogy Gy. és M. mit csinálnak. Amikor (meglepett zavarral) jeleztem a lányoknak, hogy a folyosón fiúk és férfiak is vannak, lehetnek, értetlenül hallgattak és szófogadón illesztették megnevezett testrészeik elé a törülközőt. Otthon, a diákotthon lányszintjén egyszerűen oldották meg a kérdést. A szeméremérzet kialakulását az élethelyzetek és magatartási minták (csak) együttesen eredményezhetik.

Egyik útitársunk, egy 15 éves, a nyolcadik osztály kihívásait is sikeresen teljesítő, állami gondoskodásban (mai terminológiával gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő, tartós

nevelésbe vett) felcseperedett, (valóban) enyhén értelmi fogyatékos, csendes, rendes és nagyon jóravaló nagylány az első napon csendesen sírdogált mellettem a tengerparton. „Kati néni, nagyon fáj a p...m!" – tört ki belőle az elkeseredés. A lányka külső szeméremajkán nőtt mintampon nagyságú érett furunkulus könnyedén engedelmeskedett a „flexibilitás-próbának", orvoshoz sem kellett mennünk. Noha M. emlékezett a tankönyv ábrájára és halványan a nyílakhoz kötődő szócsíkokra is, a genitáliák képe és a fogalmak megnevezése nem kapcsolódá(fiat)ott a saját test észleléséhez. A tengerparti „káromkodás" az ominózus általános iskola és diákotthon hétköznapi (nyelvi) kultúrájának egy, a szépség szigetére tévedt délibábja lehetett.

Egy ilyen furunkulus hosszú heteken át növekszik, és egyre erőteljesebben fáj. Ha van a fiatalnak (intim) érzelmi kötődése oldott lelkű és nyelvű (nevelő)tanárhoz, gyermekfelügyelőhöz, takarító nénihez, lehet segíteni a helyzeten és meg lehet tanulni a nemi szervek nyomdafestéket (jobban) tűrő megnevezéseit is. A kislány ruháiról nem hiányoztak a gombok, a szütyőjében volt szappan, vatta és WC-papír. Beszélgettünk a vörös sziklákról, a tenger sós vizéről, a keserkesaji ízéről és a gyermekkorunkról. A külső nemi szerveinkről is.

Az *iskolai szocializáció és a valós életvilág* (szocializációs) tartalmainak és hatásainak, az előzetes és szimultán tapasztalások, illetve a tantervek alapján történő iskolai nevelés *összeillési zavarának* legpregnánsabb területe a *szexuális nevelés*. A családi életre történő felkészítésnél is figyelembe kell venni mindazon szocializációs hatásokat, amelyek nem szándékosan közvetítenek információkat, ismereteket és mintákat. Ezeket a hatásokat megismerve és elemezve lehet a gyermekek és fiatalok személyi és tárgyi környezetét, kapcsolatait, beszéd- és viselkedéskultúráját úgy alakítani, befolyásolni, hogy segítsék mindazon pozitív beállítódások, magatartások és szokások kialakulását, amelyek a testi és lelki egészség neveléséhez szükségesek (Lebasque, 1993, Szabóné, 1996b, 1999).

A tanulásban akadályozott gyermekek és fiatalok életmódjában, egyéni életútjában tapasztalható, a hatékony társadalmi beilleszkedés szempontjából deficitként jelentkező szocializációs sajátosságok széles tartalmaival az iskolai oktatás és nevelés csak akkor képes „felvenni a harcot", ha a tanulás, az emberi kapcsolatok, a szocializáció megannyi hatását érzékelő és figyelembe vevő, azokat súlyozni, alakítani, szintetizálni is képes, az akarati, az érzelmi és a motorikus életet is ösztönző közösségképző tevékenységként értelmezi magát. Az otthoni, a családi élet és az iskolai élet közötti elszigeteltség, a két világ közötti létben megélt „idegenség" felszámolása vagy legalábbis csökkentése az oktatási-nevelési folyamatban a szociális értéknek a tanítás immanens elemeként értelmezett, igen személyes, közvetlen, mély emberi kapcsolatokat kínáló működését feltételezi. Ez a (pedagógiai) tartalom és kapcsolati kultúra nem pótolható, csak kiegészíthető az iskoláinkban, intézményeinkben erre a célra előszeretettel kiszemelt szabadidős tevékenységekkel, klubokkal, szakkörökkel, életmódtáborokkal. A pedagógus, a gyermekek és – ha csak mód és lehetőség teremthető rá – a szülők együttes, konfliktusokkal nehezített és könnyített élethelyzeteket feldolgozó összetartozásában van csak esély arra, hogy az iskola által

már évtizedek óta alapos kidolgozottsággal és változatos módszerekkel, de túlnyomórészt a kogníció, és kevésbé a (valódi) gyakorlati tapasztalás által közvetített értékek, normák és tudások az érzelmeken és az akaraton keresztül a viszonyulás, viselkedés és a magatartás építőkövei lehessenek.

Így vál(hat)nak *a szociokulturálisan hátrányos helyzetű* családok gyermekei, *a kisebbségi kultúrákban szocializálódó* gyermekek (*és a tehetséges*, a másképpen másmilyen gyermekek is, akikről most külön nem szóltam) kibontakozásukban, fejlődésükben *a ragadnos pedagógiai rendszerek által segítetté*. A tanulásban akadályozottak pedagógiája – az individuális nevelési szükséglet árnyalt értelmezése alapján – a gyermeket a múltjában és a múltjával, a jelenével, sőt a jövőjével (a lehető legönállóbb életre történő felkészítés, munkaerő-piaci esélyek stb.) együtt értelmezni kívánó, a szocializációs hatásoknak a „szokásosnál" nagyobb kévéjét felnyaláboló rendszerré válhat.

Összegezés

„Azért beszélek nekik példabeszédekben, mert van ugyan szemük, de nem látnak, van ugyan fülük, de nem hallanak."

Máté evangéliuma, 12. rész, 13. vers

Tudjuk, hogy a nagyon differenciált, egyéniesített, a többszintű (pedagógiai, szociálpedagógiai, szociális, egészségügyi stb.) preventív és segítő beavatkozásokat is kihívó és lehetővé tevő szemlélet és gyakorlat a közoktatás költségeinek növekedésével jár. Viszont az *igazságosság és az egyenlőség* – napjaink valóságában egyre nehezebben értelmezhető és csak bizonyos elemekben teljesíthető – filozófiájának alternatíváját teszi életképessé az iskolai praxisban: a *szabadság és az egyéniség filozófiáját* (Kozma, 1998) kínálja a megújhodásra.

Ez a gondolkodásmód *az egyén adottságainak maximális kibontakoztatását* jelenti, amely által *szabaddá és felelőssé* tehető. *A tehetséggondozás és az individualizált oktatás* stratégiái a gyermekek természetes adottságait és a szocializáció – sok szinterű és sokszereplős – folyamatában alakuló tulajdonságait továbbépítik és amennyiben szükséges, javítják. A ténytudások, normatudások és értéktudások átadásának és kialakításának módját, ütemét és módszereit, valamint alkalmazásának területeit a tanulók *individuális és speciális-nevelési szükségleteihez* igazítják. A mindenki számára szükségesnek minősített elemeket igyekszenek az egyének *életútjában, életmódjában* életre kelteni.

A közös műveltségtartalmakat, viselkedéskultúrát és motivációkat *minden gyermek másként és másra* fogja használni, állapítja meg Illyés korunk közoktatásának egyik legnagyobb kihívását, a fogyatékos és a nem fogyatékos gyermekek együtt vagy külön nevelésének kérdéskörét elemezve. „A közoktatás hasznosságát ugyan kifejezheti az átadott, elsajátított elemek elsajátításának színvonalát tükröző bizonyítvány, de az iskola valójában annyit ér, ahogyan és amilyen mértékben *az iskolai gazdagodás a gyermek egyediségében működni kezd és felhasználásra kerül*" (Illyés, 1999, 35.).

Az *esélyt* a boldogulásra és a boldogságra minden gyermek számára a tanultak valódi *„gyakorlati alkalmazásának"* a képessége biztosíthatja. Ennek a működőképességnek és hasznosulásnak a megvalósíthatóságához igyekeztem praktikus csokrot kötni – iskolatípustól és tantervtől függetlenül hasznosíthatóan – a gyermekek hétköznapi élete és iskolai fejlesztése együttes értelmezésének és működtetésének lehetőségeiből és módjaiból, nyitott szemeknek, füleknek és lelkeknek.

Irodalom

ANGELUSZ R. (1983) *Kommunikáló társadalom*. Gondolat, Budapest.

BABUSIK F. (1999) *Kutatás az ózdi régió cigány népessége körében*. Delphoi Consulting.

BERNSTEIN, B. (1971) *Társadalmi osztály, nyelv és szocializáció*. In: *Valóság*, 11. 35–57.

BERNSTEIN, B. (1975) *Nyelvi szocializáció és oktathatóság*. In: Pap M. és Szépe Gy. (szerk.) *Társadalom és nyelv. Szociolingvisztikai írások*. Budapest, 393–431.

BOURDIEU, P. (1978) *A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése*. Gondolat Kiadó, Budapest.

CARLGREN, F. (1992) *Szabadságra nevelés*. Török Sándor Waldorf-Pedagógiai Alapítvány, Budapest.

CHRAPPÁN M. (1998) *Integrált tantárgyak az iskolában, különös tekintettel a természettudományos nevelésre (1)*. In: *Embernevelés*, 1., 1–12.

CHRAPPÁN M. (1999) *Érvek a tantárgyi integráció mellett*. In: *Embernevelés*. 3., 1–19.

CSAPÓ B. (1998) *Az iskolai tudás vizsgálatának elméleti keretei és módszerei*. In: Csapó B. (szerk.) *Az iskolai tudás*. Osiris, 11–24.

DOBI J. (1998) *Megtanult és megértett matematikatudás*. In: Csapó B. (szerk.) *Az iskolai tudás*. Osiris, 169–190.

DURU-BELLAT, M., HENRIOT-VAN ZANTEN, A. (1992) *Sociologie de l' école*. Armand Colin Éditeur, Paris.

FORRAY R. K., HEGEDŰS T. A. (1998) *Cigány gyermekek szocializációja*. Aula.

GAÁL É. (2000) *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában*. In: Illyés S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 431–459.

GIDDENS, A. (1997) *Szociológia*. Osiris, Budapest.

GOLEMAN, D. (1997) *Érzelmi intelligencia*. Háttér, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1981) *A szocializációs folyamat és a fogyatékos egyén*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 2. 16–29.

ILLYÉS S. (1999) *Együtt vagy külön? Kihívás a fogyatékos gyermekek intézményes*

nevelésében, kihívás a közoktatásban. In: Hoffmann R. (szerk.): *Évkönyv a magyar köznevelésről 1998.* Oktatási Minisztérium – Országos Köznevelési Tanács, 29–35.

KEMÉNY I. (1999) *Tennivalók a cigányok/romák ügyében.* In: Glatz F. (szerk.) *A cigányok Magyarországon.* Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 229–256.

KOZMA T. (1994) *Bevezetés a nevelésszociológiába.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

KOZMA T. (1998) *Társadalmi egyenlőtlenségek az iskolában.* In: *Tanulmányok a közoktatásról.* Oktatási Minisztérium, 131–162.

LEBASQUE, H. (1993) *Amour et sexualité: les jeunes.* In: Le Monde de l' Éducation, 206. 20–23.

LOSONCZI Á. (1989) *Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít.* Közgazdasági és Jogi, Budapest.

MAGYARI BECK I. (1997) *Kreatológiai vázlatok.* Aula, Budapest.

MARÁCZI E. (1993) *Az értékközvetítő és képességfejlesztő pedagógia és program enyhén értelmi fogyatékos gyermekek általános iskolái számára kidolgozott változatának alapértékei.* In: *A Pedagógus Szakma Megújítása Projekt első éve. Alternatív pedagógiai programok.* Budapest, 15–16.

MESTERHÁZI ZS. (1998) *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

NAGY GY. ÉS MTSAI (1994) *A békéscsabai Jókai utcai általános iskola iskolafejlesztő programja.* (Alternatív program az enyhén értelmi fogyatékosok általános iskolájában tanulók számára.) Békéscsaba.

NAGY J. (1994) *Fejlesztési követelmények.* Iskolakultúra, 1-2. sz.

NAGY J. (2000) *XXI. század és nevelés.* Osiris, Budapest.

SÁGI M. (1997) *Társadalmi folyamatok a rendszerváltás után.* Kézirat. Országos Közoktatási Intézet Kutatási Központ, Budapest.

SÁNDOR É., JANZA K.-NÉ, LÉVAI J., SALNÉ LENGYEL M., URBÁN-NÉ VARGA K. (1990) *A korrektív célú integratív hatásrendszer kísérleti programja (örömiskola).* Országos Pedagógiai Intézet, Budapest.

SOMLAI P. (1997) *Szocializáció. A kulturális átörökítés és a társadalmi beilleszkedés folyamata.* Corvina.

SZABÓ Á-NÉ (1996a) *Szegénység és iskola. Kor- és kórkép a tanulásban akadályozott népesség iskoláztatásáról.* Trezor, Budapest.

SZABÓ Á-NÉ (1996b) *Szexuális nevelés a tanulásban akadályozott gyermekek és fiatalok általános iskolájában.* In: *Gyógypedagógiai Szemle,* 3., 218–222.

SZABÓ Á-NÉ (1999) *Első kutatási tapasztalataink a tanulásban akadályozott gyermekek és fiatalok szexuális nevelése területén.* In: *Gyógypedagógiai Szemle,* 2., 85–93.

SZABÓ L. T. (1985) *Hogyan működik a „rejtett tanterv"?* In: *Pedagógiai Szemle,* 2., 117–125.

SZABÓ L. T. (1993) *Minőség és minősítés az iskolában.* Keraban, Budapest.

Biblia. Ószövetségi és újszövetségi szentírás. Szent István Társulat, az Apostoli Szentszék Könyvkiadója, Budapest, 1976.

15.

Egy kibontakozó új iskolamodell a gyógypedagógia intézményrendszerében

Bevezetés

Az ezredfordulóra az iskolák, pedagógiai alkotóközösségek, szakmai műhelyek, a pedagógiai tapasztalatok gazdag tárházává váltak. Ezt a sokoldalú tudást nem csupán a pedagógiai nyitottság, a fokozódó igényesség szülte, hanem mindenekelőtt a megváltozott társadalmi, gazdasági és pedagógiai környezet, továbbá külső kényszerítő körülmények is, mint pl. a financiális és más szabályozók gyakori változása. Az új kihívásokra adott válaszok hazánkban, de Európa-szerte is nagyon eltérőek. A fejlett országokban megközelítőleg azonosan vetődtek fel pedagógiai, gyógypedagógiai dilemmák, amelyekre azonban az adott sajátosságokból következően eltérő elméleti és gyakorlati válaszok, szervezeti megoldások születtek (Mesterházi, 1998.).

Az egyenlőség eszmények pedagógiai megközelítése, a másság értelmezése, kezelése, a fogyatékos gyermekek integrált vagy elkülönített nevelésének-oktatásának dilemmája, az inkluzív (befogadó) iskola gondolata, a gyógypedagógiai szolgáltatások, kompetenciák bővülése terén fennálló különbségek láttán a közös gondolkodás igénye is egyre kifejezettebbé vált. Az együttnevelés tapasztalatai már az 1970-es és az 1980-as években nyilvánosságot kaptak a nyugat-európai országokban és Észak-Amerikában. A gyógypedagógiai szolgáltató központok nagyon eltérő arculattal működtek az egyes országokban, de a speciális nevelési szükségletű gyermekek számára mindenütt biztosították a teljes körű gyógypedagógiai ellátást (Illyés, 1995; Csányi, Zsoldos, 1994; Gordosné, 2000).

A külföldhöz hasonlóan a magyar gyógypedagógia is jelentős változást élt meg. Ebben a folyamatban az enyhén értelmi fogyatékos tanulókat nevelő elkülönített, úgynevezett kisegítő iskolai nevelés kialakulása, függetlenedése, évszázados megerősödése is hosszú és nehéz küzdelemnek számított. A beiskolázott tanulók számának növekedése, a változó iskolai tartalmak stb. a folyamatos elméleti megújítást igényelték, pl. az értelmi fogyatékosság fogalma vagy a szakmai kompetencia kérdéskörben (Gordosné, 1990; Lányiné, 1996; Mesterházi, 1998). Gyakran változtak magát az iskolát és a populációt megjelölő címkék is, amelyek sohasem, ma sem egységesek annak ellenére, hogy a közoktatásról szóló törvények ezt mindig szabályozták.

Az enyhén értelmi fogyatékos tanulókat nevelő általános iskola világát ma a

szemléletváltás, és a felhalmozott tudás hasznosítási szándéka jellemzi. A pedagógiai innovációból a gyógypedagógia is kivette részét. Az alternatív megoldások széles skálán jelentek meg (pl. az egyéni fejlesztésre épülő nevelés, a nyelvi-irodalmi kommunikációs nevelési módszer, a komplex művészeti nevelés, az értékközvetítő és képességfejlesztő program vagy az örömiskola) mint korrektív célú, integratív hatásrendszer. Ez a felsorolás nem teljes, lehetne bővíteni az oktatási, nevelési kísérletek sorával, amelyek a tanórákon, a tanórán kívüli tevékenységekben, diákotthonokban, lakóközösségekben egyaránt megjelentek (Szabó, 1995). Elmondhatjuk, hogy mára már számos új kérdésre tudatos gyógypedagógiai válaszok születtek. Mindezzel együtt a mintegy évszázadon át kisegítő iskolának nevezett intézményben még a teljes megújulást akadályozó számos nehezítő tényező is jelen van. Nincs megfelelő válasz pl. a kisebb településeken többszörös összevonásban, mostoha tárgyi feltételrendszerrel működő volt kisegítő osztályok problémáira. Nyomasztó a szakemberhiány. Az egyes települések kedvezőtlen adottságai miatt hiányoznak a speciális szükségletek kielégítésére hivatott szakszolgáltatások mint a logopédia, a gyógytorna, a különböző szakterápiák és tréningek.

A „MÁSSÁG" ÉS AZ ISKOLAI VÁLASZOK

A szülők vagy a gondviselők többsége, amikor felkeresi az enyhén értelmi fogyatékos gyermekeket nevelő iskolákat kezében a szakértői javaslattal, nyíltan felteszi a kérdést: „milyen többletet, más pedagógiai ellátást kap gyermekem, ha az önök iskolájába íratom be?" Néhány évvel, évtizeddel ezelőtt ilyen kérdést ritkán fogalmaztak meg a szülők, illetve ilyen irányú tájékozódási igény csupán az értelmiségi szülőket jellemezte. Ma ez általános és természetes, ami azt mutatja, hogy már a szülők is másként képviselik érdekeiket. Pl. tisztában vannak azzal, hogy gyermekeiknek, úgynevezett másságuk ellenére is ma már a többiekkel való együttnevelése megvalósítható. Nehezen vagy egyáltalán nem fogadják el, hogy gyermeküket fogyatékosnak minősítsék, a többségtől elzártan, más gyermekként kezeljék. Elfogadják a gyermek egyediségét, felismerik másságát, de a többitől eltérő más kategóriába sorolást, a külön iskoláztatást, a behatárolt továbbtanulást, a korlátozott életlehetőséget sérelemként élik meg (Illyés, 1999).

A gyógypedagógiai iskoláztatás valamennyi szereplője számára komoly kihívást jelent megfelelni a szülői elvárásoknak. A fogyatékossággal élő gyermeket nevelő szülő gyakran úgy tekint a gyógypedagógiai intézményre, mint a gyermekének további hátrányt okozó, gátakat jelentő rendszerre. Az enyhén értelmi fogyatékos tanulókat fogadó iskolákkal szemben ez az ellenérzés még erőteljesebb. Az intézményeknek fel kell vállalniuk a szülői ellenérzések feloldását, a fokozódó igényeknek, elvárásoknak való megfelelést, az iskola által nyújtható pozitívumok folyamatos „propagálását", bemutatását. Úgy kell működniük ezeknek az iskoláknak, hogy mi-

nél kevesebb hátrányt okozzanak, és szakszerű gyógypedagógiai ellátással olyan esélyt adjanak tanulóiknak, amelyet a mai közoktatási rendszerben a többségi általános iskolák nagy része nem tud biztosítani. A szemléletváltás a speciális nevelési szükséglet tudatos elfogadásában, ehhez igazított gyógypedagógiai tevékenységek, szolgáltatások szerves egységében valósulhat meg.

„A 20. század végére világszerte elterjedten a «speciális nevelési szükségletű egyének» az egyetlen gyűjtőfogalom, amely minden régit felvált. Ebbe, az olykor összesen 20–25%-ot kitevő speciális nevelési szükségletű népességbe a különböző legsúlyosabb fokú és többszörösen halmozott fogyatékostól az enyhe fokban sérültekig mindenki beletartozik, és a szociálisan és emocionálisan problémás gyermekekre éppúgy vonatkozik, mint a kiemelkedő különleges képességűekre. Ebben a felfogásban a diagnosztizáló és értékelő folyamatoknak nem a csoportok és típusok szerinti osztályozás és címkézés a feladata, nem a gyermekek különböző standard csoportokba sorolása, hanem az egyes egyének nevelési szükségletének megállapítása (Magne, 1991; Ture, 1992.)" (Gordosné, 2000, 343.).

Az enyhén értelmi fogyatékos gyermekeket nevelő iskoláknak is az egyes gyermek nevelési szükségletéből kell kiindulni. A nevelés rendszerét, az oktatás tartalmát, eszközeit, szervezi formáit és módszereit a tanulási akadályozottságból eredő tulajdonságokhoz szükséges igazítani. Mindez a differenciálás különféle formáinak, módozatainak alkalmazását feltételezi (Gaál, 2000), ami azonban nem jelenti azt, hogy ezek az intézmények a „párhuzamosan folyó egyéni nevelésnek" lesznek a közoktatási színterei.

„Nemcsak azért nem, mert ez megvalósíthatatlan, hanem azért sem, mivel a nevelési és oktatási tartalmak, célok, eljárások minden egyénre szabott változatában vannak közös tudás-, műveltség-, készség-, képesség-, kompetencia-, neveltségi szint stb. elemek, amelyek elsajátítása nélkül egyetlen individuum sem lehet életképes. A közoktatás ezért – miközben a gyermek individuális természeti adottságait igyekszik a gyermek szociális hatásokra létrejött egyediségén belül felerősíteni és érvényre juttatni – általános célkitűzéseit is minden gyermeknél el akarja érni" (Illyés, 1999. 35.).

Az általános műveltség megalapozása a tanulói szükséglethez igazítottan

A nevelés általános célkitűzései nehezítő feltételként jelennek meg az enyhén értelmi fogyatékos gyermek nevelésében, mivel olyan követelményrendszer megvalósítását feltételezik, amelyek a sérült gyermek esetében nem realizálhatók (Illyés, 1999; Gaál, 2000). A közoktatásról szóló 1993. évi törvény és a fogyatékos tanulók iskolai oktatásának tantervi irányelvei teremtették meg a lehetőséget annak az isko-

lai modellnek a kialakításához, amely az általános műveltség megalapozásához szükséges tartalmakat a fogyatékos gyermek sajátosságaiból kiindulva értelmezi. A helyi tantervek kimunkálása lehetőséget ad az iskoláknak arra, hogy a helyi adottságok talaján, a beiskolázott tanulók fejlettségi állapotára, fejleszthetőségére, a szülői igényekre építve tervezzék meg tantárgyi rendszerüket, az oktatás tartalmát és a szervezeti kereteket.

Az Irányelvek szellemében a helyi tantervekben megfogalmazott követelmények elérésére megfelelő mozgástér is biztosított gyógypedagógusnak és tanulónak egyaránt. A helyi tantervekben, a pedagógiai programokban nyomon követhető az egyes iskolák nevelőközösségének a gyógypedagógiai nevelésről képviselt filozófiája. A megújulni képes nevelőtestületek pl. az integrált tantárgyi blokkok kialakítására törekednek, amelyek a tudáselemek belső elrendezésében a környező világunk egységét tükrözik. A tantárgyakat átszövő „tudás hálót" úgy alakítják ki, hogy a valóságról alkotott kép ne feldarabolt tudás, mozaikkép legyen, hanem a mindennapi életben tapasztalt, felfogható, felhasználható és rögzíthető ismeretkör.

A korszerűen felépített helyi tantervekben tudatosan központi kérdésként kezelik a tanítás-tanulás folyamatában állandóan jelen lévő tanulói tevékenységet. A folyamatosan bővíthető tevékenységek rendszere a közvetlen tapasztalásra épülést hangsúlyozza, az előzetes tudás, élmény felidézését segíti, a tanultak összefüggéseit, kapcsolatrendszerét mozgósítja, a további gondolati kapcsolatokat is megalapozza.

Az iskolák ma az úgynevezett „nyújtott" első évfolyammal dolgoznak. Ez azt jelenti, hogy az első évfolyamra megfogalmazott követelményeket a tanuló – fejlettségi állapotának megfelelően – két év alatt teljesítheti. Hatékonysága lemérhető az óvodás létből az iskolai életformára történő átvezetés eredményességében, a tanuláshoz szükséges motívumok megerősödésében, az egyes tantárgyakhoz tartozó tevékenységrendszer, szokásrendszer elsajátításában.

A gyógypedagógiai iskolák – a közoktatási törvény értelmében – pedagógiai programjaikban a sérült tanulók különbségeihez alkalmazkodó mérési, ellenőrzési, értékelési rendszert dolgoztak ki. A kisiskolás időszakban, a harmadik, a negyedik (esetenként a hatodik) osztályig a tanulási teljesítmények kifejezésére nem osztályzatot, hanem az írásos, szöveges értékelést alkalmazzák. A követelmények elérése tekintetében előnytelen különbséget mutató tanuló továbbhaladása, magasabb évfolyamba lépése így biztosított, mert elkerülhető az elégtelen osztályzattal járó évfolyamismétlés. Az „igazságosságát" megkérdőjelezhető osztályzatokkal szemben az írott, szöveges értékelés az egyéni különbségek kifejezésére, az egyéni fejlődés értékelésére ad lehetőséget.

Az enyhén értelmi fogyatékos gyermekekhez alkalmazkodó nevelés a tanítás-tanulás folyamatának számos területén megújult. A tanuló napi, heti iskolai elfoglaltságának, tanulási tevékenységének megszervezése nagyobb tudatossággal, a sérült gyermekek sajátosságaihoz igazítottan történik. A gyermekekben rejlő lehetőségek optimális kibontakoztatását szolgálják a tanulás-mozgás-kikapcsolódás ritmikus vál-

tozásai. Számos iskola ennek biztosítására az iskolaotthonos nevelést vállalta vagy különféle pedagógiai alternatívákat emelt be nevelési rendszerébe: szabad tanulás, lépésről lépésre program (Gaál, 2000). Nagyobb figyelmet fordítanak az órarend összeállításakor a tanulói teljesítőképességre, amely – a kutatások és tapasztalatok szerint – az első három tanítási órában a legnagyobb.

A TANULÁSSZERVEZÉS FONTOSSÁGA AZ ÚJ ISKOLAMODELLBEN

A jövőbe tekintve egyre valószínűbb, hogy a speciális nevelési szükséglet terén az illetékességet a hozzáértés jelenti és nem annyira az intézményes munkaterület (Illyés, 1995).

A gyógypedagógus illetékességi körébe tartozik és szakmai hozzáértését is minősíti, hogy miként tud új tanulásszervezési formákat felmutatni. Az iskola életében a tanulásszervezés két egymással szorosan összefüggő szintéren értelmezhető, egyrészt a tanítási és különböző foglalkozási órákon, másrészt az iskolai élet egészét átfogó szervezeti megoldások területén. Példaként a differenciált tanórai tanulásszervezésről és az iskola kereteit, környezetét átfogóan érintő tanulásszervezési lehetőségekről szólunk.

DIFFERENCIÁLÁS A TANÓRÁKON

A tanítási órák belső differenciáltsága a gyermekhez alkalmazkodó fejlesztés kulcsa, ezért a differenciálás legkülönfélébb változataival élnek a gyógypedagógusok. Az egyes tantárgyak tanításához, a gyakorláshoz bővült a választható taneszközök csoportja. Tankönyvcsaládok, tankönyvsorozatok állnak az iskolák rendelkezésére. Számos feladatlap, munkalap, segédkönyv választható. A gyógypedagógus a tanuló képességfejlődését, haladási ütemét figyelembe véve a gyógypedagógiai és a többségi általános iskola számára készült taneszközök közül is választ. Az iskolák egyre kedvezőbb tárgyi felszereltsége – fénymásoló, sokszorosító gép, számítógép, nyomtató, írásvetítő – lehetőséget teremt a saját tervezésű feladatok, gyakorló anyagok, helyi programok elkészítésére. Mindez közelebb hozza a tanulói szükséglethez igazított optimális segítést az eszközök szintjén. Ez a fajta differenciálás még nem érinti az enyhén értelmi fogyatékosnak minősített teljes tanulónépességet, elsősorban az összevont osztályok, kistérségi iskolák nehéz anyagi helyzete és szakemberhiánya miatt.

A gyógypedagógus tudja, hogy az enyhén értelmi fogyatékos tanuló nehezen sajátítja el a taneszközök használatát. Az orientációs képességek sérülése, az iskolára szocializáltság hiányossága, az iskola nyelvezetének elsajátításával kapcsolatos nehézségek nem késztetik a tanulót a taneszközökkel való tevékenységre. Az ép értelmű

tanköteles tanuló számára nem jelent nagy kihívást a tankönyv vagy a füzet lapjain a tájékozódás. Nem ez történik az enyhén értelmi fogyatékos kisiskolással tanulmányai kezdetén. Sok-sok tapasztalat, megerősítés után képes megbirkózni a térbeli tájékozódást igénylő feladatokkal. A tankönyvvel, a füzettel történő önálló vagy irányított munkához tudnia kell, mit jelent például a lap közepe, a széle, a jobb alsó sarka, a bal felső széle, a sor széle, a sor eleje, a sor közepe. Meg kell tanítani arra, hogy egy-egy tankönyvben, munkalapban milyen piktogramok találhatók, azok hogyan értelmezhetők, az utasításokat hogyan tudja legkönnyebben végrehajtani, a képeket elemezni, az ábrákat felhasználni.

A gyógypedagógiai szolgáltatás meghatározó eleme az intézménytípusra készült tankönyvsorozat, amely a fogyatékos tanuló sajátosságaihoz igazodva igen jól hasznosítható eszköz a képességek fejlesztésében. A specialitásokat hordozó tankönyvek használata mégsem problémamentes, hiszen ezek tantárgyanként eltérően strukturáltak, eltérő nyelvezetet, sajátos fogalomrendszert tartalmaznak. Bármennyire is leegyszerűsített, tömörített egy-egy tudományterület, a tankönyvekben az alapvető fogalmakat közvetíteniük szükséges. Jelentősen eltér pl. a matematika nyelvezete, fogalomrendszere, vizsgálati módszere, tevékenységrendszere a többi tantárgyétól. A matematika nyelvezetén túl a tevékenységformákat, a műveleteket, a gondolkodási rendszereket is el kell sajátítani, mint például: növekvő, csökkenő számsor, egyenlő mennyiség, több, kevesebb, páros, páratlan, számegyenes, relációs jel, pótlás, szorzás, osztás, összeadás, kivonás stb. A földrajz, a történelem tantárgy speciális taneszközei a térképek. Nehezítő körülményt jelent a tanulónak, hogy a valóságot kép- és jelrendszer formájában kell értelmeznie. A térképek sokaságának használatát (tanulói atlasz, fali térkép, földgömb, természetföldrajzi, gazdaságföldrajzi, tematikus térképek) éveken át tartó következetes gyakorlással, megerősítéssel, tevékenységek sorával képesek csak elemi szinten is elsajátítani. A gyógypedagógusnak valamennyi tantárgyhoz, tankönyvhöz tanulási szokásrendet szükséges kialakítania. Ezek az algoritmusok mintájára erősíthetők meg és így működtethetők eredményesen. A folyamatos értékeléssel, ellenőrzéssel tárható fel az egyes tanulóknál a tankönyv használatának a nehézsége, amelyre egyéni fejlesztő programot is alkalmaznak a gyógypedagógusok. A célzott tevékenységek szorosan épülnek egymásra:

- tájékozódás a lapon, a képen, az ábrán;
- a piktogram, az utasítás értelmezése;
- a feladatban a lényeg kiemelése, értelmezése;
- a feladatmegoldás lehetséges formáinak begyakorlása,
- az írásos, a rajzos feladatok megoldási módjai és gyakorlása;
- a célfogalmak értelmezése a szövegkörnyezetben;
- az olvasottak tartalmának visszaadása, megértésük bizonyítása saját szavakkal vagy feladatok megoldásával.

A gyógypedagógus szabadon dönthet a tekintetben, hogy a tanórákat, foglalkozásokat a hagyományos órakeretben tartja, vagy más szervezeti formában, például erdei iskolában, a természeti környezetben, könyvtárban, múzeumban. A változó szervezeti formában számtalan differenciálás, feladatkijelölés, tevékenység kínálkozik és többségük nem függ az intézmény anyagi lehetőségétől. Az iskolák a helyi adottságok szerint széles repertoárral rendelkeznek a tanórák színtereit illetően. A különféle szervezeti formákkal a valóság pontosabb megismerésén túl a szociális képességek, kompetenciák fejlesztésének új minőségét teremtik meg.

A tanulók tevékenységére épített tanórákon a gyógypedagógus figyel a lassúbb tempójú tanulókra, az egyes tanuló ismeretanyaggal, cselekvéssel történő terhelhetőségére, a feladatok technikai kivitelezésére, a tanulók által elérhető teljesítményszintekre.

Tudatos tervező munka kérdése csupán, hogy az adott tananyagot miként lehet elérhető szintre emelni a lassabb fejlődési ütemet, tempót mutató tanuló esetében. Differenciálnak a tananyag, a feladat terjedelmében úgy hogy rövidített, tömörített szöveget alkalmaznak, tőmondatokban megfogalmazható válaszokat kérnek, kiemeléseket várnak a tanulótól, vagy jelrendszerrel, szócsíkokkal dolgoztatnak az írásos feladatoknál. A munkáltatásban az önálló választás lehetőségét kínálják, a saját munkatempót hagyják érvényesülni a fokozatosan nehezedő feladatoknál. A túlterhelés és túlzott követelménytámasztás elkerülése mellett a tanulási motiváció felerősítését is szolgálják ezek a tanulási adottságokhoz igazított munkaformák.

Az azonos évfolyamba sorolt enyhén értelmi fogyatékos tanulók teljesítménye nagyon heterogén képet mutat tantárgyanként, témánként, de még egy-egy órai tananyag elsajátításában is. A tantervi irányelvek a követelmények teljesítéséhez hosszabb időkeretet biztosítanak, az előírt követelmények a minimum szintet reprezentálják, hogy a kirekesztést elkerülve esélyt biztosítsanak a leggyengébb képességű tanulónak is. Az iskolák helyi tantervében tantárgyanként, évfolyamonként is nagyon árnyaltan, differenciáltan fogalmazzák meg a követelményeket. Az ismeretelsajátítás és az ehhez kapcsolódó tanulási tevékenység szintjeit az egyes tanulók egyéni adottságaira figyelve tervezi meg a gyógypedagógus a tanítás-tanulás folyamában. Így a differenciált foglalkoztatás egész tevékenység-repertoárt is felölelhet az egymásra épülő tanórákban. Lesznek tanulók, akik a felismerés-megnevezés szintjén dolgoznak, eszköz segítségével válogatnak, csoportosítanak, hozzárendelnek, címkéznek, kiegészítéseket végeznek. Mások képesek a tanultak reprodukálására néhány megerősítő kérdés, jel, szimbólum vagy ábra segítségével. Magasabb szintű művelet végzésére képesek azok a tanulók, akik a tevékenységet megadott szabály, vagy a tanult szabály szerint végzik. Az ilyen jellegű, a teljesítményszintre figyelő differenciálás a feltétele a változatos és helyes tanulói eszközhasználatnak, a feladattartásnak, a tanórákon megteremthető fegyelmezett munkavégzésnek, a harmonikus és pozitív légkörnek.

A gyógypedagógusok többsége a munkaszervezésben alkalmazza leggyakrabban

a differenciálást. Az egyéni, a páros, a kiscsoportos munkaforma eredményesen alkalmazható az enyhén értelmi fogyatékos tanulók esetében is. A kipróbált tanulópárok tagjai jól kiegészítik egymást, ösztönzőleg hatnak egymásra. A kiscsoportban végzett munkáltatás – főleg az eltérő képességű tanulókból alakított csoportban – növeli a munkatempót, fejleszti a kooperációt, lehetőséget ad a pozitív tanulási, viselkedési minták követésére. A csoport tagjai között jelen lévő „mi tudat" az együttműködés, az együvé tartozás örömével ajándékozza meg a tanulókat. A következetesen működtetett csoportmunkával elkerülhető az alulteljesítő gyermekek spontán kirekesztettsége az osztályközösségen belül.

A differenciáló szemlélet és metodika általában jelen van az enyhén értelmi fogyatékos tanulókat nevelő intézményekben. De az is megállapítható, hogy a gyakorlatban ez nem minden esetben párosul még a tudatossággal, a szakszerűséggel. A tapasztalatok azt mutatják, hogy vannak olyan iskolák és osztályok, ahol alig szerepel a differenciálás, és a gyógypedagógiai foglalkozás az átlagos képességű tanulóhoz igazodik, általában frontális osztálymunka szerveződik kevés eszközzel és minimális tevékenykedtetéssel.

Úgy is fogalmazhatunk, hogy az enyhén értelmi fogyatékos tanulókat nevelő iskolákban már általában jelen van a differenciáló szemlélet, az egyéni képességekhez igazított tanítás-tanulás, a fogyatékosságból, a „másságból" eredő hátrányok csökkentésére való tudatos törekvés, azaz egy új iskolamodell van kibontakozóban. A gyógypedagógusok, óvodapedagógusok és tanítók korszerű ismereteihez, szemléletváltozásához jelentősen járulnak hozzá azok a továbbképzési lehetőségek, amelyeket a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola indított el több mint egy évtizede (Gordosné, 2000).

Az iskola egészének, környezetének tanulást segítő alakítása

Az enyhén értelmi fogyatékos tanulókat nevelő intézmények átalakulását követve, jól kivehető az a törekvés, amely igazolja, hogy a fogadó környezetet miként kívánják a fogyatékossággal élő gyermekek szükségleteihez igazítani. Az iskolák olyan körülmények kialakítására törekszenek, amelyek a belső egyensúlyt, a nyugalmat, a szeretetteljes odafordulást, azaz a „gyermekközpontúságot", az érzelemgazdagságot sugallják. A 10–14 fős csoportok, a világos tantermek, a tanulóhoz igazított berendezés, az életkornak megfelelő dekoráció mind fontos üzenetet közvetít a tanulónak. Az óvodai létből az iskolai létbe történő átvezetés legfontosabb eleme a gyermek szabadságának biztosítása, a túlzott korlátozás elkerülése. Ezt szolgálja a nyitott polcrendszer, a játékok szabad használata, a saját felszerelés biztonságos elhelyezése. Hasonlóan a játszó-szőnyeg, a mese, a beszélgetések, a dramatikus játékok színhelye is, ahol kört formálva megfelelő elrendeződés kínálkozik a metakommunikációra, az együvé tartozás örömének, játékosságának megélésére.

A tanteremben és az iskola más, változatos színterein fejleszthetők azok a társas kapcsolatok, kommunikációs lehetőségek – a kapcsolatfelvétel és -fenntartás szokásai – amelyek a társadalmi integráció, a sikeres szocializáció alapját képezik.

Az iskolai térhez fűződnek azok a szokásrendek, amelyeket a pedagógiai programban megfogalmazunk. Így az önálló öltözés, vetkőzés, az étkezés, a tisztálkodási szokások, a felszerelés rendje, a környezetgondozás, a környezethez való viszonyulás, köszönési szokások, kérés, kérdezés, tudakozás. Minden szokásrend csak hosszas gyakorlás, megerősítés, tudatosítás útján válik belsővé.

Ehhez nélkülözhetetlen a pedagógiai következetesség, a gyógypedagógiai türelem, a megértés és segítőkészség, de ugyan ilyen súllyal a téri állandóság. A szokásrend és a téri tudatosság együtt fejlődik, alakul.

A megfelelő tér biztosításához, a téri tudatosság fejlődéséhez szorosan kapcsolódik az osztály, a csoport, vagy az egyes tanuló tanulási szokásrendje.

Térszervezéssel biztosítható a valóság megfigyelésének optimális formája, a tanuláshoz szükséges eszközök adekvát használatának elsajátítása, a tanulás segédeszközeinek tudatos használata, a tanulási sorrend tervezése.

Az iskolai tér birtoklása, a tanulási technikák és a térszervezés összefüggései ebben a megközelítésben többet jelentenek, mint a tanulás külső feltételei. Tartalmi, módszertani kérdésként kerül előtérbe, hogy az adott tér miként szolgálja a térbeli és időbeli tájékozódó képesség fejlődését, a tanulási technikák elsajátítását, a társas érintkezés, az önkiszolgálás szokásrendjének birtoklását, a motiváltságot, a kommunikációs lehetőségeket. Az iskolai tér fontosságát mutatja az is, hogy a szülők az iskolaválasztási időszakban egyre inkább határozottan igénylik az egész iskolának a megtekintését, mielőtt döntést hoznának.

Az iskola az adott tanévre szóló órarendjében, munkatervében rögzíti azokat a szervezeti formákat, amelyekkel rövid, illetve hosszú távon is dolgozik. Ezen formák között megtalálható az egy évfolyamon belüli csoportbontás, amit a napi gyakorlatban párhuzamos tanításnak neveznek. Ez egyik lehetősége annak a belső szervezeti differenciálásnak, amely elsődlegesen az alsó tagozaton az anyanyelv és a matematika tanításában valósul meg. A csoportbontást a tanulók között a fejlesztés dinamikája terén megmutatkozó nagyobb különbségek indokolják, valamint a korrekciós eljárások és eszközök eredményesebb alkalmazása az egyéni különbségek intenzív kezelésében. Más-más szervezeti keretek szükségesek a közoktatási törvényben biztosított egészségügyi és pedagógiai célú habilitációs, rehabilitációs foglalkozásokra. Az intézmények többsége olyan fejlesztő szobákat alakított ki, amelyek a habilitációs, rehabilitációs órák színtereként funkcionálhatnak. A fejlesztő szobák berendezése, eszköztára jelentősen eltér a tantermi környezettől. A fejlesztő célokat szolgáló helyiségnek alkalmasnak kell lennie a játékra, a nagy- és kismozgások korrekciójára, a logopédiai és a kommunikációs zavarok kezelésére, a figyelem, az emlékezet, az észlelés különféle zavarainak megszüntetésére, enyhítésére. A habilitációs órákat a délelőtti tantárgyi órákhoz csatlakoztatva, vagy az órarendben e célra kije-

lölt időpontban oldják meg terapeutaszakos gyógypedagógusok. Az enyhén értelmi fogyatékos tanulók nevelésében a kötelező alapszolgáltatások körébe tartozik a napközi, a tanulószobai ellátás a szülő, a gyermek igénye szerint. A tanórán kívüli szervezeti formákat színesítik a tanulók érdeklődésére, tehetséggondozására épülő szakkörök, klubok, klubnapközik, sportkörök. Ezek a csoportok más szempontok szerint jönnek létre. Itt elsődleges cél a jól működő képességek további fejlesztése, a tanulók érdeklődésének, motivációjának megfelelő kibontakoztatása. Az értelmi fogyatékossággal élő tanulók jól működő képességeinek fejlesztése legalább annyira fontos, mint a hiányosan működő képességek kezelése.

A tanórán kívüli foglalkozások a tanóráról kiszorult tevékenységeknek adnak lehetőséget, a sport, a zene, a kézművesség, az alkotás, a hobbi világában. A különböző életkorú és évfolyamú tanulókból szerveződő csoportokban felerősödnek a kommunikáció, a mintakövetés, a szorosabb társas kapcsolat, a segítségadás különféle formái. A szabadidős programokban egyre gyakoribb az olyan együttműködési lehetőség és forma, ahol az enyhén értelmi fogyatékos tanuló és a többségi általános iskola tanulója egy csoportban végzi tevékenységét. Az általános iskolával azonos épületben elhelyezett speciális osztályok életében ez ma már mindennapos gyakorlat. Az önálló intézmények kulturális, sport, művészeti, erdei iskolai programokban, közös rendezvényekben, projektek megvalósításában keresik az ép társakkal történő együttműködés lehetőségeit. A tanórán kívüli tevékenységformák változatossága a szociális képességek pozitív irányú fejlesztését eredményezi. Ahol az intézmény a felvázolt tevékenységformákat évről évre biztosítja, ott jelentősen felértékelődik a napközben, a szakkörben, a klubban feladatot végző gyógypedagógusok szerepe, ők tehetik a legtöbbet a szociális képességek fejlesztésében iskolai szinten megfogalmazott célokért. Megtaníthatják a tanulókat beszélgetni egymással, türelmesen meghallgatni, elfogadni egymást, kulturáltan vitatkozni, konfliktust feloldani, figyelni a másikra, érdeklődni iránta, együttműködni, segítséget nyújtani, megérteni, elfogadni szabályokat az együttélésben, azokhoz alkalmazkodni, felelősséget vállalni, udvariasnak lenni, az önérvényesítést korlátozni. A felsoroltak a gyógypedagógiai munkának csupán egy szeletét jelentik, de talán elegendőek ahhoz, hogy érzékeltessék, az ilyen iskolamodellben a tantárgyat tanító és a napköziben, klubban működő gyógypedagógus egyenrangú fél a nevelési célok megvalósításában.

A NYELVI HÁTRÁNYOK KEZELÉSE

Rendkívüli kihívást jelent a gyógypedagógus számára, hogy miközben az összetett, gyors ütemben változó világunkban történő eligazodásra, ennek a világnak az értelmezésére kell felkészítenie növendékeit, addig a tanulók nagy százaléka súlyos nyelvi hátrányokkal érkezik. A nyelvi hátrányok jelentősen rontják a tanulók iskoláztatási esélyeit, a többségi általános iskolai pályafutásuk lehetőségeit. A családi szo-

cializáció meghatározó szerepet játszik a gyermekek nyelvi felkészültségében, egyedi sajátosságok kibontakoztatásában. „A közoktatás a társadalom óvodáit és iskoláit működteti, ezek elé azt az eszményt állítva, hogy a közoktatási intézmények a gyermekek csak rájuk jellemző egyedi sajátosságait, individualitását bontakoztassák ki, a gyermekben magában rejlő lehetőségeket hozzák felszínre, tegyék tudásuk, felkészültségük, képességeik, kompetenciáik fő meghatározóivá. A közoktatás azonban már nem a gyermek természetes arculatával, hanem a gyermek családi nevelésben és intézményes nevelés előtti szocializációban formálódott egyediségével találkozik. A gyermek egyedi nevelési szükséglete természeti adottságainak, szocializációjának és az őt szocializáló környezet sajátosságainak egybefonódott együttese, amely iskoláztatásának időtartama alatt is a szocializációt meghatározó környezet öntudatlan és tudatos hatásai alatt formálódik, és a családi környezet egyediségén keresztül a társadalom tagozódását közvetíti az iskola felé" (Illyés, 1999, 34.).

Az iskolában a nyelvi fejlődést, fejlesztést elsődlegesen az anyanyelvi tantárgyak, a nyelvi rendszer elsajátításának képességét fejlesztő programok, valamint a szövegértést, szövegalkotást és szókincsbővítést segítő terápiák szolgálják.

A nyelvi fejlődést segítő terápiás program egyetlen olyan gyógypedagógiai intézmény helyi tantervéből sem hiányozhat, ahol enyhén értelmi fogyatékos tanulókat nevelnek. A nyelvi nehézségek okai nagyon összetettek, a fogyatékosság által módosult pszichés funkciókra, az ingerszegény környezetre, társadalmi réteghez, etnikai csoporthoz való tartozásra is visszavezethetők (Vinczéné, 1997).

A probléma más oldalról is adott, nevezetesen az iskolában elvárt, az iskolában megjelenő világ fogalmi struktúrájának jelentős eltérése az otthoni környezet fogalmi struktúrájától. Az iskolában a leggyakrabban előforduló nyelvi formák, fogalmak a tanári utasításhoz kötöttek. „Vedd elő!", „Kösd össze!", „Keresd a párját!", „Karikázd be!", „Tegyél ugyanannyit!", „Vegyél ki egyformákat!", „Keresd meg a hasonlókat!". Ezek az értelmi fogyatékossággal élő tanuló számára nagyon elvont utasítások. A gyermek nyelvi világa – de a család által alkalmazott nyelvi rendszer is – ennél egyszerűbben szerveződik. Az iskola a kommunikációs képességek fejlesztésével érheti el a tanulási képességek fejlődését is.

Az iskola nyelvi rendszerében gyakoriak a viszonyfogalmak, a gyűjtőfogalmak, míg a fogyatékossággal élő gyermek élete az iskolát megelőzően más dimenziókra épült. Sokan nem találkoznak a mesékkel, a versekkel, nem kell színezni, aláhúzni, bekarikázni. Nem jelennek meg az életükben az iskolához közel álló tárgyak, mint vonalzó, vagy mértani testek, a zsírkréta, vagy olyan fogalmak, mint űrtartalom, hosszmérték, ige, főnév stb.

A tanulási sikert – nyelvi hátrányok esetén – csak az hozhatja meg, ha a tanuló képes lesz megfelelni az iskolai követelményeknek, vagyis szocializált lesz nyelvi szinten is.

A nyelvi hátrányok kezelésében a differenciált fejlesztés hozhatja meg a kívánt eredményt.

A fejlesztés folyamatában a tanulók tevékenysége kerül előtérbe, ahol a kommunikációs helyzetek sokaságát élhetik meg, miközben artikulációs gyakorlatokat végeznek, a pontos, szép kiejtést, a mondatfűzést gyakorolják. A szókincsbővítés az iskolára és a tanuló által megtapasztalható világra irányul. A tapasztalat segít a pontos képzet kialakításában, a fogalmak jegyeinek feltárásában, a fogalom megértésében, elraktározásában. Egy-egy szó és annak jelentéstartalma sok-sok gyakorlással, különféle kontextusban alkalmazva lesz az aktív szókincs része.

Az utasítások felfogása, megértése és végrehajtása jelzi, hogy a tanulók ráéreztek-e az iskola nyelvezetére.

A szövegértő képesség fejlesztése nagyon egyszerű, hétköznapi történetek feldolgozásával kezdődik, amelyekből csupán a helyszínt, a szereplőket, vagy az esemény sorrendjét kell megnevezni. A szövegértésről meggyőződhet a gyógypedagógus egyéb tevékenység elvégzésével is, így, ha a tanuló lerajzolja az elmondott vagy felolvasott szöveget, vagy feladatlapon, feladatok megoldásával bizonyítja a szövegértést, a szövegfelfogást. A szövegfeldolgozási képesség megerősítését, a szókincs aktivizálását segítik azok a célzott gyakorlatok is, amelyekkel azt várjuk a tanulótól, hogy fejezze be a történetet, adjon címet a fejezetnek, mondja el más nézőpontból az olvasottakat, váltson helyszínt, szereplőket, mutassa be mozdulattal, vagy dramatikus játékkal a történet egy-egy részletét. Az ilyen és ehhez hasonló feladatok a programok szintjén a nyelv biztos használatát kívánják és egyben fejlesztik is azt.

A társas kapcsolatoknak, az érintkezés szabályainak megvannak a kívánatos nyelvi formái. A kommunikációs normák betartása, megerősítése minden pedagógus feladata és felelőssége. Ez azzal kezdődik, hogy miként köszöntjük egymást az első találkozáskor. A tanár-diák kapcsolat bensőséges voltát sugározza, ha nem félvállról köszönünk, hanem oda fordulva, szemkontaktust teremtve. Erre tanítjuk növendékeinket is, azzal együtt, hogy elvárjuk a pontos, szép nyelvi megfogalmazást, például a „jó reggelt" helyett „jó reggelt kívánok", a „csókolom" helyett „kezét csókolom". Az egymás közötti érintkezésben, a társas kapcsolatban meghatározó az egyes tanuló számára, hogy miként tud jelen lenni, bekapcsolódni a közösség által folytatott beszélgetésbe. Érdeklődni, tudakozódni, megköszönni, érvelni, rövid válaszokat adni, elutasítani, tájékoztatni tudnia kell. Mindezeknek a helyzetgyakorlatoknak helye van a tanórán éppen úgy, mint az egyes tanuló nyelvi fejlesztését szolgáló habilitációs órán.

A nyelv fejlesztése az iskolai élet valamennyi területén jelen van, valamennyi dimenzióját érinti, ezért központi kérdésként kell kezelni az intézményi programban, helyi tantervben is.

A nyelvi rendszer elsajátításához, de főleg az iskola nyelvezetének birtoklásához az alapvető pszichés struktúrák megfelelő működését is el kell érni. A figyelem, az emlékezet, az akarat, az emóciók, az észlelési struktúrák aktivizálhatósága nélkül nem lehet eredményes tanulásról beszélni. A folyamatot így a tanulás tanítása oldaláról is szükséges áttekinteni, hiszen a gyógypedagógiai nevelésben a tanulási ké-

pességek fejlesztése jelenti azt az átfogó pedagógiai tevékenységrendszert, ami köré rendezzük feladatainkat (Mesterházi, 1998).

Amennyiben az alapstruktúrákból csupán egyet emelünk ki, például a figyelmet és azt a habilitációs, rehabilitációs munka oldaláról közelítjük meg, akkor látszik, hogy az iskolai szolgáltatások köre milyen apró elemekre bontható. Ezen apró elemekből építkezik a gyógypedagógia.

A tanítás-tanulás teljes vertikumában figyelni tanítunk, odafigyelni egymásra a tanteremben, az órán, a szünetekben vagy egyéb színtereken történő folyamatokra. Erre tudatosan, célirányosan készül a gyógypedagógus, e célból szervezi meg a tanulók tevékenységét játékosan, vagy a tréning eszközeivel, különféle módszerek, technikák felhasználásával. Figyelni és a benyomásokat, az átélt az észlelt eseményeket hosszabb időszakra elraktározni tanítunk akkor, amikor naponta eljátsszuk, hogy az osztályban ki érkezett ma utoljára, ki hiányzott tegnap, ki kapott ma elsőként dicséretet, vagy ötös osztályzatot, ki ment ki elsőként a teremből. Ezek a visszatérő játékok a figyelem, az emlékezet tréningjét jelentik, szoktatva a tanulót a pontos megfigyelésre, a történések megőrzésére, felelevenítésére. Az alapvető kultúrtechnikák elsajátítása is csak úgy lehetséges, ha a tanuló képes a szándékos figyelemre, a tartalmak tárolására, felidézésére. A kisiskoláskorban minden tanítási órán, de az egyéni foglalkozásokon is helye van a játékos emlékezet- és figyelemfejlesztésnek. Különféle szekvenciák megfigyelése, reprodukálása, tárolása eltérő időtartamokra, a feladatok nehezítése, variálása, de a legfontosabb, hogy az óra végén, a nap végén, a hét végén is kérjük a játékos gyakorlat emlékezet útján történő pontos felidézését.

Nemcsak a figyelem, az emlékezet, az akarat fejlesztését, hanem az iskola nyelvezetének elsajátítását is szolgálják azok a szóbeli utasítások, amelyek a feladatok előtt szinte naponta elhangzanak, pl. „rakd sorba!", „változtass a sorrenden!", „hasonlítsd össze!", „mi hiányzik?", „mi változott?", „rendezd az egymáshoz tartozókat!". A példaként felsorolt tevékenységek mindig terápiás célokat szolgálnak az enyhén értelmi fogyatékos tanulók nevelésében.

A fejlesztés terjedelmét, intenzitását a tanuló fejlettsége, a fogyatékossága által módosult képességstruktúrája határozza meg. Az enyhén értelmi fogyatékos tanuló az irányított, az önálló tanulásra is képes, ha a tanítási folyamat a speciális szükségletekhez igazított. A negyedik, az ötödik évfolyamos kisdiák – a folyamatos gyógypedagógiai munka eredményeként – képes már korának, fejlettségének megfelelő rövid információk önálló feldolgozására is.

Segítségre, figyelmének irányítására szüksége van, ezt szolgálja pl. az alábbi, pontosan megfogalmazott instrukció is:

„Olvasd el figyelmesen a kijelölt, rövid szöveget! Húzd alá a szereplők nevét! Írd le a füzetbe a helyszínt, a történet időpontját!"

Sohasem volt ennyire szükség az egészségnevelésre, mint ma, amikor hazánkban egyre romló tendenciát mutat a lakosság egészsége és jelen van az önpusztító életmódnak minden formája.

Hogyan tudjon eligazodni a fogyatékos gyermek ebben a világban, ha a televízió gyorsan pergő képei, az újságok, a hirdetések színes képei a legkülönfélébb cikkek fogyasztására ösztönzik. A beáramló információk sokasága személyiségvesztő lehet, mert feldolgozatlanul maradnak a készen kapott képek, amelyek arra késztetik, hogy fogyasszon sok kólát, igyon sört, vásárolja a kínált csemegéket, készételeket, készítményeket. Ugyanakkor a tanulóknak vajmi kevés élménye van a tekintetben, hogy miként férhet hozzá a biozöldséghez, biogyümölcshöz, milyen mennyiségben fogyasszon tejterméket, halat, hogyan készítsen magának ízletes, olcsó de tápláló ételt és miként védekezzen a túlzott televíziózás, a videózás, a beáramló információk ellen, amelyek nem hagynak időt a feldolgozásra, és napjaikat mételyező stresszforrássá válnak.

Az enyhén értelmi fogyatékos tanulók nevelésének folyamatában különösen fontosak azok a tantárgyak, foglalkozási formák, terápiák, életviteli tréningek, amelyek az egészség védelmét, megtartását szolgálhatják.

Az egészség megőrzésével kapcsolatos attitűd kialakításában a családi szocializáció elsődlegessége bizonyított. A gyermek a család által meghatározott mintákat követi és többnyire rendszertelenül, mértéktelenül, egészségtelenül étkezik. Családi minták szerint nem tölti idejét a természetben a jó levegőn, nem hallgat mesét, nem olvas, és alig folytat meghitt, értelmes beszélgetést családtagjaival. Ugyanakkor az őt szocializáló környezet hatása alatt megismeri a naponta előforduló szülői konfliktusokat, a felnőttek és a gyermekek alkoholfogyasztását, a dohányzást, a drogokat, az éjszakázást és mindezek kísérő jelenségeiként a rossz közérzetet, a szorongást, a zaklatottságot. Hogyan tudjon az enyhén értelmi fogyatékos gyermek eligazodni a világban, helyes döntéseket hozni önmagával, környezetével kapcsolatosan? Amennyiben a felvázolt hatásmechanizmusok csak részben igazak a tanuló környezetére, családi szocializációjára vonatkozóan, már akkor is látható a gyógypedagógiai intézmény, a gyógypedagógusok felelőssége az egészségnevelés területén. A jól megtervezett egészségnevelési programon túl a megvalósítás feltételeinek megteremtése nagyon fontos. Alig van olyan gyógypedagógiai intézmény, ahol a helyi tantervben a fejlesztés teljes ívét átfogó egészségnevelő program ne szerepelne. A sajátos arculatot az mutatja, hogy a hangsúlyt mire helyezték: táplálkozási szokások, elhízás elleni program, drogmegelőző, mentálhigiénés program, életvezetési, életmódprogram és -terápia, konfliktuskezelési technikák. A szemléletváltást igazolja, hogy ezeket nemcsak a tanulók számára, hanem a szülők, a családok részére is kínálják több-kevesebb sikerrel. Az iskolák többségében az életvitel és gyakorlati ismeretek tantárgyhoz, vagy életviteli klubhoz gyakorlókonyhát működtetnek. Itt

készíthetik el a tanulók a legkülönfélébb ételeket, gyakorolhatják a kulturált terítést, étkezést, a mosogatást. A tantárgyi programokban, életvezetési terápiákban helyet kapnak az önellátási technikák, mint a testápolás, a ruházat, a lábbeli tisztán tartása, a helyes napi- és hetirend. Gyakorlatokat végeznek a vásárlással (üzletben, gyógyszertárban), a hivatali ügyintézéssel és szolgáltatások igénybevételével (posta, orvosi rendelő, cipész, fodrász) kapcsolatosan. A serdülők, a fiatalok ismereteket szereznek a csecsemőápolásról, az idős, a beteg családtag gondozásáról, a lakásban, a kiskertben végezhető munkákról, amelyek a család életét, komfort érzését teljesebbé teszik.

Az átfogó életvezetési programokban a lelki egészségnevelés, a szociohigiénés magatartás formálása egyaránt helyet kap. Ennek kínál színteret az osztályfőnöki óra, a habilitációs, rehabilitációs foglalkozás is. A témák között kitüntetett helye van az önismereti terápiának, a kapcsolatok felvételének és fenntartásának, a konfliktuskezelési technikáknak. Az önismereti terápiák elsődleges célja, hogy a gyógypedagógus segítse a reális énkép kialakítását, a lehetőségek és korlátok felmérését, elfogadását. Arra készteti a tanulót, hogy képességei fejlesztéséért erőfeszítéseket tegyen és erre hosszabb távon is képes legyen.

Fontos, hogy az enyhén értelmi fogyatékos tanuló mintát kapjon arra, hogy miként járjon el különféle kommunikációs helyzetekben, konfliktusok esetén. Pl. a szituációs és dramatikus játékok alkalmazásakor gazdag tapasztalatokhoz juthat. A maradandó élményhez hozzá tartozik az is, hogy a meghitt beszélgetésekhez megfelelő, bensőséges hangulatot, alkalmas környezetet alakít ki a gyógypedagógus.

A testi, lelki és szociohigiénés nevelés a gyógypedagógiai intézmény valamennyi színterén jelen van. Ezt sugallja az intézmény egész atmoszférája, ennek szelleme hatja át a felnőtt-gyermek és a gyermek-gyermek kapcsolatokat egyaránt.

Gyógypedagógus - változó szerepben

A tanulási képességet vizsgáló bizottságok által enyhén értelmi fogyatékosnak minősített tanuló fejlesztése elméleti és gyakorlati tudásban kitűnően felkészült gyógypedagógust igényel. A tudatos fejlesztő munka megkívánja az adott tanulóval, tanuló csoporttal foglalkozó gyógypedagógusok közötti folyamatos konzultációt, team munkát. A konzultáció a tanuló vizsgálati anyagának feldolgozásával, a tennivalók, a fejlesztési utak kijelölésével kezdődik. A szakember csoportból nem hiányozhat az anyanyelvi nevelést, a matematikát tanító, a napközis feladatot végző gyógypedagógus és az intézményben dolgozó terapeuta sem. A heti vagy havi rendszerességgel tartott megbeszéléseken az egyes tanulókat és/vagy kiscsoportokat érintő valamennyi kérdésben konzultációt folytathatnak. Számba veszik az elért eredményeket, a fejlődés dinamikáját, a hiányosan működő funkciókat, a követelményeknek való megfelelést vagy alulteljesítést. Szükség esetén ez a kör kiegészül a

logopédussal, a gyógytestnevelővel (konduktorral), az iskolapszichológussal, a gyermekvédelmi szakemberrel.

A gyógypedagógusokról alkotott képhez hozzá tartozik, hogy gazdag módszertani repertoárral rendelkeznek. A különböző fejlettségi szintet, eltérő fejlődési tempót mutató tanulók közösségében a segítés, az irányítás, a tanulói munkáltatás legkülönbözőbb formáit alkalmazzák. A gyógypedagógus szakmai felkészültségét mutatja, hogy a tanítás-tanulás folyamatához rendelt eszközökkel (tankönyv, képanyag, hanganyag, feladatlapok, munkalapok stb.) hogyan bánik, hogyan él. A tudatos tervezőmunka: a tanmenet, a tématerv, az óraterv is azt a célt szolgálja, hogy mindent a célhoz kapcsoljon és szükség esetén korrigáljon, váltson, módosítson.

Korunk sokféle pedagógiai kihívása, az új iskolamodellnek való megfelelés megkívánja, hogy a gyógypedagógus felkészült legyen a szülővel, a családdal való partneri viszony kialakítására is. Nélkülözhetetlen az attitűdváltás; a korábbi „mindent meghatározó" tudattól, szemlélettől, elmozdulás a gyermek és a szülők igényeit, érdekeit szolgáló közoktatási szereplői szemlélet felé.

A család, a gyermek első találkozása az iskolával már előre vetíti az együttműködés milyenségét. A gyógypedagógus tudatosan készül az első találkozásra. Alkalmat ad a beszélgetésre, a szülő problémáinak meghallgatására, az iskola, az osztályterem bemutatására. Szép, őszinte gesztus az, amikor az osztályfőnök levélben köszönti új tanítványát és szüleit. Tájékoztatja őket, hogy miként készüljenek a tanévkezdésre, felajánlja az első személyes találkozás időpontját. A kezdeti kapcsolatfelvétel csak akkor válhat gyümölcsöző együttműködéssé, ha követi a folyamatos kommunikáció, a rendszeres tájékoztatás, a családlátogatás, a nyitott nap, valamint az iskolai rendezvények, a szülői közreműködések lehetőségének hosszú sora. Ennek a megváltozott szerepkörnek nem könnyű megfelelni akkor, amikor világunkban jelen van a pedagógusok általános egzisztenciális és szakmai elbizonytalanodása is. A százéves múlttal rendelkező gyógypedagógus-képzés is igazolja, hogy a hivatást választók a legkülönbözőbb élethelyzetekben is képesek küldetésük teljesítésére. Egy idézet a szakmai áldozatkészségről: „Amikor a technikai fejlődés monumentális méreteket ölt és az emberiség túlnépesedik, következtésképpen az ember értéke devalválódik – egy kis csapat (az »élő halak«) életükkel és munkájukkal azt hirdetik, hogy a teljesítő képességtől függetlenül, a sérült emberért is lehet pénzt, időt és szellemi energiát áldozni. A gyógypedagógia és a gyógypedagógiai tanárképzés kimondatlanul is az emberiséget kétezer év óta életben tartó krisztusi életszemléletet képviseli" (Pálhegyi, 2001, 149.).

Irodalom

CSÁNYI Y., ZSOLDOS M. (1994) *Világkonferencia a speciális szükségletűek neveléséről.* In: *Új Pedagógiai Szemle,* 12. 41—50.

DERDÁK T., VARGA A. (1996) *Az iskola nyelvezete – idegen nyelv.* In: *Új Pedagógiai Szemle*, 12. 21–36.

ENGELBRECHT, A., WEIGERT, H. (1996) *Hogyan akadályozzuk meg a tanulási akadályok kialakulását? avagy nem jelent akadályt a tanulási akadály!* BGGYTK, Budapest.

GAÁL É., HORVÁTH M. (1997) *Szabad tanulás – Új kezdeményezés a tanulásban akadályozott (ezen belül az enyhén értelmi fogyatékosnak minősített) gyermekek iskolai fejlesztésében. In: Fejlesztő Pedagógiai*, 4–5. 49–51.

GAÁL É. (2000) *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában.* In: Illyés S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, 429–459.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1990) *Beiskolázás és kiválasztás a kisegítő iskoláztatás történetében.* In: Illyés S. és Bass L. (szerk.) *Nevelhetőség és általános iskola IV.* Budapest. 9–67.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (2000) A gyógypedagógiai iskoláztatás fejlődése. In: Illyés S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest, 331–356.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (2000) *A magyar gyógypedagógus-képzés története.* ELTE BGGYFK, Budapest.

ILLYÉS S. (1995) *Az ezredforduló kihívásai a gyógypedagógiával szemben.* In: *Gyógypedagógiai Szemle* 2., 142–147.

ILLYÉS S. (1996) *A Nemzeti Alaptanterv és a fogyatékos gyermekek iskolai fejlesztésének tartalmi szabályozása.* In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 2. 142–147.

ILLYÉS S (1999) *Együtt vagy külön?* In: Hoffmann R. (szerk.) *Évkönyv a magyar köznevelésről.* OM-OKM, 29–35.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1996) *Értelmi fogyatékosok pszichológiája I.* BGGYTF, Budapest.

MESTERHÁZI ZS. (1998) *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése.* BGGYTF, Budapest.

PÁLHEGYI F. (2001) *Reflexiók Gordosné dr. Szabó Anna: A magyar gyógypedagógus-képzés története c. könyvére.* In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 2. 147–149.

SZABÓ Á-NÉ (1995) *Az enyhén értelmi fogyatékosok általános iskolájába járó gyerekek családi és diákotthoni szocializációja.* BGGYF, Budapest.

VINCZÉNÉ B. E. (1997) *A fejlesztő programok szerepe, funkciója a gyógypedagógiai nevelésben.* In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 3. 179–184.

ZSOLDOS M. (1996) *Tanulási zavar az általános iskola 2. osztályaiban – teljesítmények, kognitív képességek és szociális hatások összefüggéseinek diagnosztikus szempontú elemzése* In.: Földes Tamás (szerk.) *Soproni Logopédiai Napok*, Sopron. 71–74.

Szauder Erik

16.

A szakértői játék mint pedagógiai megközelítésmód

Bevezető gondolatok

A pedagógia elméleti és gyakorlati szakemberei számára szinte közhelyes állításnak számít, hogy az ember a cselekvéses tanuláson keresztül elsajátított tartalmakat rögzíti a legjobban. Ugyancsak gyakran hangoztatjuk azt is, hogy azok az ismeretek, melyek valamilyen konkrét, kézzelfogható helyzetben válnak elsajátíthatóvá, jóval mélyebben rögzülnek, mint a dekontextualizált, azaz értelmezési közegükből kiszakított tartalmak.

Mindezen megállapítások ismeretében akár megdöbbentőnek is nevezhetnénk azt a helyzetet, mely iskoláztatásunkra mind a mai napig jellemző. Azt ugyanis, hogy az egyes tantárgyi-műveltségi tartalmak többnyire egymástól elkülönítetten jelennek meg, s még a nyilvánvaló kapcsolódási pontok is csak ritkán kerülnek a figyelem homlokterébe.

Nem tartom valószínűnek például, hogy pedagógusok – vagy akár a „laikus nevelők," azaz a szülők – számára ismeretlen lenne az a helyzet, amikor a tanuló a szöveges matematikafeladat megoldásának leírásakor nem veszi figyelembe a nyelvtani szabályokat, mondván, hogy azok csupán a nyelvtanórához tartoznak. Ugyancsak gyakori (még akár nagyobbak esetében is), hogy az egyes irodalmi műveket vagy más művészeti alkotásokat, esetleg természettudományos felismeréseket képtelenek megfelelő történelmi közegbe helyezni, illetve abban értékelni.

Észre kell vennünk azonban, hogy mindez nem, vagy nem csupán a tanulók hibája. Azáltal, hogy éles határvonalakat húzunk az egyes tantárgyak, ismeretterületek közé, mi magunk választjuk szét azt, ami összetartozik. A hétköznapi tapasztalatok és a tudomány fejlődése ugyanakkor egyaránt arra utalnak, hogy – egyszerűen fogalmazva – minden mindennel összefügg.

További gondot jelent, hogy „bár a tanulók az iskolában szembesülnek az egyes tudományterületek néhány eljárásával és eszközével, illetve használják is azokat, de az iskolát átható és használatuknak keretet adó közeg mégis csupán maga az iskola" (Clayden és mtsai, 1994, 167.). Másképpen fogalmazva: az iskolában egyes ismeretek többnyire értelem, „kézzelfogható haszon" nélkül jelennek meg. (Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy ezzel a megjegyzéssel nem az egyre erőteljesebben jelentkező haszonelvűséget kívánom pártolni. Arra utalok csupán, hogy a tanulók

többnyire csak azért oldanak meg fizikapéldákat, írnak fogalmazásokat, végeznek kémiai kísérleteket, idéznek fel történelmi adatokat stb., mert „az a feladat." A feladatoknak azonban nincs önmagukon túli jelentőségük, azaz *magán a feladatmegoldáson* nem múlik semmi. A feladatmegoldás elsajátításának egyedüli oka, célja a tanár vagy a szülő pozitív reakciójának kiváltása, illetve a továbbtanuláshoz szükséges felvételi pontok megszerzése. Ilyen módon természetes, hogy a tanulók nem érzékelik ezen műveletek, információk hasznát, szerepét. Nem csoda tehát az sem, hogy alig éreznek késztetést a tanulás iránt, illetve alig érzik át saját felelősségüket.)

A MEGKÖZELÍTÉSMÓD TÖRTÉNETI ÉS SZAKMAI HÁTTERE

A világ összetett voltának modellezésére, az iskolai tartalmak integratív és felelősségteljes feldolgozására tett kísérletet két innovatív angol pedagógus, Dorothy Heathcote és Gavin Bolton az úgynevezett *„szakértő köntösében zajló játék"*, vagy ahogy a könnyebb kezelhetőség érdekében nevezni szoktuk, a *„szakértői játék"* (*Mantle of the Expert*) megalkotásával. A szakértői játék módszertanának megalapozása és kidolgozása Heathcote nevéhez fűződik, míg Bolton az elméleti rendszeralkotást és neveléstudományi összefüggések feltárását végezte el (Heathcote és Bolton, 1995).

Az eljárás alapgondolata, hogy – mivel a tanulás akkor válik igazán értelmessé és fontossá az emberek számára, ha megtapasztalhatják annak valódi jelentőségét, illetve, ha felelősséget éreznek saját (tanulási vagy munka-) tevékenységük iránt – olyan helyzeteket teremtsen, melyek *valósághű* módon *modellezik* az ismeretek kapcsolatrendszerét. A szakértői játék mint megközelítésmód a teljes tantervet célozza meg, ezen belül pedig különös hangsúlyt fektet az aktív tanulásra és a nyelvhasználat fejlesztésére. A szakértői játék az igencsak ritka integratív jellegű pedagógiai eljárások egyikének tekinthető.

A szakértői játék mint pedagógiai megközelítésmód megkérdőjelezi az oktatás néhány hagyományosnak mondható elemét is. Minden bizonnyal sokan vannak a pedagógusok között, akik felismerik, hogy az összefüggéseiből kiragadott képességek fejlesztése, a mérhető tudás túlzott hangsúlyozása, a valódi kihívások hiánya, a frontális jellegű oktatás dominanciája még mindig meghatározó szereppel bír iskoláinkban, annak ellenére, hogy a kudarcok többnyire nyilvánvalóak.

Heathcote és Bolton hisznek abban, hogy a tanulókat, még a gyengébb képességűeket is, mindenképpen fel kell ruháznunk azzal a képességgel, hogy a lehető legnagyobb mértékben saját kezükbe tudják venni tanulásuk irányítását. A tanulóknak hatalommal kell bírniuk saját életük felett, ezt a hatalmat azonban nem valamilyen hamis szabadság (vagy szabadosság) megengedésével biztosíthatjuk számukra, hanem azáltal, ha egyfelől elfogadtatjuk velük bizonyos akadályok létét, ugyanakkor viszont kialakítjuk bennük az akadályok leküzdésének belső igényét is. Ezzel

egyidejűleg fel kell készítenünk őket arra, hogy az egyre növekvő kihívásokkal önmaguk iránti felelősségük tudatában és megfelelő ismeretekkel felvértezve szálljanak szembe.

Dorothy Heathcote tizennégy évesen, mindenféle végzettség nélkül kényszerült elhagyni az iskolát. A második világháború alatt szövőnőként dolgozott, majd színésznőnek tanult. Az ötvenes évek elején az angliai Newcastle egyetemén megalapította a drámatanárszakot, melynek nyugdíjazásáig vezető oktatója volt. Gavin Bolton tisztánlátását és elemző hajlamát anyanyelvi és matematika szakos egyetemi tanulmányai alapozták meg. Hosszú évekig drámatanárként és szaktanácsadóként dolgozott, később Durhamben az egyetemen tanította a drámatanárokat. Kettejük munkássága, szakértelme e két, egymástól tizenöt mérföldnyire lévő egyetem neveléstudományi fakultását a drámatanítás „zarándokhelyévé," az innovatív gondolatok bölcsőjévé tette.

Heathcote és Bolton nevét, és az általuk kidolgozott, magyarul *tanítási dráma* néven ismeretes módszer-együttest Magyarországon még kevesen ismerik. Itthoni nevelési gyakorlatunkban elsősorban a *drámapedagógia* kifejezés vált valamelyest ismertté. Debreczeni Tibor megfogalmazása szerint a drámapedagógia „a személyiségközpontú reformpedagógiák egyike, eljárásait a játék személyiség- és kreativitásfejlesztő mozzanataira építi, ezen belül is a szituációs rögtönzésekre. [...] A drámapedagógia jellegzetessége, hogy a munkálkodás csoportban zajlik, tehát közösségi jellegű és célzatú" (Debreczeni, 5.).

Az angolszász világban nagyjából a második világháborút követő időszakban létrejött, és azóta számos szakember által továbbfejlesztett drámatanítási megközelítésmódot nagyon röviden talán úgy foglalhatnánk össze, mint a gyermeki „mintha"-játék (Mérei, V. Binét, 1970) pedagógiai alkalmazását. (Ez a magyarázata annak is, hogy a drámajátékot, illetve a „szakértő köntösében" végzett munkát, tanulási folyamatot a szakirodalom *játékként* határozza meg. A játékosság tehát egyáltalán nem felületességet, játszi könnyedséget jelent, hanem a folyamat azon jellegére utal, hogy – a gyermeki játékhoz hasonlóan – a képzelet bevonásával valamilyen fontos feltáró, gyakorló funkciót tölt be.)

Annak érdekében, hogy az egyes tantervi témák és tartalmak feldolgozhatóak legyenek, Dorothy Heathcote egy paradoxont ajánl. *A tanításnak*, mondja, *autentikusnak kell lennie*, ezt azonban csak úgy érhetjük el, ha valamilyen „nagy hazugsággal" élünk, azaz az idő, tér, szerepek és szituáció drámai alkalmazásán keresztül felállítunk egy erőteljes képzeletbeli közeget. E közeg (szakkifejezéssel élve: *kontextus*) hiteles megteremtése döntő fontossággal bír a kívánt hatás elérése szempontjából, mivel a helyzeten belüli gondolkodás azonnali és a többitől gyökeresen különböző gondolkodásmódot tesz szükségessé.

Különböző kutatások meggyőző bizonyítékokkal szolgálnak arra, hogy a tanulók feladatmegoldó teljesítményét döntő módon befolyásolja az a kontextus, melyben a feladat maga megjelenik. A szakértői játék keretei között az egyes problémák

és kihívások motiváló jellegű és az értelmezést is elősegítő szituációkban kerülnek a tanulók elé. Ebben a megközelítésmódban a képzelet nem csupán kiegészítő elemnek számít, hanem a munka során felmerülő feladatok megoldásának döntő fontosságú eszközévé is válik. A képzelet teszi lehetővé, hogy a tanár és a tanulók alternatív cselekvési lehetőségeket, eljárásokat és megoldásokat dolgozzanak ki.

A dráma pedagógiai lehetőségeit kiaknázó tanár – az osztállyal egyeztetve – felállít valamilyen képzeletbeli *(fiktív)* helyzetet, melybe a tanulókkal együtt szereplőként lép be. E fiktív helyzet keretei között a tanulók szembesülnek valamilyen problémával, melynek megoldása folyamán új ismeretekre tesznek szert, illetve jártasságot szereznek bizonyos tantárgyi jellegű tevékenységekben. A drámatanár – szemben bizonyos pszichológiai terápiás eljárásokkal, például a pszichodrámával – a szerephelyzeteket minden esetben *tanításra* használja. ő maga pedig, bár gyakran alkalmaz különböző színjátékos technikákat, Neelands (1994, 101.) megfogalmazása szerint „bármilyen szerepbe lépjen is, [...] minden esetben tanárként (a lehetséges tanulást szem előtt tartva), azaz nem előadóként vesz részt a folyamatban." A *dráma, drámatanítás* kifejezések alkalmazásakor ez utóbbi, ma már Magyarországon is egyre ismertebbé és elfogadottabbá váló komplex megközelítésmódra kívánok utalni.

A drámáról mondottak arra is utalnak, hogy a dráma elsősorban valamilyen kreatív folyamat keretei között zajlik. A kreativitás ugyanakkor – természetéből fakadóan – nem tűri meg a hagyományos értelemben vett tanár-diák viszonyt, azaz a tanár megkérdőjelezhetetlen irányító szerepét, autoritását. A hierarchikus viszony felbontása azonban semmiképpen nem azonosítandó a folyamatok belső rendjének feladásával, az anarchiával. Éppen ellenkezőleg: maga a kreatív (bizonyos esetekben akár művészi szintre is emelkedő) folyamat az, melynek keretében a résztvevők megtapasztalhatják, hogy a tárgyi ismeretek *szükségesek* valamely helyzet alakításához és a benne való mozgáshoz. Az egyes készségek pedig azáltal nyernek jelentőséget valamely helyzetben, hogy használatukkal bizonyos *célokat* lehet elérni.

Azt is mondhatjuk, hogy a dráma mint megközelítésmód „az oktatásban végbemenő kreatív forradalom" (Burgess, 1986) egyik példája. Az egyes problémák kihívást jelentő, feltárandó és megoldandó helyzetek formájában jelennek meg, melyek ugyanakkor a tanulás és kreativitás alkalmazásának azonnal értelmet adnak, a folyamat számára pedig keretként szolgálnak. Mivel az egyes helyzetek az emberi élet különféle oldalait világítják meg, hozzájárulnak az egyes fogalmi kategóriák általánosításához, a fogalmak közti kapcsolati „háló" létrejöttéhez, illetve mindezek eredményeképpen – ahogy Dorothy Heathcote-ot idézve B. J. Wagner (1979) írja – az univerzális tartalmak kialakulásához.

Annak ellenére, hogy Dorothy Heathcote és Gavin Bolton elsősorban a drámatanítás területén váltak ismertté, a szakértői játék kapcsán lefektetett alapelveik jóval túlmutatnak a drámával foglalkozók tevékenységi körén. A következő fejezet-

ben e speciális megközelítésmód jellemzőit ismertetem, majd pedig arról lesz szó, hogy milyen szerepe lehet mindezen elvek alkalmazásának a nehezen tanuló gyermekek és fiatalok iskoláztatásában.

A szakértői játék sajátos jellemzői

A szakértői játék felállítása során a tanárnak minden esetben azt a kérdést kell feltennie magának, hogy vajon kik, milyen foglalkozású emberek lehetnek azok, akiknek az adott tanulási tartalmakkal kapcsolatban valamilyen konkrét feladatuk lehet. (A feladat bonyolultságát, elemeit természetesen aszerint alakíthatjuk, hogy milyen ismereteket kívánunk bevonni a munkába, illetve hogy a tanulók milyen előzetes ismeretekkel, képességekkel rendelkeznek.) Az azonban, hogy az általunk létrehozandó (fiktív) világban megjelenő embereknek *feladatuk van*, nem szükségszerűen jelenti azt, hogy figuráink az éppen feldolgozni kívánt témában lennének szakértők. Sőt, az esetek többségében épp ennek ellenkezője az igaz: a fiktív csoport munkatársai, szakértői ugyan a saját területüknek, az adott helyzetben azonban *valami szokatlannal, ismereteik más típusú mozgósítását igénylő helyzettel* kénytelenek megbirkózni. Ez a szerkezet lehetővé teszi, hogy – a tanulók által játszott szakemberek kompetenciájának folyamatos visszajelzése mellett – értelmet adjunk annak a (valóságos) ténynek, hogy a tanulóknak a folyamat eredményeképpen és annak keretei között *el kell sajátítaniuk valamit.*

Amennyiben rátaláltunk a céljainknak legmegfelelőbb csoportra, létre kell hoznunk a munka kereteit, azaz ki kell alakítanunk a fiktív céget vagy intézményt, ahol a megadott munkát végezhetjük. (A „cég" szó itt általánosságban, tág értelemben valamiféle közös cél érdekében szervezetten dolgozó emberek együttesét jelenti, és nem szükségszerűen üzleti jellegű vállalkozásra utal. Hogy csak néhány példát említsünk: a „cég" foglalkozhat adatkezeléssel, egészségügyi ellátással, információ-közvetítéssel, jogsegély-szolgálati munkával, tudományos kutatással stb. A felállítandó cég jellegét minden esetben a tanítandó tartalmak és a tanulási szempontból optimálisnak vélt tevékenységformák határozzák meg. Amennyiben például elsősorban számolási-mérési műveleteket kívánunk végeztetni a tanulókkal, érdemes valamiféle mérnöki jellegű keretet választanunk.)

A cég, intézmény felállítása során nagyon fontos szem előtt tartanunk, hogy mindennek *valósághűnek* kell lennie. A valósághűséget ugyanakkor nem szabad összetévesztenünk a valósággal; a fikcióban megjelenő, szükségessé váló lépések mindegyikét végre kell hajtanunk, *kivéve* magát a végtermék valós előállítását. (Gavin Bolton példájával élve: a cipőkészítők szerepében a tanulóknak minden munkafázist végig kell járniuk, ugyanakkor soha nem szabad valódi bőrből valódi cipő készítésével kísérletezniük, hiszen ekkor szükségszerűen beleütköznének saját kompetenciájuk korlátozott voltába.)

A szakértői játék esetében a tanulók és a tanár többnyire szerepben dolgoznak, ugyanakkor nem törekszenek egyénített szerepek kialakítására. Egyetlen nézőpontot, a munkacsoport nézőpontját alkalmazzák csupán, s tevékenységüket is csak a végzett munka mentén értékelik. Fontos, hogy a fikcióban a *tanár* is e *munkacsoport egy tagjaként* – esetleg szervezőjeként, titkáraként – jelenjen meg, azaz semmi esetre se legyen főnöki pozícióban. (Ennek természetesen nyelvhasználatára is ki kell hatnia: nem utasíthatja kollégáit, csak javaslatokat tehet, problémákat jelezhet a munka során.) Ezen a stíluson, az ennek megfelelő beszédmód alkalmazásán keresztül a tanár azt jelzi, hogy a tanulók *a)* rendelkeznek a feladatok végrehajtásához szükséges szakértelemmel, és ennek következtében *b)* felelősséggel tartoznak önmaguk és mások előtt munkájukért. A tanár tehát olyan helyzetet próbál teremteni és működtetni, melyben a csoporton belüli önszabályozó mechanizmusok, illetve a feladatok által közvetített elvárások veszik át az irányítást.

Ugyancsak lényeges – és a fentiekkel szorosan összefüggő – alapelv, hogy a szakértői játék során a munka középpontjában, feldolgozandó témaként *maga a feladatvégzés* áll. A feladatoknak azonban úgy kell egymást követniük, hogy azok a folyamatosan növekvő elvárások megjelenésével egyidejűleg *valóban* megerősítsék a tanulók kompetenciáját, azaz visszajelezzék feladatmegoldó képességeik elégséges voltát. Ennek érdekében a szakértői játék minden esetben hosszú távú tevékenységet feltételez, és ennek megfelelő tervezést igényel. Más szavakkal: a szakértői játék *nem valósítható meg egyetlen tanóra időtartamában!* A komplex feladatok felépítéséből és az aprólékos munka igényéből következően általában négy-hat tanórát is igénybe vehet a folyamat. (Ez ugyanakkor azt is lehetővé teszi, hogy több ismeretterület, műveltségi anyag témaköreit is beemeljük a munkába. A magas óraszám-ráfordítás tehát az ismeretek integrációjában térül meg a tanár számára.)

A fentiek alapján a szakértői játék felépítése, szerkezete a következőképpen foglalható össze: a folyamat első szakaszában a képzelt, de valósághű világ lépésről lépésre történő felépítése zajlik, majd ennek létrejöttét követően együttesen lépünk be a fikcióba. A felépült, kész fikció esetünkben természetesen magát a működő céget jelenti. Ennek megfelelően a szituációba lépés pillanatában a résztvevőknek már ismerniük kell a cég történetét, saját helyüket annak működésében, illetve rendelkezniük kell a „céghez tartozás" tudatával. Az előkészítő szakaszban tehát tanárnak és tanulónak egyaránt ezek megteremtésén kell dolgoznia. Maga a fikció keretén belül végzett tevékenység azonban (ismét csak hasonlóan más modellekhez) minden esetben az „itt és most" világában zajlik, középpontjában pedig a munka *eredménye*, illetve a jövőben azzal szembesülő vagy azt felhasználó megbízó, kliens szempontjai állnak.

A fentiek mellett, illetve abból következően a szakértői játék felállításakor és működtetésekor a tanárnak a következő alapvető szabályokat, törvényszerűségeket kell szem előtt tartania (Szauder, 1999):

1. A tanár és a tanulók egyaránt funkcionális szerepbe lépnek (nem megformált figurákként cselekszenek); mindannyian az adott terület szakértői.

2. A cselekvés mindig olyan feladatok keretében zajlik, melyek *nem* igénylik a tevékenység valós elvégzését. (Pl.: a cipőkészítők szerepében a tanulóknak soha nem szabad valódi bőrből valódi cipő készítésével kísérletezniük.)

3. A feladatokat a tanár úgy tervezi meg és rendezi el, hogy azok a tanulók folyamatosan fejlődő készségeit erősítsék meg. A szakértői munka *hosszú távú* tervezést igényel.

4. A tanár és a tanulók egyre több felelősséget vállalnak a munka során, s ez mindannyiuk számára egyre bővülő feladatköröket teremt.

5. A tanároknak meg kell szabadulnia a „tanári" nyelvhasználattól, és kollégaként kell dolgoznia. A munka segítése és a szakértelem kialakítása érdekében csak olyan nyelvhasználattal élhet, melyet a tanulók az adott szinten megértenek. A szaknyelv elemeinek a forrásanyagokból kell származniuk, hiszen a tanár által játszott szereplő nem tudhat többet a tanulóknál.

6. A felállított vállalkozásnak mindenki számára egyértelműen fiktívnek, de valósághűnek kell lennie.

7. A vállalkozásnak minden esetben múltja, előtörténete van (melyet közösen ki is kell alakítani), ám minden tevékenység a jelenben zajlik és a jövő felé mutat (minden esetben a következmények és a kliens áll a munka középpontjában).

8. Az egyes feladatok a tanulók tevékenységét igénylik, és valamilyen végeredményre vezetnek. Az egyes tevékenységek eredményeképpen az elkötelezettség *lassan* alakul ki.

9. A folyamat egyszerű, az adott előzmények ismeretében könnyen megoldható lépések sorozatából áll (hiszen folyamatosan meg kell erősíteni, hogy a tanulók *valóban* szakértők).

10. A szituációba lépéskor egy folyamat közepén vagyunk; a cég ekkorra már minden tekintetben működik.

Pedagógiai célok, hatások

Annak ellenére, hogy a szakértői játék nem hangsúlyozza túlságosan saját drámai gyökereit, céljai megegyeznek a hatásos színházi pillanatok céljaival: tudati és érzelmi szinten egyaránt meg kívánja érinteni a tanulókat, és el kívánja érni, hogy ne csupán újrajátsszanak bizonyos történéseket, de új módon legyenek képesek látni is azokat. Bármi, ami a munka keretein belül megjelenik, jelentőséget nyer. Jelentőségét a helyzet, a szerep, a feladat, valamint (mindenek felett) a nyelvhasználat teremti meg. Kezdetben a tanár szolgál mintaként a nyelvhasználat tekintetében, a folyamat során azonban a tanulók e tekintetben is egyre nagyobb mértékben önállósodnak. „Nyelvhasználaton" itt ugyanakkor nem csupán a szóbeliséget értjük, ha-

nem az írott szövegek, valamint a különböző formában megjelenő jelek alkalmazását és interpretációját is.

A munka előrehaladtával egyre erőteljesebben megjelenik valamilyen közönség-, vagy inkább kliens-kép a munkában, és a munka eredményét felhasználó szélesebb társadalmi közeg tekintetében egyaránt. Más szavakkal: a tanulók már a munka kezdetén tisztában vannak azzal, hogy nem mindegy, mit adnak ki a kezükből, hiszen a munka minden egyes mozzanatával el kell tudniuk számolni „megbízójuknak." (A tapasztalatok azt mutatják, hogy – ha a tanár pontosan betartotta az előzőekben vázolt szabályokat – ez az elem annak ellenére nagy hatással van a tanulók által végzett munka minőségére, hogy mindannyian tisztában vannak a megbízó és a megbízatás képzelt voltával.)

A szakértői játék során létrejövő folyamatra elégtelen lenne a hagyományos értelemben vett szerepjáték szót alkalmaznunk. A tanulók ugyanis egy hosszú folyamat eredményeképpen, lassan sajátítják el szakértői szerepeiket, melyek ennek hatására más szerepjáték-figuráknál jóval hitelesebbé, összetettebbé és valószerűbbé válnak. Szerepeiket a tanulók nem csupán funkcionális szinten ismerik meg, hiszen az elvégzett feladatok és a leküzdött akadályok hatására mind a szereppel való azonosulás, mind pedig a kompetenciaérzet felerősödik bennük.

Nem szabad elfeledkeznünk az ilyen típusú tanítási megközelítésmód szociális hatásairól sem. A támogató jellegű és együttműködésre épülő közösségben végzett munka hatékonyan segíti a tanulást. A szakértői játékban a tanulók leggyakrabban szoros együttműködésre alapozott kiscsoportos (*team*-) munkát végeznek, és elképzelik mindazokat a kihívásokat, melyekkel a való világban szembe kellene nézniük. A hideg versengéssel szemben itt minden résztvevő eredményessé válik.

A szakértői játék tehát egy olyan közösséget épít fel, mely támogatja az egyes tagokat, ugyanakkor folyamatosan magyarázza és értékeli is a történéseket. Mindez a rugalmasan alakítható kontextuson belül, viszonyrendszerek felállításán és egymással szoros kapcsolatban álló feladatok megoldásán keresztül valósul meg. A tanulóknak kérdéseket kell feltenniük, egyeztetniük kell egymással elgondolásaikat, kompromisszumokat kell kötniük, felelősséget kell vállalniuk, együtt kell működniük, és mindezt valamilyen közös cél érdekében kell megtenniük. Energiáikat azonban nem erre, hanem elsősorban a feladatmegoldásra kell fordítaniuk; a folyamat eredményeképpen ugyanakkor tudatára ébrednek saját meglévő tudásuknak és képességeiknek. Nem csak intellektuálisan, de szociális és érzelmi szinten is aktivizálják magukat a tanulási folyamatban. Megértési szintjüket az egyes feladatokra adott válaszokban érhetjük tetten, saját elképzeléseikre pedig a felállított kontextuson belül és azon kívül is reagálhatnak.

A szakértői játékban a tanulás iránti felelősség megoszlik a tanulók és a tanár között. A tanár is a tanuló közösség egyik tagjaként jelenik meg; az ő elkötelezettsége és bátorsága, képességei és szakmai ismeretei viszik előre a folyamatot. A tanár legfőbb feladata, hogy fenntartsa a tanulást eredményező munkát, azaz *kihívásokat*

teremtsen a tanulók számára és támogassa őket. Azok a tanárok, akik ezzel a megközelítésmóddal dolgoznak, egyre mélyebben megérthetik *saját* tanulási folyamataikat is, ennek következtében pedig érzékenyebbé és tudatosabbá válnak a tanulók munkájának támogatásában is.

A kihívásoknak való megfelelés, valamint a látható és belátható végpont felé törekvő céltudatos munkavégzés élménye elősegíti, hogy a tanulók lépéseket tegyenek afelé, hogy megközelítsék vagy elérjék a Csíkszentmihályi Mihály (1998, 118.) által autotelikusnak, azaz belső célok által vezéreltnek nevezett személyiség szintjét.

A tanulás sikere e megközelítésmódban minden esetben azon múlik, hogy a tanuló képes-e elegendő és megfelelő háttérinformáció felidézésére vagy aktív (az esetek többségében csoportos kutatómunka bevonásával történő) megszerzésére egy adott probléma kapcsán, illetve képes-e a problémával való szembesülés és a problémamegoldás tapasztalatait a későbbiekben alkalmazni. A szakértői játékban tehát hatalmas szerepe és értéke van a tanulók korábbiakban szerzett tapasztalatainak és ismereteinek, függetlenül attól, hogy azok mely forrásból származnak. A szakértői játék ilyen értelemben is valóság-modellként szolgál, hiszen nem tesz különbséget az iskolai (akadémikus) és hétköznapi tudáselemek között.

Összefoglalva: a szakértői játék egy olyan, a tanterv egészének átadását célzó pedagógiai megközelítésmód, mely a dramatikus keretek segítségével (azaz egy fiktív cég vagy vállalkozás megteremtésén keresztül) valósághű, illetve kontextusba ágyazottságánál fogva céltudatos és célelvű kereteket biztosít a tanuláshoz. A szakértői játék a tanulást nem szűkíti le a tárgyi ismeretek és mechanikus készségek individuális elsajátítására, hanem – ismét csak az előbbiekben említett valósághűségből fakadóan – arra törekszik, hogy a (legtágabban értelmezett) információszerzés, -feldolgozás és -alkalmazás elősegítse ezen ismeretek, készségek integrációját és közösségi hasznosítását.

A szakértői játék az oktatás bármely szintjén, területén alkalmazható. Hogy csak néhány példát említsek: magam is alkalmaztam már e megközelítésmódot, többek között kisiskolások körében az ókori Római Birodalom életének bemutatására, középiskolásokkal a fehérjeszintézis tanítására, valamint felnőttek részvételével, tanfolyami keretben a lovas-nomád életmódot folytató szkíta nép sajátosságainak és a magyarsággal való kapcsolatának feltárására. Számos külföldi tapasztalat is bizonyítja e megközelítésmód hasznos és hatékony voltát: az angol Eileen Pennington például papírgyári tervezők szerepébe helyezve ismertette meg tanulóival a tibeti kultúra egyes elemeit (Pennington, 1985); Marianne Heathcote (a szerző leánya) a középkori életmód vizsgálatát, az épületekhez használt anyagfajták tulajdonságainak elemzését és a fénytan alapjainak tanítását kapcsolta össze a kolostorépületük megnagyobbításán dolgozó szerzetesek munkáját végigkísérő foglalkozás-sorozatával (Heathcote, Bolton, 1995); az ausztráliai Philip Taylor New York-i tizenévesekkel levéltárosi szerepből elemeztette az Egyesült Államok függetlenségi háborújának eseményeit (Taylor, 1998).

Az eddigiekben ismertetett módszer a fentieken túlmenően, sajátosságaiból – azaz a kontextuális, tevékenységközpontú megközelítésmód alkalmazásából – fakadóan nagy mértékben alkalmas a tanulási nehézségekkel küzdő gyermekek, fiatalok fejlesztésére is. A következőkben ismertetendő példán keresztül ezt az állítást kívánom bizonyítani.

A SZAKÉRTŐI JÁTÉK ALKALMAZÁSA TANULÁSI NEHÉZSÉGGEL KÜZDŐ GYERMEKEK FEJLESZTÉSÉBEN

Egy esetben a tanulókat egy olyan komplex (azaz több tantárgy műveltségi anyagát és számos tevékenységformát ötvöző) munkafolyamatba kívántuk bevonni, melynek eredményeképpen lehetőség nyílik szóbeli és írásbeli kifejezőkészségük és szövegértésük fejlesztésére, illetve gyakorolják a térképhasználatot. Szakértői játékunk középpontjában az 1848/49-es forradalom és szabadságharc eseményei álltak, így logikusnak tűnt, hogy a tanulási folyamatnak érintenie kell a témához kötődő történelmi és irodalmi ismereteket is. (A példában szereplő foglalkozás bármely ismeret-eleme bővíthető vagy szűkíthető, így a tanulók képességeihez és szükségleteihez igazítható. Az ismertetendő foglalkozás-sorozat heti két órában, összesen hat tanóra időtartamban, szegregált környezetben – a korábbi, szakmai körben ma már nem használatos megjelölés szerinti „kisegítő iskolában" – tanuló 11–13 éves gyermekek között zajlott.)

Amint arról már szóltam, a folyamat első lépéseként a munka keretéül szolgáló képzeletbeli intézményt kell létrehoznunk. Jelen esetben az osztálytanító és a drámatanár olyan „céget" keresett, amely elég közel esik a tanulók valós tapasztalati anyagához, ugyanakkor nem indít be sztereotip magatartásformákat; sokrétű tevékenységet tesz lehetővé; emellett egyszerre szolgálja a folyamatos haladást és a képességek szerinti differenciálást. Tudták, hogy az osztályban sokan vannak, akik szeretnek képeket nézegetni, rajzolni, dekorációkat készíteni, ezért hosszas gondolkodás után az „ünnepségszervezők" keretben állapodtak meg. Abban bíztak, hogy egy ünnep külsőségeinek megtervezése megfelelő alkalmat ad számukra a tartalmi kérdések elmélyítéséhez is.

Az első foglalkozást a tanulók számára fontos személyes ünnepekről – születés- és névnapokról stb. – szóló beszélgetéssel indították. A kötetlen hangvételű beszélgetés jó alapot teremtett arra, hogy megkérdezzék őket, vajon mi mindent kell végiggondolnia annak, aki sok embert akar meghívni a születésnapjára, vagy más ünnepre. A kézenfekvő válaszok (étel, ital mennyisége, férőhelyek) azonnal megjelentek, de a dekorációra, meghívóra és a programra vonatkozó gondolatokra sem kellett a foglalkozásvezetőknek sokat várniuk.

Ezek után szinte természetesnek hatott, hogy az osztálytanító tanár „magában,"

fölhangosan azon töprengett: vajon nem lenne-e jó, ha lennének olyan szakemberek, akik az ilyen ünnepségek megszervezésében segítenének. A tanulók helyeslő válasza feljogosította őt arra is, hogy végiggondoltassa, miféle ünnepségeket szervezhetnének az ilyen vállalkozások. (Megjegyzendő, hogy ebben a szakaszban a foglalkozásvezetők egyike sem élt a hagyományos feladatutasítások nyelvezetével; a fenti gondolkodtató feladatok magából a beszélgetés tárgyából, folyamatából fakadtak.) A javaslatok megszületése után a tanár rákérdezett, hogy vajon mi mindent kellene elvégeznie egy ilyen cégnek. Szóba kerültek újra a meghívók és a dekorációk, az ételek és italok, a programokhoz illő versek, zenék, esetleg más hatáselemek (pl. petárdák) kiválogatása stb.

Ezek után a tanárok úgy érezték, elérkezett az idő a „cég" felvezetésére. Megajánlották a tanulóknak, hogy játsszák el ők egy ilyen munkacsoport tagjait: tervezzék meg a munkahelyüket, válasszanak tevékenységet maguknak, és kezdjenek el valamilyen munkatevékenységet. Ezen a ponton mindkettőjüknek nagyon szorosan együtt kellett működniük a gyermekekkel, hiszen a feladatok megválasztása és a tevékenység elindítása a legtöbb tanulónak problémát okozott. Kis segítséggel, illetve rövid megbeszélés után azonban a tanulók munkához láttak: néhányan „irodát" rendeztek be maguknak, mások egy meghívó szövegét tervezték, megint mások egyszerű díszítőmintákat rajzoltak. Amikor már a foglalkozás vezetői úgy érezték, elegendő időt fordítottak a felkészülésre, arra kérték a tanulókat, hogy a hozzájuk érkező idegennek (azaz a kabátban megjelenő drámatanárnak) magyarázzák el, mit csinálnak az egyes „részlegekben" (ennek a szakasznak az volt a célja, hogy megerősítse a tanulók kompetencia-érzését, illetve ellenőrizhetővé tegye feladattudatuk szintjét).

Miután ez a „látogatás" véget ért, és a „vendég" meggyőződött a szakemberek nagy hozzáértéséről, elmondta nekik a „problémáját": ő egy középiskolában dolgozik, és ott arra kérték, szervezzen meg az iskolában egy, az 1848-as forradalomra emlékező ünnepséget. (Fontos felfigyelnünk a probléma megfogalmazásának a módjára. A „vendég" ugyan nem távolodott el valós pedagógusi szerepétől, de nem az adott osztály tanáraként jelenik meg. Így a vele szemben alkalmazható megszólítás – „tanárnő" – nem tér el a megszokottól, azaz a tanulóktól nem igényli a megszokott kommunikációs alapformák megbontását. A „szakemberek" szájából ugyanakkor ez a megszólítás másképpen, nem egy viszony, hanem egy szakma megjelöléseként hat. A középiskola említésével a tanár a feladat fontosságát, „magasabb rendű" voltát jelzi, hiszen az adott osztály tanulói számára a középiskolások egyértelműen magasabb státusúaknak számítanak. A problémát megfogalmazó mondat második része egyértelműsíti a későbbiekben elvégzendő feladatot, azaz meghatározza, hogy egy iskolai ünnepségről lesz szó, melynek témája nem más, mint a '48-as forradalom.)

A foglalkozást vezető tanárok ezen a ponton mérhették le eddigi munkájuk eredményességét. Ha a kérés hallatán a tanulók visszavonulnak, inkompetensnek

vélik magukat, akkor egyértelművé válik, hogy az addigi lépések nem szolgálták megfelelően a „szakember-lét" ethoszának kialakítását. Amennyiben a tanulók húzódoznak, a tanár persze próbálkozhat még további, a bevonásukat szolgáló eszközökkel (például az érzelmi ráhatással, azaz a „de hát akkor én most kihez forduljak segítségért?" formulával, vagy ehhez hasonlókkal), de igazi sikernek mégiscsak az számít, ha a gyermekek önként néznek szembe a kihívással.

Ezen a foglalkozáson a tanárok fellélegezhettek, mert a tanulók örömmel, és nem kis büszkeséggel vállalták a feladatot. A „vendéget" játszó drámatanár ekkor (jelmezeit letéve) kilépett szerepéből. Mindnyájan a „cég" munkatársaiként dolgoztak tovább. Rövid beszélgetés után listát készítettek a tanulókkal mindazon dolgokról, melyek eszükbe jutottak a téma kapcsán (minden apróságot feljegyeztek!), majd közösen meghatározták, hogy miknek kell utánajárniuk. A tanulók képességeit természetesen mindvégig figyelembe kellett venniük, azaz nem számíthattak arra, hogy a tanítási szempontból lényeges elemek felkerülnek a listára. Óvatosan, inkább töprengő kérdések formájában tehát a tanároknak is javaslatokat kellett tenniük. (Emlékezzünk: nem adhattak feladatutasításokat, hiszen nem főnökök, hanem egyszerű munkatársak voltak a „cégen" belül! Mondataik így csak olyan formában jelenhettek meg, mely e státusukhoz igazodott. Az „olvassátok el ezt a szöveget arról, hogy mi történt 1848. március 15-én" felszólítás helyett például ezt mondhatták: „Talán érdemes lenne megnéznünk, hogy is kezdődött el a forradalom... Nem tudom, talán ebben a könyvben van itt róla valami...")

Jelezték a tanulóknak, hogy újra találkozhatnak a korábbiakban megismert „idegennel". Az ismét közéjük érkező „vendég" (a szerepbe lépő drámatanár) ez alkalommal egy kis csomagot hozott a „szakemberek" számára, mondván, hogy ő most csak néhány percre tudott eljönni közéjük, de összegyűjtött némi anyagot a téma feldolgozásához, hátha az segítségükre lesz a munkában. A lezárt csomagot otthagyva elsietett (félreállt a terem sarkában), a magukra hagyott „szakemberek" pedig a csomagot vizsgálgatták. A közöttük lévő osztálytanító csendes unszolására egyikük feltépte a csomagot, melyből a témához kapcsolódó rövid szöveg-töredékek, egy-két soros szövegek, korabeli litográfiák reprodukciói, az aradi vértanúk arcképei, a csaták időpontját és helyét jelölő kártyák, valamint az események helyszínéül szolgáló helységneveket feltüntető térképek kerültek elő.

Az egyes tárgyak közös nézegetése és meghatározása után kisebb munkacsoportokat alakítottak. (Ekkor már, szerepéből kilépve, a drámatanár is csatlakozott a csoporthoz.) A pedagógusok ugyan igyekeztek képességszintek szerint viszonylag homogén kiscsoportokat alkotni, de ez a tanulók személyes vonzalma vagy ellenszenve miatt nem minden esetben volt sikeres. Amennyiben ellenálltak, ismét csak rábeszéléssel élhettek, hiszen a főnök-beosztott (vagy épp a tanár-diák) viszony kialakulását, és így a felelősség „visszadobását" mindenképpen el akarták kerülni. A 2–4 fős munkacsoportok a következő feladatokat vállalták magukra:

- kisebb lélegzetű szövegek, leírások elolvasása;
- a töredékesen kapott szövegek logikai rendbe állítása;
- események (csaták stb.) helyszíneinek megjelölése a térképen;
- fényképek válogatása, képaláírások megírása.

A csomagban talált anyagokkal való foglalatosság hosszabbra nyúlt az eredetileg tervezettnél (két tanórányira), ezt azonban a tanárok egyike sem bánta, mert a munka intenzitása és a tanulóknak a feladatok iránti elkötelezettsége felülmúlta várakozásaikat. Az egyes munkacsoportok időről-időre bele is néztek más kiscsoportok munkájába, összevetették azokkal saját eredményeiket, és néhol meglepően kreatív ötletekkel vagy kritikai megjegyzésekkel segítették társaikat. Az egyik tanuló például elhatározta, hogy rajzol egy sírt, melybe, ahogy mondta, „a hősöket temették, és ott lehet ünnepezni". Az elkészült rajz kapcsán komoly vita kerekedett a tanulók közt arról, hogy azt Aradra, Pestre, vagy Petőfi halálának helyszínére, Segesvárra kellene-e felállítani!

Ez az ötlet, a síremlék adta a foglalkozásvezető tanárok számára azt a gondolatot is, hogy a foglalkozássorozat utolsó lépéseként, a munka lezárásaként a tanulók az emlékművön szereplő szobrokról, domborművekről gondolkodjanak, és azokat (saját testükkel jelezve a szoboralakokat) a valóságban el is készítsék. Ezeket a szobrokat azután a csoport tagjai egyenként megnézték, megvitatták, kiegészítették vagy átalakították, végül pedig meg is mozdították, illetve meg is szólaltatták. A tanulók ekkor azt mondták, hogy amiket a szobrok kapcsán mondtak, illetve tettek, azok a középiskolásoknak szóló ünnepségben is szerepelhetnének.

A tanulócsoporttal dolgozó drámatanár ekkor azt javasolta, hogy most, a munka végeztével „hívják meg" a megbízást adó idegent, és mutassák be neki javaslataikat. Miután ötletét a tanulók lelkesen elfogadták, a drámatanár magára öltötte a jelzésként szolgáló jelmezt, és újra, immár szerepben, visszatért közéjük.

Az addigiakban végzett munka intenzitása és a tanulók elkötelezettsége ismeretében nem volt meglepő, hogy az elkészített anyagokat, szövegeket, térképeket egymás szavába vágva próbálták megismertetni az „idegennel". A foglalkozásvezetőket leginkább talán a kettős tudat – v. ö. Mérei, Binét, 1970 – működtetésének biztonsága lepte meg, hiszen a találkozás úgy zajlott le, hogy a tanulók eközben tökéletesen tisztában voltak azzal (és „kikacsintásaikkal" erre utaltak is), hogy a „vendég" valójában egy tanár, aki mindvégig ott volt velük a munka folyamán.

A foglalkozásvezetők számára nem volt kétséges, hogy a „vendég" csak elragadtatással és elismeréssel nyilatkozhat a látottakról. A „szakemberek" hatalmas és nagyszerű munkát végeztek, és ezt „megbízójuk" hangsúlyozta is. Megköszönte a segítséget, majd hálás szívvel távozott a szakemberek köréből. A tanulók pedig – ne feledjük, tizenéves, értelmileg enyhe fokban sérült gyerekekről van szó – kompetenciájuk és eredményességük tudatában zárhatták le ezt a folyamatot.

Összegezés

A leírtak természetesen csak rövid, általános bemutatását adhatták annak a tevékenység- és módszer együttesnek, melyet átfogó néven „a szakértő köntösében zajló játék", illetve röviden „szakértői játék" néven ismer a pedagógiai szakirodalom (azaz annak sajnos egyelőre még nagyon kicsiny, drámatanítással foglalkozó köre). A jelen írás első részében megfogalmazott alapelvek, gondolkodásmódbéli elemek felsorakoztatása, illetve a „szakértői játék"-foglalkozás elemző bemutatása együttesen rámutatnak arra, hogy ez a pedagógiai megközelítésmód az oktatási-nevelési folyamat kontextuális szemléletű átformálásán keresztül, valamint a konkrét gyakorlati tevékenységeken alapuló tapasztalati tanulás kiaknázásával arra törekszik, hogy a tanulók valós, megélt és számukra is értelemmel bíró tudástartalmakhoz jussanak.

A „szakértői játék" mint megközelítésmód alkalmazásán keresztül a pedagógusnak lehetősége nyílik arra, hogy a tanulási tartalmakat kontextualizálja, illetve különböző emocionális hatásokhoz kösse az egyes ismereteket, így segítve azok rögzülését, illetve folyamatos bővítését.

Irodalom

BURGESS, T. (1986) New ways to learn. In: Burgess, T. (ed.): *Education for Capability*. NFER – Nelson, Windsor.

CLAYDEN, E., DESFORGES, C., MILLS, C., RAWSON, W. (1994) Authentic activity and learning. *British Journal of Educational Studies*. Vol. 42., No. 2., June, 163–173.

CSÍKSZENTMIHÁLYI M. (1998) *És addig élték, míg meg nem haltak: a mindennapok minősége* (ford. Boross Otilia). Kulturtrade, Budapest.

DEBRECZENI T.: *Drámapedagógiai órák alsóban, felsőben és főiskolán*. Magyar Drámapedagógiai Társaság – Kecskeméti Tanítóképző Főiskola, h. n., é. n.

HEATHCOTE, D., BOLTON, G. (1995) *Drama for Learning – Dorothy Heathcote's Mantle of the Expert Approach to Education*. Heinemann, Portsmouth, New Hampshire.

MÉREI F. (1973) *A játék értelme és örömei*. In: Millar, S.: *Játékpszichológia*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.

MÉREI F., V. BINÉT Á. (1970) *Gyermeklélektan*. Gondolat, Budapest.

NEELANDS, J. (1994) *Dráma a tanulás szolgálatában*. Magyar Drámapedagógiai Társaság – Marczibányi Téri Művelődési Központ, Budapest.

PENNINGTON, E. (1985) *Paper Worlds*. M. Ed. disszertáció. University of Newcastle-upon-Tyne.

SZAUDER, E. (1999) *A „szakértői játék" alaptörvényei.* In: Kaposi, L. (szerk.) *A dráma tanítása III.* Kerekasztal Színházi Nevelési Központ, Gödöllő, 43–47.

TAYLOR, Ph. (1998) *Redcoats and Patriots. Reflective Practice in Drama and Social Studies.* Heinemann, Portsmouth, New Hampshire.

WAGNER, B. J. (1979) *Dorothy Heathcote – Drama as a Learning Medium.* Hutchinson, London.

Márkus Eszter

17.

KÜLÖNLEGES ÉLETHELYZETŰ, SÚLYOSAN-HALMOZOTTAN SÉRÜLT EMBEREK PEDAGÓGIAI KÍSÉRÉSE

„Nem azért szeretnek bennünket, mert jók vagyunk, hanem azért vagyunk jók, mert szeretnek bennünket."

Desmond Tutu

A SÚLYOS-HALMOZOTT FOGYATÉKOSSÁG MEGHATÁROZÁSÁNAK PROBLÉMÁI

A *súlyos-halmozott fogyatékosság meghatározásának számos aspektusa lehet,* megközelíthető a fogalom orvosi, pszichológiai, perszonális, szociológiai, jogi, etikai, valamint pedagógiai, gyógypedagógiai szempontok hangsúlyozásával (Bach, 1991; Márkus, 1995). A fentiek mellett egyéb szempontokat is figyelembe vehetünk (antropológiai, teológiai, biológiai stb.), ám most csak a gyógypedagógia határterületeinek aspektusait vizsgáljuk.

*Orvosi szempont*ból legsúlyosabb fogyatékosság alatt a testi vagy pszichés károsodás különösen súlyos fokát értik, amikor a beteg tartósan intenzív ápolásra szorul, ilyenkor a különböző károsodások együttes megjelenése következtében a *„többszörös, halmozott fogyatékosság"* fogalmát használják, sőt gyakran „ápolási eset"-ről beszélnek.

*Pszichológiai szempont*ból a halmozott vagy súlyos fogyatékosságot az életkori sajátosságoktól való jelentős elmaradással jellemzik már a legkorábbi életkortól kezdve, valamint „sérült identitás"-ként értelmezik.

*Perszonális aspektus*ból az életvezetés, a tanulási folyamatok, a világ megismerése, az életfeladatok és az életcél megtalálása, valamint a társadalmi életben való részvétel extrém nehezítettsége áll a figyelem középpontjában, valamint az adott élethelyzet szubjektív megélése, beleértve a fizikai korlátokat, terheket és a fájdalmat.

A *szociológiai szempont* a halmozottan fogyatékos ember és környezete kapcsolatát tárgyalja mindkét fél szemszögéből, a súlyosan fogyatékos hatását vizsgálja a környezetre, a családra, a szomszédságra, a munkahelyi környezetre, valamint a környezet hatását az érintett emberre, különösen akkor, ha a súlyosan-halmozottan fogyatékos ember mint teher jelentkezik a környezet életében, azaz nagymértékű szociális függőség alakul ki.

*Jogi aspektus*ból a törvényesen szándékolt vagy megvalósított védő-, támogató- és fenntartó rendelkezések az irányadók, beleértve a segélyezési rendeletektől

a szociális támogatáson keresztül a gyámügyi rendelkezésekig terjedő jogszabályokat.

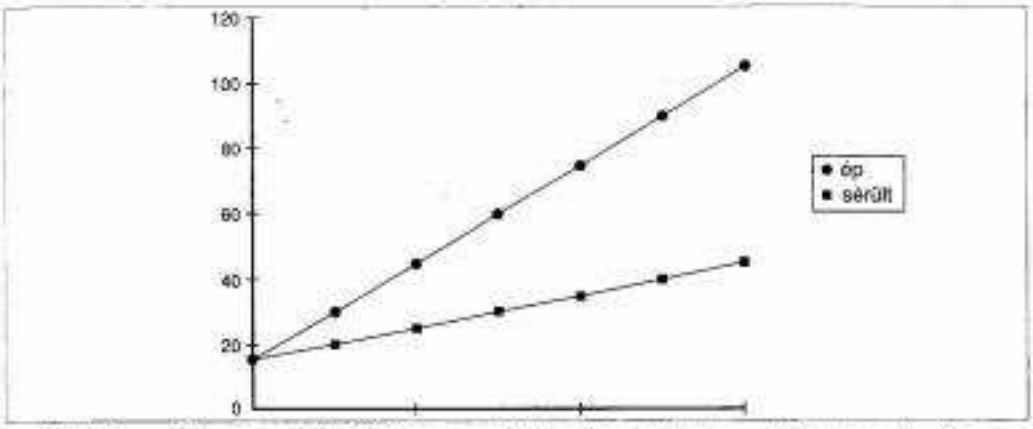
*Etikai szempont*ból a viták, érvelések és állásfoglalások a súlyosan-halmozottan fogyatékosok védelmétől – mint a társadalom humanitásának központi kritériumaként történő megjelenésétől – a nagymértékben károsodott emberek élete értelmének és értékének megkérdőjelezéséig terjed, ami végső soron az „emberi mivolt", az „emberség" eltagadását jelentheti.

*Pedagógiai/gyógypedagógiai szempont*ból a „súlyos-halmozott fogyatékosság" fogalma részben rezignációt váltott ki, amikor – hosszú ideig – „képezhetetlenségről", „nevelhetetlenségről", „oktathatatlanságról" beszéltek, s a pedagógiai kilátástalanság puszta „felügyelő-, illetve ápoló-gondozó pedagógiai" megközelítéshez vezetett, amiből kirekesztés következett. Az elmúlt húsz-harminc évben a speciális pedagógiai koncepcióknak, a bazális fejlesztésnek köszönhetően a legsúlyosabb fogyatékosság fogalmának hallatán igen speciális nevelési és fejlesztési szükségletre, magas szinten differenciált pedagógiára – nevelésre és terápiára – és ennek megfelelő intézményekre, illetve társadalmi integrációs lehetőségekre gondolunk.

A *„súlyos fokú fogyatékosság"* viszonylagos fogalom, egy elképzelt skálán lehet megjelölni azt a pontot, ami alatt vagy felett súlyosnak tekintjük a fogyatékosságot. A szakirodalmi példákból kiderül, hogy minden fogyatékossági típus esetében külön kritériumokat állítanak fel a „súlyos" kategória definiálására. A jelző tehát elsősorban arra utal, hogy a diagnosztizált sérülés, károsodás, fogyatékosság olyan akadályozó tényezővé válik, ami tartósan, maradandóan, véglegesen és jelentős mértékben nehezíti, akadályozza, gátolja a különböző funkciók zökkenőmentes kialakulását vagy fejlődését (pl. olyan súlyos korai agykárosodás következtében kialakult mozgáskorlátozottság, ami motorikusan lehetetlenné teszi a beszéd kialakulását, valamint a társuló érzékelési-észlelési zavarok és a számottevő mozgásos akadályozottság miatt a kognitív funkciók fejlődése is nagy mértékben nehezített), már az élet első hónapjaiban behozhatatlan lemaradásokat okoz, az ép fejlődésmenettől való eltérés pedig az életkor előrehaladtával egyre nagyobb lesz *(17/1. ábra)* (Márkus, 1995; 1997a; 1999a).

A *„halmozott"* jelző egyértelműen arra utal, hogy egy időben két vagy több, egymással nem közvetlen oki kapcsolatban álló különböző fogyatékosság is megfigyelhető. A halmozódóan, párhuzamosan fennálló fogyatékosságok kialakulásáért általában a központi idegrendszer komplex sérülése felelős, aminek következtében egyszerre *több „fő vagy vezető tünet"* is kialakul (pl. mozgáskorlátozottság és értelmi akadályozottság vagy vakság és siketség stb.), tehát a személyiség különböző funkcióinak sérülése, akadályozott működése, több agyi reprezentációs terület egyidejű károsodására utal, és nem következményesen (másodlagosan, harmadlagosan) kialakult fogyatékosságokkal állunk szemben.

Azt is szem előtt kell tartani, hogy a súlyos vagy halmozott akadályozottság kialakulásában *szerepet játszik a környezet* támogató avagy akadályozó volta (Márkus,



17/1. ábra. Az ép és a sérült fejlődésmenet közötti eltérés alakulása az életkor függvényében

2000b). A nyugat- és az észak-európai országokban ugyanis az igen fejlett technikai segédeszközök alkalmazása és a komplex orvosi-pedagógiai-pszichológiai-szociális rehabilitáció magas színvonala következtében a fogyatékosok kisebb százalékában jelenik meg „súlyos akadályozottság". Ezzel csupán arra kívánunk utalni, hogy a tárgyi (földrajzi, épített) környezet akadályai vagy akadálymentessége, valamint a társadalmi (személyi) környezet kirekesztő, illetve befogadó-támogató jellege csökkentheti, illetve növelheti azon fogyatékosok arányát, akiknek *komoly akadályokkal, korlátokkal, hátrányokkal kell megküzdeniük a mindennapi élet, a tanulás és képzés, a munkavállalás és a társadalmi beilleszkedés területén* (Márkus, 1999a).

Magyarországi viszonyok között súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekeknek tekintjük azokat, akik legalább két területen minősülnek fogyatékosnak, és ezek közül legalább az egyik területen a legsúlyosabb minősítést kapják. Ennek következtében – a hatályos közoktatási törvény értelmében – korai fejlesztésben vesznek/vehetnek részt, illetve 5–18 éves koruk között tankötelezettség helyett képzési kötelezettséget kell teljesíteniük fejlesztő felkészítés keretében. Jelenleg elsősorban a 18 év alattiakra helyezzük a hangsúlyt, nem feledve, hogy pedagógiai kísérésre egész életükben szükségük van és lesz.

A SÚLYOSAN-HALMOZOTTAN SÉRÜLT GYERMEKEK PEDAGÓGIAI JELLEMZÉSE

A súlyosan-halmozottan sérült gyermekek jellemzése esetén gyakran találkozhatunk az egyes *képességek listázásával*, pontosabban a *magasabb rendű humánspecifikus funkciók hiányának* felsorolásával: nem tud járni, nem tud önállóan étkezni, nem tud beszélni stb. Pedagógiai szempontból az ilyen jellegű meghatározások nem tűnnek

célravezetőnek, hiszen mihez kezdjen a pedagógus egy olyan gyermekkel, aki a felsorolt hiányok miatt „semmire sem képes". A pedagógus szemével nézve, a megváltozott nevelési feltételek játszanak döntő szerepet. Ha a nevelés-oktatás körülményeit, feltételeit vizsgáljuk, akkor fogyatékosnak egyszerűen azt tekinthetjük, akit a *„hagyományos pedagógiai módszerekkel"* nem lehet optimálisan nevelni, fejleszteni, oktatni. Analógiásan tovább gondolkozva: súlyosan-halmozottan fogyatékosnak tekinthetjük azokat a gyermekeket, akiket a *„hagyományos gyógypedagógiai módszerekkel, eszközökkel"* sem lehet optimálisan fejleszteni (Hartmann, Passon, 1996). Ez a nevelési hozzáállás is negatív szempontokat rejt, ám rögtön sugallja, hogy amennyiben a gyermekek nem fejleszthetők a hagyományos módszerekkel, úgy új vagy más gyógypedagógiai módszereket kell keresni és kidolgozni.

A fejlődés eltérései a motoros, a szenzoros és az emocionális-szociális funkciók területén egyaránt tapasztalhatók. A *motoros* (mozgás) *funkciók* területén a felegyenesedés, állás, helyváltoztatás képességének hiányát, a végtagok (kar, kéz, láb) működésének súlyos zavarait, a fejkontroll és a tekintés kontrolljának hiányát, a komplex mozgásminták koordinációjának zavarait és a beszédszervek, valamint a belső szervek funkciójának érintettségét tapasztalhatjuk. A *szenzoros* (érzékelési-észlelési) *funkciók* területén az érzékelés organikus és pszichés jellegű kiesései, az ingerek felfogásának és feldolgozásának alacsony szintű képessége, az érzékletek és a mozgásminták, illetve a viselkedésformák összehangolásának hiányos képessége, a túlérzékenység, vagy az alacsony ingerküszöb okozhat nehézséget. Az *emocionális-szociális funkciók zavara* esetén az agresszív/autoagresszív viselkedés, illetve a túlérzékenység, a személyektől és tárgyaktól való elvonatkoztatás képességének hiánya vagy zavara, a hangulat labilitása – ok nélküli nevetés/sírás – figyelhető meg. Mindezekhez az eltérésekhez társulhatnak még különböző *krónikus betegségek*, fokozott görcskészség (epilepszia), tartós gyógyszerszedés és terápiás szükséglet, megnövekedett balesetveszély és halálozási rizikó. Ezek további súlyosbító, személyiségfejlődést nehezítő feltételeket teremtenek (Márkus, 1999a).

A súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek képességeiben tapasztalható nagyfokú eltérések és az egyéni variációk sokfélesége miatt értelmetlen próbálkozás lenne a testi jellegű vagy organikus eredetű deficitek kritériumainak előtérbe helyezése, hiszen ez esetben minden gyermekre külön definíciót és jellemzést adhatnánk. Hasonlóan nehezen értelmezhető az érzékszervek érintettségének, funkciózavarának, vagy az emocionalitás komoly zavarainak hangsúlyozása. A tapasztalatok alapján egy általánosnak tekinthető tényező figyelhető meg minden súlyosan-halmozottan sérült emberre vonatkozóan: a *kölcsönös kommunikációs megértés zavara, akadályozottsága vagy hiánya* (Schäffer, 1996; 1998a). Ha az ún. ép személy nem képes dekódolni a súlyosan-halmozottan fogyatékos ember jelzéseit, akkor – a megértés szempontjából – az ép számít fogyatékosnak. A kölcsönös megértés korlátai bennünk is lehetnek, így a gyermek miattunk minősülhet kommunikációjában akadályozottnak, holott éppen mi nem értjük meg őt. Mindezt természetesen a kommu-

nikáció tágabb felfogása szerint kell értelmezni, melybe beletartozik a verbális kommunikáció és az auditív információfelvétel mellett a nonverbális kommunikáción, a mimikán, gesztusokon keresztül egészen a testbeszédig, zajokig, légzésig, szünetekig, csendig és a nem-ráfigyelésig nagyon sok minden (Schäffer, 1996; 1998b; Mall, 1996; Schäffer, Márkus, 1999b). Ha a kölcsönös kommunikációs akadályozottságot tekintjük a súlyosan-halmozottan fogyatékos emberek központi problémájának, akkor a pedagógiai megsegítést át kell hatnia a kommunikatív megközelítésnek, a nevelési folyamatot kölcsönös párbeszéden alapuló interperszonális kapcsolatként kell felépíteni.

A pedagógiai megsegítés szempontjából a következő jellemzőket kell figyelembe venni: a súlyosan-halmozottan sérült gyermekek

– személyiségének *fejlődése* a súlyos és halmozódó károsodások miatt jelentősen nehezítetté és akadályozottá válik, mely akadályozottság az egész élet folyamán fennáll, vagyis mozgásképességben, kognitív képességekben, érzékelésben-észlelésben, kommunikációban, érzelmekben és szociális viselkedésben – életkortól függetlenül – a fejlődés *kezdeti (elemi) szintjén* állnak;

– személyiségüknek különböző funkciói sérülhetnek, s emiatt *korlátozott az önálló életvitel*, ezért egész életükön át külső személyek segítségére szorulnak;

– nem különleges és „elkülönítendő lények", hanem *emberek*, akiknek *speciális*, átfogó, egymást kiegészítő fejlesztő, támogató, valamint gondozó eljárásokra, *megsegítésre* van szükségük;

– *képezhetők* és *nevelhetők* még akkor is, ha ez adott esetben nem rögtön bizonyítható;

– nemcsak szokások kialakításával és viselkedésformák megváltoztatásával befolyásolhatók, hanem alapvetően *humánus* pedagógiai, *nevelési és terápiás formák*kal is megközelíthetők;

– a szűkebb és a tágabb társadalmi környezet történéseiben *aktívabban vesznek részt*, mint arra reakcióikból következtetni lehet.

A SÚLYOSAN-HALMOZOTTAN SÉRÜLT GYERMEKEK PEDAGÓGIAI MEGSEGÍTÉSÉNEK TÖRVÉNYI ÉS INTÉZMÉNYI HÁTTERE

Szerény becslések szerint Magyarországon hat-hétezerre tehető a korai fejlesztésben résztvevő, képzési kötelezettséget teljesítő 5-6, illetve16–18 éves, súlyosan-halmozottan sérült gyermekek száma (sajnálatos, hogy pontos számadat még a legfrissebb statisztikákban sem található).

Az intézményi háttér vizsgálatakor elsősorban a közoktatási törvényben és a meglévő intézményrendszerben fellelhető jogi és szakmai ellentmondásokra főku-

szálunk, melyek gyakran erősen – és nem feltétlenül pozitív irányba – befolyásolják a súlyosan-halmozottan sérült, képzési kötelezett gyermekek nevelésének-oktatásának helyzetét.

Az *1993. évi LXXIX. közoktatási törvény 1996. évi LXII. törvénnyel* módosított jelenleg[1] hatályos változata szerint *„A Magyar Köztársaságban – az e törvényben meghatározottak szerint – minden gyermek tankötelez"* (*6. § (1) bek.*). Itt még minden gyermekről szó van, ám a két kötőjel közé rejtett közbevetés sugallja, hogy akár bizonyos esetekben kivételt is tehetünk. A „minden gyermek" megfogalmazásnak valóban minden gyermekre kell vonatkoznia, legfeljebb a tankötelezettség teljesítésének módjában jelölhetnénk meg eltéréseket, ám nem a tankötelezettség tényére, mint alapvető gyermeki jogra vonatkozóan, amint azt a későbbiekben látjuk majd.

„A ...fogyatékos gyermeknek, tanulónak joga, hogy különleges gondozás keretében állapotának megfelelő pedagógiai, gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai ellátásban részesüljön attól kezdődően, hogy fogyatékosságát megállapították." (*30. § (1) bek.*). *„A ...fogyatékos gyermek, tanuló óvodai nevelése, iskolai nevelése és oktatása megvalósulhat külön... vagy... azonos óvodai csoportban, illetve iskolai osztályban. A gyógypedagógiai nevelésben-oktatásban részt vevő nevelési-oktatási intézményben a gyermek, tanuló egészségügyi és pedagógiai célú habilitációs és rehabilitációs ellátásban is részesül"* (*30. § (2) bek.*). Ebben a (2) bekezdésben megtaláljuk az (1) bekezdésben hangoztatott jogok érvényesítésének lehetséges módozatait. Joggal hihetnénk, hogy ily módon minden fogyatékos gyermeket a számára legkedvezőbb, az esélyegyenlőséget biztosító körülmények között nevelnek, oktatnak. Komoly meglepetés ér bennünket, amikor kiderül, hogy nem minden fogyatékos gyermek nevelése, fejlesztése történik a gyógypedagógiai nevelésben-oktatásban részt vevő intézmények keretei között, és bizonyos gyermekcsoportok esetében szó sincs esélyegyenlőségről és azonos jogokról. A (6) bekezdés ugyanis hirtelen mindent megváltoztat: *„Ha a gyermek tankötelezettségét fogyatékossága miatt nem tudja teljesíteni, attól az évtől, amelyben az ötödik életévét betölti, az óvodai nevelési év első napjától kezdődően a fejlődését biztosító fejlesztő felkészítésben vesz részt (a továbbiakban a fejlesztő felkészítésben való részvételi kötelezettség: képzési kötelezettség) ...A fejlesztő felkészítés megvalósítható otthoni ellátás, fogyatékosok ápoló, gondozó otthonában nyújtott gondozás, fogyatékosok rehabilitációs intézményében, fogyatékosok nappali intézményében nyújtott gondozás, gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás keretében biztosított fejlesztés és gondozás, konduktív pedagógiai ellátás, illetőleg a gyermek hat éves koráig bölcsődei gondozás keretében..."* (*30. § (6) bek.*). Vizsgáljuk meg egy kicsit alaposabban ezt a (6) bekezdést!

Azonnal feltűnik a megfogalmazás: *a gyermek fogyatékossága miatt nem tudja telje-*

[1] 1999. szeptember 1-jétől hatályos az **1999. évi LXVIII. törvény a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról**, ám ez nem érinti a jelen összefoglalóban idézett paragrafusokat és felvetett problémákat.

siteni a tankötelezettségét. Ez úgy is érthető, hogy törvényesen a gyermekre hárítjuk a felelősséget, amiért a meglévő rendszer nem képes az ő számára biztosítani a tankötelezettség teljesítésének optimális feltételeit és módját. Nem lehetséges, hogy az intézményrendszernek nincs elég eszköze, módszere, tárgyi vagy személyi feltétele ahhoz, hogy a gyermek számára biztosítsa a megfelelő nevelést, fejlesztést, terápiát, képzést? Egy egyszerű példa: tegyük fel, hogy azt a kötelezően végrehajtandó feladatot kapom a munkahelyemen, hogy repüljek el Amerikába egy konferenciára. Tekintvén, hogy önmagam képtelen vagyok repülni – repülés tekintetében a madarakhoz képest meglehetősen fogyatékosnak számítok – ezt a feladatot „fogyatékosságom miatt", önhibámon kívül nem tudom teljesíteni. Ám senki sem gondolja, hogy „repülési képtelenségem" miatt személy szerint engem okoljon. Mit tehetek? Körülbelül 100–150 légitársaság szolgáltatásai közül választhatom ki a számomra – anyagilag, időben stb. – legkedvezőbb megoldást, melynek segítségével kötelezettségemnek eleget tudok tenni.

Mit tehet a fogyatékos gyermek, aki fogyatékossága miatt nem tudja a tankötelezettségét teljesíteni? *Kötelezően részt kell vennie a fejlődését biztosító fejlesztő felkészítésben,* vagyis nem válogathat a különböző szolgáltatások, iskolatípusok között, csupán egyfajta megsegítési mód igénybevétele marad számára. Az előző példához kapcsolódva úgy is mondhatjuk: „sajnáljuk, nincs repülőgép, legfeljebb megpróbálkozhatsz az óceán átúszásával, és szerencsés esetben előbb vagy utóbb majd csak odaérsz, ahová a többiek elrepülhettek; ehhez viszont minden támogatást meg tudunk neked adni".

A törvény által biztosított lehetőségeket tekintve komoly esélyegyenlőtlenség tapasztalható a tankötelezettség és a képzési kötelezettség teljesítése között. Ehhez rövid kitérőben említést kell tennünk a *heti kötelező óraszámokról.* Míg a nevelési-oktatási intézményekben a heti óraszám 20-25-30 óra, ami az életkor előrehaladtával egyenletesen növekszik, addig a legújabb rendelet értelmében *„A fejlesztő felkészítés ideje egyéni foglalkozás esetén legalább heti három óra, csoportfoglalkozás esetén legalább heti öt óra" (Az oktatási miniszter 3/1998. (IX. 9.) OM rendelete a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról szóló 14/1994 (VI. 24.) MKM rendelet módosításáról 6. § (2) bek.).*

Vagyis az a gyermek, aki 6–7 évesen okos és értelmes, fut-szalad, folyékonyan és hibátlanul beszél, gyakran ír, olvas és számol, valamint egy-két évet részt vett intézményes nevelésben, ez a gyermek *heti 20* (majd 25–30) *óra esélyt* kap arra, hogy még okosabb legyen, miközben az a gyermek, aki 5-6 éves koráig – esetleg részt vett – heti 2-4-6 órás korai fejlesztésben, semmilyen közösségbe nem járt, aki súlyos fogyatékosságából következően erre az életkorra már igen jelentős elmaradást mutat kortársaihoz képest a fejlődés szinte minden területén (l. 17/1. ábra), ez a gyermek kap *heti 3* (esetleg 5) *óra esélyt* arra, hogy okosabb legyen, hiszen a törvény értelmében *ez a fejlődését biztosító fejlesztő felkészítés* ideje. Ez óraszám rendszerint „elegendő" annak igazolására, hogy a gyermek valóban nem fejlődik, hiszen még a

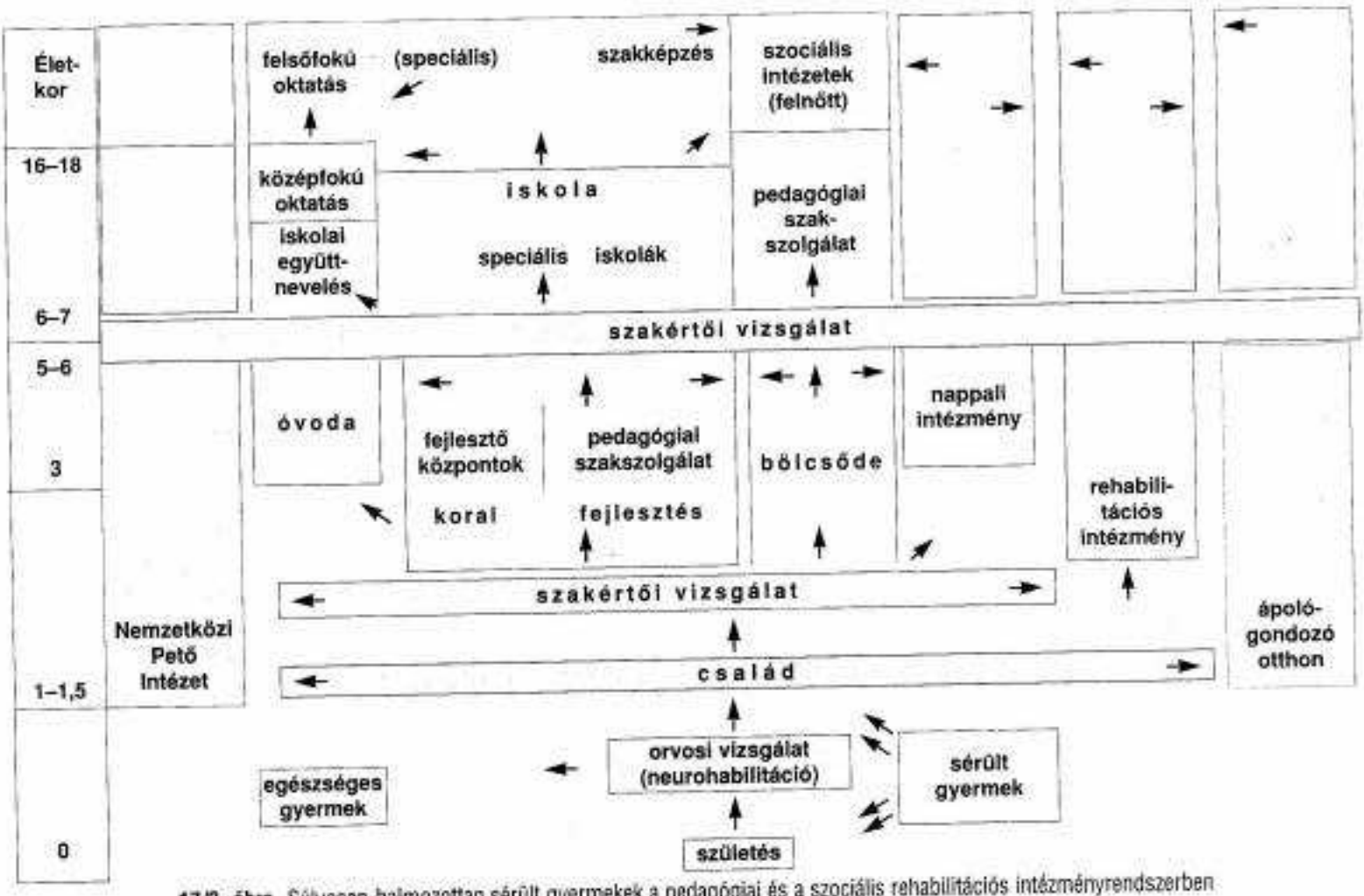
legfelkészültebb gyógypedagógus sem képes ilyen rövid idő alatt csodát tenni. Vagy mégis? Gyógypedagógusok gyakran beszámolnak a heti 3 órás fejlesztés során elért eredményekről. Az ember alig meri elképzelni, hogy milyen eredményeket lehetne elérni ezekkel a gyermekekkel is heti 20–25 órában.

A fejlesztő felkészítés *színtereit* tekintve *(17/2. ábra)* feltűnhet, hogy elsősorban a családban, illetve a szociális intézményhálózat intézményeiben lehet eleget tenni a képzési kötelezettségnek: bölcsőde, fogyatékosok ápoló-gondozó otthona, fogyatékosok rehabilitációs intézménye, fogyatékosok nappali intézménye. Csupán a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás, valamint a konduktív pedagógiai ellátás sorolható a közoktatás intézményes ellátási formái körébe.

A szociális intézmények feladatai között nem szerepel a képzési kötelezettség (l. *az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról).* Ezen törvény értelmében – többszörös módosítás után is – csupán a fejlesztés és képzés lehetősége szerepel az egyes intézménytípusoknál. Néhány példa: *„A fogyatékosok otthonába az a súlyos és középsúlyos értelmi vagy halmozottan fogyatékos személy vehető fel, aki nem vagy csak részben oktatható, képezhető, foglalkoztatható, és gondozására csak intézményi keretek között van lehetőség" (69. § (1) bek.). „A fogyatékosok otthonában lakók részére biztosítani kell a fogyatékosságuknak megfelelő képességfejlesztő, terápiás vagy munka jellegű foglalkoztatás lehetőségét is" (70. § (1) bek.). „A fogyatékosok otthonában elhelyezett képezhető fogyatékosok oktatásáról gondoskodni kell" (70. § (2) bek.).* Nem fogalmazták meg konkrétabban, hogy mit jelent a fejlesztés lehetőségének biztosítása, illetve az oktatásról való gondoskodás.

„A fogyatékosok rehabilitációs intézménye azoknak a nem tanköteles enyhe vagy középsúlyos értelmi fogyatékos, valamint mozgás-, illetőleg látássérült személyeknek az elhelyezését szolgálja, akiknek oktatása, képzése, átképzése és rehabilitációs célú foglalkoztatása csak intézményi keretek között valósítható meg" (74. § (2) bek.). Nehezen megfogható, hogy kik azok az enyhe vagy középsúlyos fokban sérült fogyatékosok, akiket oktatni kell, ám nem tankötelesek, hiszen a közoktatási törvény értelmében minden gyermek tanköteles, vagy legalább képzési köteles. Emellett a közoktatási intézmények is intézményes keretek között kínálják szolgáltatásaikat, különösen a gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézmények, melyek gyakran diákotthont is működtetnek.

„A fogyatékosok nappali intézménye a harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes fogyatékosok napközbeni gondozására, foglalkoztatására és nevelésére szolgáló, a közoktatás körébe nem tartozó ellátási forma" (77. § (1) bek.). Komoly ellentmondást rejt, hogy nevelési feladatot tartalmaz ez a bekezdés, ám nem sorolja a nappali intézményt a közoktatási intézmények közé. Ha 3 év feletti fogyatékosok gondozását és nevelését tűzi ki célul, akkor miért nem közoktatási intézmény? Ha a napközbeni ellátásban részesülő fogyatékos 6–16 év közötti és részben önellátásra képes, akkor miért nem gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézményben kell elhelyezni?



17/2. ábra. Súlyosan-halmozottan sérült gyermekek a pedagógiai és a szociális rehabilitációs intézményrendszerben

A fejlesztő felkészítés megvalósításának színtereit tekintve tehát elmondhatjuk, hogy a törvény nem mutat igazán előre, miután nem engedi meg a gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézményeknek, hogy megnyissák kapuikat a képzési kötelezett gyermekek előtt. A 17/2. ábra jól szemlélteti, hogy a közoktatási, illetve szociális intézményhálózatban hol találjuk a súlyosan-halmozottan sérült gyermekeket (szürkével jelzett mezők). Az is egyértelműen látszik, hogy *az életkor előrehaladtával a súlyosan-halmozottan sérült gyermekek, tanulók egyre inkább kiszorulnak a közoktatás rendszeréből.* Pedig a gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézményekben számos tárgyi és személyi feltétel biztosított a neveléshez, fejlesztéshez; a súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekeket integrálni lehetne a kevésbé fogyatékosok közé, ami számukra szinte csak előnnyel járna. Ugyanakkor a gyógypedagógiai iskoláknak sem kellene attól tartaniuk, hogy az enyhébben sérült tanulók egyre jobban terjedő többségi iskolába történő beiskolázása miatt esetleg állásokat kell megszüntetniük, ami egzisztenciális bizonytalanságba sodorhatja a gyógypedagógusokat. Érdemes lenne elgondolkozni azon, hogy „beengedjük" a súlyosan-halmozottan sérült gyermekeket, tanulókat is a gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézményekbe, ahol esélyt kaphatnának arra, hogy a heti háromnál lényegesen magasabb óraszámban és kortársaikkal közösen tanulhassanak. Szerencsére erre is találunk már néhány példát az országban (Márkus, 2000a).

Az individuális és orientációs kommunikáció mint a súlyosan-halmozottan sérült gyermekek pedagógiai megsegítésének alapja

Az érintett csoportok tagjainak – kommunikációs akadályozottságuk miatt – számos helytelen feltételezéssel és félreértéssel kell szembesülniük mindennapjaik során, akár a legegyszerűbb élethelyzetekben is, amikor nem tudják mások számára érthetővé tenni gondolataikat, érzéseiket, kívánságaikat; amikor nem tudják hatékonyan befolyásolni az őket körülvevő világ eseményeit és történéseit. Ezek következtében környezetük gyakran azt gondolja róluk, hogy *nem tudnak beszélni, nem tudnak gondolkozni, nem értik, amit közölnek velük, képtelenek kommunikálni.* A kommunikáció azonban – minthogy általános emberi jellemző – nem definiálható másként a súlyosan-halmozottan sérült embereknél sem, mint ahogyan azt a nem-fogyatékos embereknél meghatározzuk.

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.

A túlzott általánosítás elkerülése érdekében egyértelműen értelmezni kell, hogy *mi nem kommunikáció*:

– a kommunikáció nem elvont elmélet-képzés, éppen ezért nem szabad csupán gondolati síkon létező fogalomként leírni (mint pl. hűség, szeretet stb.);

– a kommunikációt nem szabad generalizáltan, az emberi létforma minden megnyilvánulásával, a viselkedéssel, magatartással azonosan értelmezni;

– a kommunikáció soha nem tartalmaz monolaterális (egyoldalú) tevékenységformákat (pl. a cselekvő ember saját magára vagy tárgyakra vonatkozó tevékenysége);

– a kommunikációt nem szabad összetéveszteni az információval (értékmentes, kötelezettség nélküli kijelentés); információ-adással (mechanikus cselekvés); információ-cserével (mechanikus cselekvések sorozata);

– az audiovizuális, auditív és vizuális médián keresztül közvetített információk szintén nem jelentenek kommunikációt, a kölcsönösség hiánya miatt (Schäffer, 1998b; 1999a; Schäffer, Márkus, 1999c).

A fenti felsorolással szemben nézzük meg, hogy *mit tekinthetünk kommunikációnak*:

– a kommunikáció élő, dinamikusan fejlődő folyamat, ami egyediségében mint konkrétan megvalósuló magatartásforma definiálható: a kommunikációs folyamat során megjelenhet az elvont gondolkodás, ám maga a kommunikáció soha nem absztrakt, hanem mindig konkrét és „kézzelfogható";

– a viselkedés – a kommunikációtól való elkülönítés kedvéért – széles körű tevékenységi skálát jelöl, melyen belül az ember mindig dönt az „ezt tegyem" vagy „valami mást tegyek" között: a viselkedés tehát folyamatosan történik;

– a kommunikáció a „viselkedés" széles körű tevékenységi skálájának középpontjában elhelyezkedő részterület, melynek során az ember eldönti, hogy kíván-e valakivel kommunikálni vagy sem: a kommunikáció tehát csak szükség vagy kívánság esetén történik;

– a viselkedéssel ellentétben (ami monolaterálisan is megvalósulhat) a kommunikáció mindig bi- vagy multilaterális (két- vagy többoldalú), emberek közötti (egy vagy több másik emberre vonatkoztatott interperszonális), kölcsönösségen alapuló tevékenységrendszer (Schäffer, 1998b; 1999a; Schäffer, Márkus, 1999c).

A *„kommunikáció"* magában foglalja mindazon *akciók és reakciók alaprendszerét*, mely *a nyelvi és a beszédkészség területén* zajlik, legalább *egy másik emberhez fűződő kölcsönös kapcsolat során*, vagyis élő-dinamikus folyamat, ami lehetővé teszi a kölcsönös közléseket és a kölcsönös szellemi megértést. A kommunikáció tehát nincs nyelv és beszéd nélkül, beleértve a pre-, a nonverbális és a metakommunikatív jelzésrendszereket, és mindig többdimenziós kifejezési hálózat működését jelenti. Mindez számtalan kommunikációs csatornán zajló, oda-vissza ható folyamat, ahogyan azt *Mall* ábrázolásából (Fikar, 1996) is jól ismerjük (17/3. ábra).



17/3. ábra. Kommunikációs csatornák Mall szerint (Fikar, 1996)

Az *„interakció"* a szociális tevékenység egyik formája, ami elsősorban szomatikus csatornákon keresztül zajlik (mimika/gesztus, mozdulatok, simogatás, karmolás stb.), és a *kölcsönös testi aktivitás élő-dinamikus folyamatát* jelenti, melyen keresztül az ember közvetítheti *emocionális elfogadását* vagy *elutasítását*. A kommunikáció és interakció megvalósulhatnak külön vagy egymással kombinálva; mindenesetre önállóan is értelmezhető cselekvésmódok.

Az *individuális kommunikáció* a súlyosan-halmozottan fogyatékos (vagy nem hangzó beszéddel kommunikáló) ember és segítője között kialakuló *párbeszéd*. A valódi, kölcsönösségen alapuló párbeszéd *kialakulásához vezető utat*, vagyis a *közös kommunikációs szint keresésének útját nevezzük orientációs kommunikációnak*. Ez a folyamat nagyon hasonlít arra, mint amikor idegen nyelvet tanulunk. Van, akinek ez könnyebben megy, van, akinek igen rögös és hosszadalmas ez az út, mindemellett nem szabad megfeledkezni a kommunikációs partner lehetőségeiről és nehézségeiről sem. Az orientációs kommunikációhoz mindkét fél részéről nagy türelemre van szükség, az út így is sokszor fárasztó, tele félreértésekkel, próbálkozásokkal és tévedésekkel (a folyamat alakításához l. részletesen Mall, 1996; Schäffer, 1996; 1998b; 1999b; Fröhlich, 1996a; Schäffer, Márkus, 1999c). Igen gyakran a fogyatékos ember bizonyul ebben türelmesebbnek, kénytelen következetesen és számtalanszor ismételve közvetíteni jeleit és jelzéseit, míg valaki – esetleg évek múltán – egyszer csak megérti „mondandóját", és adekvátan válaszol. Az előbbiekből következik, hogy a viszonylag jó színvonalú individuális kommunikáció elérésére nem lehet „receptet" adni.

A ránk bízott sérült, akadályozott, többszörösen, vagy akár súlyosan-halmozottan sérült gyermekekkel, fiatalokkal és felnőttekkel kialakítandó kommunikációs kapcsolat-hálózat érdekében érdemes hangsúlyozni, hogy *az embernek szüksége van a kommunikatív kompetenciára*, hogy

– a saját gondolatait/érzéseit kifejezhesse, illetve a másokét megérthesse;
– ne érezze magát *senkinek* vagy *semminek*, hanem *emberi méltósághoz és tartáshoz* jusson, ami az értelmes élet létfontosságú alapja;

– kiszabadulhasson a fogyatékossága, akadályozottsága okozta szellemi izolációból;

– a másik emberrel kialakult szellemi megértés során a *megértettség* érzésén keresztül átélhesse a *biztonság* és a *védettség* létfontosságú érzéseit;

– puszta létéből kiléphessen, kapcsolatba kerülhessen az igazi élettel és legfontosabb célját: életminősége felértékelését elérhesse. Más szavakkal: *az embernek szüksége van a kommunikációra, hogy emberhez méltó életet élhessen.*

A SÚLYOSAN-HALMOZOTTAN SÉRÜLT GYERMEKEK PEDAGÓGIAI MEGSEGÍTÉSÉNEK TARTALMI SAJÁTOSSÁGAI A SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉS SZÜKSÉGLETEINEK ÉS AZOK KÜLÖNLEGES KIELÉGÍTÉSÉNEK TÜKRÉBEN

Amikor megismerünk egy súlyosan-halmozottan sérült gyermeket, mindig figyelembe kell vennünk, hogy egész életútja – bármilyen rövid is volt addigi élete – befolyást gyakorolt jelenlegi személyiségére. Emellett fontos azt is tudni, hogy minden, amit tőlünk és rajtunk keresztül átél, tapasztal, szenzoros és kommunikatív élményei, emlékei stb. beépülnek a személyiségébe, hiszen ezek együttesen alkotják azt, amik vagyunk. A súlyosan-halmozottan sérült gyermekek életük első percétől fogva különleges élményeket szereznek, rendkívüli és extrém krízis- és határhelyzeteket élnek át szomatikus, pszichoszociális és pszichoemocionális értelemben egyaránt. Az elválás-élmények, vagyis a szociális depriváció, annak megélése, hogy az orvosi kezelésnek mintegy a „tárgya", mind otthagyják nyomukat a gyermekek személyiségén és magatartásán. Ugyanígy a tapasztalati repertoár részét képezik az „elszenvedett" terápiák is, melyek során gyakran jelentkezik kellemetlenség, fájdalom, félelem és bizonytalanság.

Fentiek értelmében a pedagógiai kísérés szempontjából érdemes megvizsgálni, hogy melyek az egészséges személyiségfejlődés legfontosabb alapszükségletei, azok hogyan módosulnak a súlyosan-halmozottan sérült gyermekek esetében, illetve kielégítésükben milyen szempontok játszhatnak fontos szerepet. Az egyes szükségletek tárgyalásakor csupán egy-egy példaként kiragadott terület részletesebb bemutatásával utalunk a pedagógiai megsegítés módjára.

ELEMI ÉLETFUNKCIÓK, BIOLÓGIAI SZÜKSÉGLETEK KIELÉGÍTÉSE (ÉHSÉG, SZOMJÚSÁG MEGSZÜNTETÉSE, A FÁJDALOM ELKERÜLÉSE STB.)

A gyermekek általában sírással jelzik, ha komfortérzetükben valamilyen hiányosság jelentkezik. Az édesanya néhány nap alatt megtanulja a sírás különböző változatait megkülönböztetni és megfelelően cselekedni. A súlyosan-halmozottan sé-

rült gyermeknek lényegesen kevesebb jelző vagy elháritó lehetősége van, s tovább nehezedik a helyzet, ha már korai életkorban intézményes keretek között nevelkedik. Nincs ugyanis két ember, akinek egyforma sebességgel működne például a szervezete, így egyáltalán nem biztos, hogy mindenki az „előírt" időpontban lesz éhes vagy szomjas. Emellett kommunikációs kezdeményezéseikre sem kapnak megfelelő választ, így igen hamar csökkenteni kezdik a biológiai szükségletek kielégítésére „felszólító" kommunikációs jelzéseket. Mindez akár néhány hét alatt étkezési problémák kialakulásához vezethet, ami azután krónikus alultápláltságot okoz, mint ahogyan a kevés folyadék krónikus szomjazást eredményez. Fájdalom esetén sem egyértelműek a jelzések, a gyakori félreértelmezésekből egyenesen következik, hogy nem szűnik meg a fájdalom, ez pedig beszűkíti az ingerek felvételének lehetőségét vagy a mozgásos tapasztalatszerzést.

A biológiai szükségletek kielégítésének módja *a fejlesztő gondozás* keretében történik. Ezt most az *étkezés példáján* keresztül mutatjuk be (Márkus, 1999b).

A gyógypedagógiában az étkezést nem csupán táplálékfelvételnek tekintjük, hanem szem előtt tartjuk az evés, illetve az étkezési zavarok biológiai, orvosi, pedagógiai, pszichológiai és szociális elemeit is. Halmozottan sérült emberek esetében egyenértékűként kell kezelni mindezen aspektusokat. Nem szabad az étkezési zavarokat csupán az emésztőrendszer patológiás működésének szempontjából vizsgálni, mert az tévútra vezethet bennünket. Könnyen a kóros működési mechanizmusok számlájára írunk olyan megnyilvánulásokat, jelenségeket is, melyek oka sokkal inkább pszichológiai, kommunikációs vagy szociális jellegű. A gyakorlatban és a szakirodalomban is számtalanszor tapasztalhatjuk, hogy a gyermek magatartása úgymond „megcáfolja" a róla kialakított diagnózist. Néhány példa:

Egy kislány, akinek korai gyermekkori agykárosodása következtében erősen érintett az étkezéshez szükséges szervrendszere, gyakran félrenyel, nem tud rágni, elsősorban csak pépeset fogyaszt, egy állatkerti kirándulás alkalmával úgy ropogtatja és nyeli a sült krumplit, hogy egy morzsa sem pottyan ki a szájából és egyet sem köhint.

Egy másik gyermek, akinél minden egyes itatás hosszadalmas és mindent elárasztó-eláztató esemény, úgy issza meg a kólát pohárból, hogy egyetlen csepp sem csurog ki. A kóla esetében vajon miért nem érvényesülnek a patológiás működéssel kapcsolatos tünetek?

A 15 éves, súlyosan agykárosodott lány, akit éppen most szoktatnak a pépesről a szilárd táplálásra, miközben meg kell küzdenie a nyelvlökéses nyeléssel, a légzés és a nyelés koordinációjának zavarával és sok egyéb kóros mozgásmintával, a tizibizából úgy válogatja és köpi ki a borsót – amit tudvalevően nem szeret – hogy eközben egyetlen rizsszemet sem enged ki. Ez a feladat tőlünk, egészségesektől is komoly koncentrációt és igen bonyolult nyelv- és ajakmozgásokat követelne meg. Hol maradnak ilyenkor a koordinációs nehézségek?

Felül kell bírálni a gyermek étkezéshez kapcsolódó képességeiről és zavarairól felállított kategorikus kijelentéseinket és kitágítani az étkezési zavarok hátterében rejlő ok-okozati összefüggések feltérképezését. Szükségünk lesz arra, hogy végtelen empátiánk és fantáziánk bevetésével próbáljuk meg felderíteni, mi is áll a halmozottan sérült emberek étkezési zavarainak hátterében. Természetesen ez a feladat rop-

pant bonyolult, s megoldásához a komoly patofiziológiai felkészültség mellett alapos pszichológiai és pedagógiai ismeretekre is szükség van. A problémák, illetve azok hátterében rejlő okok felderítése csak egyénre szabottan történhet.

A halmozottan sérült gyermekek étkezési zavarainak hátterében az agykárosodás következtében *hiányzó, vagy károsan, eltérően működő szenzomotoros funkciók* jelentik a *biológiai* okot. A leggyakrabban előforduló tünetek: a száj-, a fej- és a törzskontroll hiánya, nyelési zavarok, kóros reflexek (mint pl. szopóreflex, harapó-reflex) jelenléte, a szájkörnyék túlérzékenysége, nyitott száj, fokozott nyálzás, a rágás zavarai stb. Az organikus okokról és a nehézségek leküzdésének lehetőségeiről számos szakirodalom olvasható (Fötiné, 1994; Fröhlich, 1996b; Márkus, 1999b; Müller, 1996; Schäffer, 1998a; Vekerdy, Oláh, 1999). A biológiai, organikusan meghatározott - leggyakrabban agykárosodás következtében kialakult – oki tényezők mellett további, *pszichoszociális* eredetű okok is fellelhetők az eltérő működés vagy viselkedés hátterében.

Az egyik ilyen pszichoszociális tényező a *félelem*. Félhet a gyermek, hiszen számos esetben átélt enyhébb vagy súlyosabb aspirációt (félrenyelés következtében jelentkező fulladásos rohamot), ami akár életveszélyes helyzetet is jelenthet. A légzészavar réme miatt a sérült gyermekek gyakran tiltakoznak a „fenyegető etetés" ellen, aminek megnyilvánulásai – kiabálás, sírás, elhárítás, öklendezés és hányás – egyértelműen arra utalnak, hogy a gyermek a táplálékfelvételt kellemetlennek, félelmetesnek tartja. Másrészt legalább ennyire fél a közös étkezésektől a segítő is, hiszen folyamatos stresszt jelent számára, mert a gyermeket megfelelő mennyiségű és minőségű táplálékhoz kell juttatnia, ugyanakkor a szeme előtt lebeg egy kékeslilásra változó arc, a kenyérfalat beadása után levegő után kapkodó gyermek. A segítők félnek attól, hogy vészhelyzetben szembesülhetnek saját tehetetlenségükkel.

Az étkezési zavarok megjelenésének másik pszichoszociális oka a *terápiás megközelítés*. A segítő „etetés-terápián" vagy „etetés-tréningen" mindent megtanul például a rágószervek anatómiájáról és fiziológiájáról, a különböző nyelési technikákról, a veszélyekről és a segítségnyújtás módjairól, valamint minden elképzelhető ismeretet elsajátít a táplálékról, és terápiás felkészültsége alapján az étkezés minden pillanatát irányítja, meghatározza az ételt, a ritmust, a tempót, a testhelyzetet és minden olyan körülményt, mely az étkezési szituációhoz tartozik. De sem a szakirodalomban, sem a különböző tanfolyamokon általában nem történik utalás arra, hogy a halmozottan sérült gyermek mennyiben képes aktívan részt venni az étkezésben, mennyire van szüksége arra, hogy meghatározhassa saját étkezését.

Az étkezés során számos lehetőség nyílik a különböző *szenzoros ingerek* közvetítésére, gondoljunk csak a változatos szag- és ízingerekre. A fejlődés kezdeti szakaszán ugyanakkor az orális terület az egyik legfőbb ingerfelvevő, a tárgyak „felfedezésére" leginkább használt szervet jelenti, ennek következtében az étkezés során szerzett taktilis, proprioceptív és kinesztetikus ingerek is segítik a világ jelenségeinek, fogalmainak, tárgyainak megismerését. A súlyosan-halmozottan sérült gyerme-

kek étkezési zavarainak ok-okozati feltárásakor tehát azt is figyelembe kell venni, hogy mennyire változatos az étrendje.

Az étkezés mindig *motoros aktivitást* feltételez, kezdetben elsősorban a szájkörüli terület és a szájüregben található szervek igen bonyolultan koordinált, összetett mozgásait jelenti, később, az önálló étkezés kialakulásának szakaszában a száj-kéz, illetve a két kéz koordinációja is szükséges hozzá. Ezek az étkezéshez elengedhetetlen képességek és készségek csak személyes aktivitás útján sajátíthatók el. Ugyanakkor a komplex személyiségfejlődést szem előtt tartva meg kell említeni azt is, hogy az étkezéshez használt szervek megegyeznek beszédszerveinkkel, tehát a *későbbi verbális kommunikáció* kialakulása érdekében elengedhetetlenül szükséges a szájmotorika gyakoroltatása, amihez az étkezés állandó és rendszeres lehetőséget teremt (Fröhlich, 1996b; Márkus, 1999b; Müller, 1996).

A súlyosan-halmozottan sérült gyermekekkel való étkezés során a következőket kell figyelembe venni:

– azonos és állandó orientációs jelzésekre van szükségük ahhoz, hogy érzékelni és értelmezni tudják az étkezési szituációt, annak kezdetét és végét;

– a külső ingerlés (megtekintés, szaglás és kóstolás) nagyon fontos, hogy a bekövetkezendő élményre felkészülhessenek, és ezzel előkészítsék az arc- és szájkörüli funkciókat;

– az étel minősége, jellege és állaga, a tálalás és a felkínált mennyiség mindmind jelentősen befolyásolja az élményszerűséget;

– a megfelelő hosszúságú idő, a kellemes légkör és a nyugodt odafordulás lehetővé teszik a sérült gyermekek számára a táplálékfelvétel problémamentességét;

– gondoskodjunk róla, hogy a gyermek különböző ízek közül választhasson: kezdetben csak egy édes (lekvár, méz) és egy sós (felvágott, sajt, hal) étel legyen előtte; idővel két-két különböző típusú ételt is felkínálhatunk;

– ügyeljünk arra, hogy olyan testhelyzetben legyen, amelynél probléma- és félelemmentes a táplálékfelvétel;

– az etető-terápiás eljárás a család vagy a csoport életében mindig a rendszeres étkezési helyzetekbe ágyazottan történjék.

A fejlesztő gondozáson belül az étkezéssel kapcsolatos célkitűzésünk tehát csak az lehet, hogy *normalizált* körülmények között biztosítsuk a minél problémamentesebb és minden szempontból kielégítő, *humánus étkezést*. A legfőbb feladat, hogy a gondozási tevékenységeket egyenrangú és egyenértékű fejlesztési területként felvegyük a halmozottan sérült gyermekek és fiatalok képzésének, nevelésének rendszerébe, tanulási-tanítási tartalomként kidolgozzuk metodikai és didaktikai lépéseit, és szituációba ágyazottan gyógypedagógiai (nevelési és terápiás), valamint egészségügyi szempontokat egyaránt figyelembe véve megvalósítsuk.

Természetesen nem lehet a mozgás mindenhatóságát hangsúlyozni, hiszen számos külső hatás is kell ahhoz, hogy a mozgásfejlődés a megfelelő „kerékvágásban" haladhasson. Miután *a gyermek fejlődése komplex és bonyolult folyamat*, így nem is lehet egyik vagy másik területet mesterkélten kiemelni. A mozgás számos esetben megteremti egy-egy funkció feltételeit (például: a hason fekvő gyermek előre tud tekinteni, ha képes a fejét felemelni, vagy megtapasztalja a távolság fogalmát, ha tud aktívan helyet változtatni). Emellett számos *külső inger* és *motiváció* szükséges ahhoz, hogy a gyermek mozgása optimálisan fejlődhessen, például: ha játék kerül a látóterébe, megpróbál utánanyúlni, vagy ha a nevén szólítják, hívják, arra törekszik, hogy fej- és törzsfordítással keresse a hangforrást. Láthatjuk, hogy *a gyermek harmonikus fejlődéséhez elengedhetetlen a mozgás* épsége, hiszen ellenkező esetben a többi funkció sérül, azok sem tudnak optimálisan fejlődni, s ezzel további nehézségek várhatók a mozgásfejlődésben is. A funkciók egymástól való kölcsönös függőségi viszonyaként kell tehát ezt a folyamatot elképzelni (Márkus, 1997b).

Súlyosan-halmozottan sérült gyermekek esetén a mozgásfejlődés lassulása és megváltozott menete miatt *az aktivitás csökken*. Ha kevésbé aktív a gyermek, kevesebb tapasztalatra tesz szert, vagyis nem ismeri eléggé a saját testét és kevésbé képes azt célzottan és kontrolláltan használni. Így lényegesen később tudja önmagát elhatárolni a környezetétől. A mozgáshiány okozta lemaradás csökkentéséhez mindig kell egy másik személy, aki közvetít a gyermek és a világ között, aki pótolja a hiányzó tapasztalatokat, aki – szó szerint – testközelbe hozza a világot.

A súlyosan-halmozottan sérült emberek csökkent aktivitása megnehezíti az *ingerfelvétel*, vagyis az *érzékelés-észlelés* folyamatát, ami szenzomotoros deprivációhoz vezet. Az ingerek felvételének és feldolgozásának megváltozása miatt megfelelően strukturált ingereket kell számukra biztosítani, hogy el tudjanak igazodni az őket körülvevő tárgyi és személyi környezetben. Embertársaikhoz hasonlóan azonban ők is jól jellemezhetők az elemi emberi képességek alapján:

– más embereket bőr- és testi kontaktuson keresztül érzékelnek-észlelnek;
– testükkel közvetlenül tudnak tapasztalatokat gyűjteni és feldolgozni;
– saját magukat, más embereket és a környezet tárgyait közvetlen emocionális érintettséggel élik meg;
– teljes testiségüket használják, hogy kifejezzék magukat és közvetítsék belső tartalmaikat (Fröhlich, 1996a).

Vagyis testük képezi azt a bázist, amire felépítik az emberekről, tárgyakról és eseményekről kialakított fogalomrendszerüket. Ehhez a *környezettel* intenzív testi kontaktust kell felvenniük, a tanulás, a fogalomalkotás és a gondolkodás kialakulása tehát csak az *érzékelés-észlelésen* keresztül, a testtel megragadott tárgyak, ismert sze-



17/4. ábra. Komplex fejlődési modell Fröhlich nyomán

mélyek és megélt élethelyzetek *kommunikációs* talaján teljesedhet ki *(17/4. ábra)* (Schäffer, 1998b; Fikar, 1996).

A tanuláshoz a súlyosan-halmozottan fogyatékos embereknek szükségük van:

– közvetlen testi közelségre, hogy közvetlen tapasztalatokat szerezhessenek;
– közvetlen testi közelségre, hogy más embereket érzékelhessenek-észlelhessenek;
– emberekre, akik a környezetet a legegyszerűbb módon közel hozzák;
– emberekre, akik a hely- és helyzetváltoztatást lehetővé teszik számukra;
– emberekre, akik beszéd nélkül is megértik őket, megbízhatóan ellátják és gondozzák őket (Fröhlich, 1996a).

Az ingerek, változatosság és mozgás szükségleteinek kielégítése tehát rendkívül fontos minden életkorban, éppen ezért fokozott figyelmet kell rá fordítani a nevelés és terápia során, hogy sikeresen megelőzhessük a fejlődés további elmaradását, illetve megteremthessük a képességekhez mért optimális fejlődés lehetőségét. A fenti szükségletek kielégítésének számtalan eljárása ismert, például a bazális stimuláció (Fröhlich, 1996b), a bazális kommunikáció (Mall, 1996), az AST-koncepció egyes tartalmi területei (Schäffer, 1998a), lényegében minden *testorientált fejlesztő eljárás* ide sorolható (Fikar, 1996).

Biztonság, stabilitás, tartós kapcsolatok

Mindannyiunknak szüksége van arra, hogy életünkben valamilyen szinten „rend" legyen, hogy mindennapos tevékenységeink, rendszeres foglalatoskodásaink *biztonságot* sugározzanak. Ehhez stabil rendszerekre van szükségünk, hogy

energiánkat ne a folyamatos tájékozódásra, orientációra fordítsuk, hanem a stabil környezetben maximális hatékonysággal végezhessük a dolgunkat. Gondoljunk csak arra, hogy a saját konyhánkban milyen gördülékenyen megy a főzés vagy a mosogatás, míg ugyanaz a tevékenység sokkal fárasztóbbnak tűnik idegen helyen. Az összeszokott munkatársak nagyon hatékonyan tudnak együttműködni, míg új munkahelyre belépve, a kezdeti időszakban nagyon sok energiánkat leköti, míg megismerjük a többieket, munkastílusukat, kommunikációjukat és az együttműködés lehetőségeit.

Súlyosan-halmozottan sérült gyermekek esetében a *stabil környezeti rendszerek* hiányának következtében a szociális energiák a folyamatos újra-orientációra mennek el, hiszen állandóan tájékozódni kell a különböző színhelyek, személyek váltakozása miatt. Ha tehát nincs biztonsági-orientációs rendszer, az amúgy is nehezített fejlődés még lassúbb és instabilabb lesz. Különösen fontos a személyek állandósága, rendszeresen és következetesen felbukkanó ismert arcok jelenléte, hiszen ez teremti meg a bizalmas kapcsolatok kialakulásának feltételeit. Ha például a munkatársak erőteljes fluktuációja miatt a *kapcsolatok* nem *megbízhatóak*, a gyermekek nagyon hamar megtanulják, hogy nem érdemes bensőséges viszonyt kialakítani, mert a bizalmukba fogadott nevelő vagy segítő bármelyik pillanatban távozhat. Ennek hatására visszahúzódás lesz tapasztalható, ami a kommunikáció és a szociális fejlődés kialakulását jelentősen nehezíti.

A nevelés során a *strukturált foglalkoztató terápia* jó lehetőséget biztosít a stabilitás és a biztonság kialakításához (Márkus, 1999c; 2000c).

– A megfelelő biztonságérzet és a fejlődéshez szükséges tájékozódás kialakítása, valamint a tevékenységek automatizált elsajátítása és rutinszerű alkalmazásának lehetősége érdekében fontos feladat a terápiás eljárások komplex megvalósítása során a *napirend*, a *hetirend* és az *éves terv* megbízható *rendszeressége* és áttekinthető *strukturáltsága*.

– Ahhoz, hogy a halmozottan sérült gyermekek valóban képesek legyenek a kiválasztott célzott tevékenységre koncentrálni, szükség van *a tevékenység tartalmi elemeinek hosszabb időn át való megtartására*. Ezáltal lehetővé tesszük a komplex kommunikációs környezetbe ágyazott tevékenységre történő ráismerést, az ok-okozati összefüggések felismerését, a különböző tevékenységek biztonságos beillesztését a hétköznapi életbe. Természetesen itt is figyelembe kell venni minden egyes ember egyéni előrelépéseit és fokozatosan újabb tartalmi elemeket csatolni a már megbízhatóan végrehajtott tevékenységekhez.

– Az „élni tanulás" célkitűzés megvalósításához a tevékenységek mellett a fejlesztés körülményeit is céltudatosan kell kialakítani, gondoljunk csak halmozottan sérült gyermekek szituációhoz kötött gondolkodására és cselekvésére. Fontos feladat tehát a *tevékenység-tanulás optimális feltételeinek biztosítása*, hiszen a túl kevés inger nehezíti a figyelem felkeltését és a koncentráció fenntartását, míg a túl sok inger eltereli a figyelmet a feladatról.

– Általános emberi tulajdonság, hogy nem igazán vagyunk képesek egyszerre több dologra koncentrálni. A leghétköznapibb és legegyszerűbb élethelyzetek is gyakran túlzottan bonyolultnak tűnhetnek a többszörösen sérült emberek számára, így semmit sem tudnak azokból hasznosítani saját maguk számára. A különböző tevékenységeket – úgymond a *tartalmi kínálatot* – a lehető legapróbb lépésekre kell bontani, *rendszerezni* kell úgy, hogy közben ne vesszen el a dolog komplex összefüggése, ugyanakkor megragadható, feldolgozható, értelmezhető és megélhető legyen a sérült ember számára. A különböző fejlettségi szinten álló embereknek ily módon ugyanazt a tevékenységi helyzetet (például: étkezés, öltözés, bevásárlás, állatkerti kirándulás stb.) egyénre szabott módon közvetíthetjük.

– Ahogy különbségek mutatkoznak a fejlettségi szintben és a tevékenységi kompetenciában, eltérőek az igények is. Eltérő lehet az egyes tevékenységek elsajátításához szükséges idő, illetve a motiváció is olyan értelemben, hogy bizonyos dolgokat könnyen és gyorsan elfogadunk, míg másokat elutasítunk. Mindezek fényében a foglalkoztató *terápia tervezése, szervezése és megvalósítása során figyelembe kell venni a szükséges időt*, az *elutasítást* vagy *elfogadást*, így teljesítve az egyéni szükségletekhez, igényekhez és az önmeghatározáshoz való alkalmazkodás alapelvét.

– Gyakran megfigyelhető, hogy a fogyatékosság karitatív megközelítése (Márkus, 2000b) vagy a megszokás miatt olyan tevékenységeket is elvégzünk az akadályozott ember helyett, amire már régóta önállóan is képes lenne. A „túlgondozás" gátolja a függetlenség és az önállóság kialakulását, s a kevés elfoglaltságnak számos negatív következménye lehet az akadályozott ember viselkedésére. A *tevékenységi kompetencia* folyamatos *figyelembe vétele* emiatt is fontos a foglalkoztató terápia során. Az aktív tevékenységi képesség mellett az érzékelési-észlelési, tapasztalási képességeket is szem előtt kell tartani, hogy a tevékenységekben való részvételt fokozatosan alakíthassuk át önálló tevékenységgé a szükséges segítségnyújtás mellett.

– A foglalkoztató terápia során döntő jelentőségű feladata az *életkori sajátosságoknak megfelelő tartalmi elemek kiválasztása*. Ennek fényében egyértelmű, hogy míg az óvodáskorú értelmileg akadályozott vagy súlyosan-halmozottan sérült gyermekek életében a játék tölti be a „munka" szerepét, addig a felnőttek esetében sokkal hangsúlyozottabb szerepet kapnak a mindennapos tevékenységek gyakoroltatására (önellátás, önkiszolgálás) irányuló, valamint a munkára felkészítő foglalkoztató terápiás eljárások.

Kötődés, elfogadottság, gyengédség

Az érzékelés-észlelés zavarai, a kölcsönös kommunikációs megértés hiánya, valamint a csökkent aktivitás következtében a személyközi interakció kezdettől nehezített, akadályozott. Nem alakul ki kötődés és a gyermek nem tapasztalja meg a tes-

ti gyengédség jótékony hatásait. Ehhez gyakran társul az emocionális szükségletek kielégítetlensége, valamint a gyengédség és a szeretet testi jelzéseinek hiánya. Emellett a gyermek a különböző terápiák során folyamatos korrigáló kritikával szembesül: „nem jó, nem úgy kell, szépen rakd a lábad, mondd szépen: baba, stb." Ezekből a jelzésekből a gyermek teljesen logikusan arra fog következtetni, hogy környezete szemében ő valami rossz vagy hibás, hiszen folyamatosan csak javítani próbálják tevékenységeit vagy személyiségét. Ebből a megközelítésből aztán igen nehezen alakul ki a gyermekben, hogy őt valaki *feltétel nélkül elfogadja* és *szereti, úgy, ahogy van*. Ez pedig izolációhoz, visszahúzódáshoz, autisztikus tünetek megjelenéséhez vezethet.

Elismerés, önbecsülés, függetlenség, önállóság, önmeghatározás

A kötődéssel és az elfogadottsággal szorosan összefügg, hogy a gyermek megérezhesse, megtapasztalhassa, hogy ő *valaki számára fontos és értékes*. Ennek érdekében nagyon lényeges, hogy folyamatosan azt keressük: ki ő?, mit tud?, mit teljesít?, hogy aztán erre az alapra építhessük fel a pozitívumokra orientált fejlesztést és nevelést. Ugyanakkor ez szolgáltatja majd az alapot a gyermek önbecsülésének kialakulásához is.

Annak ellenére, hogy a súlyos-halmozott fogyatékosság miatt a gyermekek extrém függőségben és önállótlanságban élnek, és életük végéig külső segítségre szorulnak, mégis fontos cél, hogy szert tegyenek a *relatív függetlenség, önállóság és önmeghatározás* képességére. Mindezek a képességek az elismerés és önbecsülés talaján alakulhatnak csak ki. Éppen ezért a legkorábbi életkortól kezdve fontos, hogy komolyan vegyük a gyermek akarati megnyilvánulásait, kezdeményezéseit. Az önmeghatározás hiánya, vagyis az akarati jelzések gyakori félreértelmezése miatt a gyermek nagyon gyorsan „rátanul", hogy nem érdemes akarati megnyilvánulásokat közölni, hiszen azokat nem veszik figyelembe vagy félreértik, ezért esélye sincs hatni a környezetre, a vele történő eseményeket nem képes semmilyen formában vagy irányban befolyásolni. Mindez jelentősen akadályozhatja a szocializáció kibontakozását.

A felsorolt *igények kielégítése* nem jog, hanem szükséglet; *elengedhetetlen a fejlődés*, vagy további pozitív alakulás, valamint a másodlagos, harmadlagos pszichológiai, pszichiátriai problémák megelőzése *szempontjából*. Ezen szükségletek kielégítése nem csupán a fejlesztő foglalkozásokra vonatkozik, hanem *az élet minden területén* érvényesülniük kell, beleértve az ápolási-gondozási tevékenységek, a fejlesztés, a nevelés-oktatás és a képzés minden formáját.

BACH, H. (1991) *Zum Begriff „Schwerste Behinderung"*. In: Fröhlich, A. (szerk.) *Pädagogik bei schwerster Behinderung. Handbuch der Sonderpädgogik*. Band 12. Berlin, 4–13.

FIKAR, H. (1996) *Testorientált fejlesztő eljárások a súlyosan értelmi fogyatékos emberek fejlesztésében*. In: Márkus E. (szerk.) *Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése*. BGGYTF, Budapest, 71–92.

FÓTINÉ HOFFMANN É. (szerk.) (1994): *Szemelvénygyűjtemény a mozgásfogyatékos gyermekek nyelvi fejlődése és kommunikációja köréből*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

FRÖHLICH, A. (1996a) *Életterek - életölnok*. In: Márkus E. (szerk.) *Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése*. BGGYTF, Budapest, 15–25.

FRÖHLICH, A. (1996b) *Bazális stimuláció a gyakorlatban*. In: Márkus E. (szerk.) *Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése*. BGGYTF, Budapest, 227–322.

HARTMANN, N., PASSON, B. (1996) *A legsúlyosabban fogyatékosok pedagógiája*. In: Márkus E. (szerk.) *Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése*. BGGYTF, Budapest, 27–36.

MALL, W. (1996) *Elsődleges kommunikáció*. In: Márkus E. (szerk.) *Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése*. BGGYTF, Budapest, 161–171.

MÁRKUS E. (1995) *Speciális pedagógiai koncepciók - különös tekintettel a súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek nevelésére*. ELTE BTK, Budapest, (szakdolgozat).

MÁRKUS E. (szerk.) (1996) *Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése*. BGGYTF, Budapest.

MÁRKUS E. (1997a) *Képességfejlesztő eszközök a súlyosan-halmozottan sérült mozgásfogyatékos gyermekek nevelésében*. BGGYTF, Budapest.

MÁRKUS E. (1997b) *Mozgásfogyatékos gyermekek korai felismerése és fejlesztése*. In: Várkonyi Á. (szerk.): *A szenzomotoros fejlődés zavarainak korai felismerése*. HIETE, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 113–140.

MÁRKUS E. (1999a) *Základy výchovy t'ažko viacnásobne postihnutých detí*. In: Vašek, Š., Varčová, A., Hatos, Gy. et al.: *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Sapientia Kiadó, Komensky Egyetem, Pozsony, 190–217.

MÁRKUS E. (1999b) *Halmozottan sérült gyermekek étkezési zavarai. Gyógypedagógiai megközelítés és a téma megjelenése a gyógypedagógus-képzésben*. In: Vekerdy Zs., Oláh É. (szerk.) *A táplálás és gyarapodás zavarai. Sérült gyermekek ellátásának sajátosságai*. PRRO Bt., Debrecen, 141–149.

MÁRKUS E. (1999c) *Értelmileg akadályozott és súlyosan-halmozottan sérült emberek rehabilitációs foglalkoztatásának alapjai*. In: Benczúr M-né (szerk.) *Rehabilitációs foglalkoztató terápia*. BGGYTF Budapest, 169–185.

MÁRKUS E. (2000a) *Képzési kötelezettség vagy tankötelezettség? Gondolatok a halmozottan sérült gyermekek nevelésének és oktatásának helyzetéről.* In: Gyógypedagógiai Szemle, XXVIII. évf. különszám, 100–110.

MÁRKUS E. (2000b) *Pedagógiai és szociális rehabilitáció.* In: Huszár I., Kullmann L., Tringer L. (szerk.) *A rehabilitáció gyakorlata.* Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 22–34.

MÁRKUS E. (2000c) *Foglalkoztató terápia a rehabilitációban.* In: Huszár I., Kullmann L., Tringer L. (szerk.) *A rehabilitáció gyakorlata.* Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 115–122.

MÜLLER, H. (1996) *Etetés.* In: Márkus E. (szerk.) *Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése.* BGGYTF, Budapest, 203–225.

SCHÄFFER, F. (1996) *Orientációs kommunikáció.* In: Márkus E. (szerk.) *Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése.* BGGYTF, Budapest, 173–190.

SCHÄFFER, F. (ford. és szerk.: Márkus E.) (1998a) *Munka - szórakozás - fejlesztés. Koncepció súlyosan-halmozottan akadályozott emberek és segítőik életének és munkájának alakításához.* BGGYTF, Budapest.

SCHÄFFER, F. (1998b) *Orientierungskommunikation – Ein Weg zur Individualkommunikation mit nicht stimmlich sprechenden Menschen.* Berlin (kézirat).

SCHÄFFER, F. (1999a) *Info-Blatt 1-7. (Informationstag „Unterstützte Kommunikation")* Berlin (kézirat).

SCHÄFFER, F. (1999b) *Auszug aus: Lebensweisheiten des Epikuräers Aljoscha B. (Begleittext zu Aljoschas Übersiedlung in eine Wohneinrichtung)* Berlin (kézirat).

SCHÄFFER, F., MÁRKUS E. (1999) *Individuális kommunikáció súlyosan-halmozottan sérült emberek és segítőik között.* In: Barbócz K-né (szerk.) *Védőháló. A halmozottan sérült gyermekek nevelése, fejlesztése.* „Fény Felé" Alapítvány, Debrecen, 59–75.

VEKERDY ZS., OLÁH É. (szerk.) (1999) *A táplálás és gyarapodás zavarai. Sérült gyermekek ellátásának sajátosságai.* PRRO Bt., Debrecen.

Prónay Beáta

18.

Siketvaksággal élő gyermekek fejlesztő diagnosztikája és pedagógiai kísérése

A siketvaksággal élők tanításának rövid történeti áttekintése

A siketvakokkal[1] való foglalkozás a 19. században kezdődött. Az első, szakemberkörökben ismert tanár és tanítvány páros S. G. Howe orvos-gyógypedagógus igazgató és tanítványa: Laura Bridgmann. Howe az 1831-ben Bostonban létesített – eredetileg vakok tanításával foglalkozó intézmény –, a Perkins Intézet igazgatója volt. Másik tanítványa szintén híressé és világviszonylatban is ismertté vált: Anne Sullivan, aki látássérült árvaként a Perkins Intézet diákja, majd később tanára lett. Az ő tanítványa 7 éves korától Helen Keller, az eddigi siketvak történet legtehetségesebb és legismertebb alakja. Helen Keller 18 hónapos korában, fertőző gyermekbetegség következtében vált siketvakká. Siketvakon első ismereteire egy fekete kislány barátságán keresztül tett szert. „Marthának hallatlanul nagy érdemei voltak Helen fejlődésében. Kettejük kapcsolatában tanulta meg – később pontosan már soha nem regisztrálhatóan – a mindennapos viselkedési szokásokat, ismerte meg a közelében lévő tárgyakat és a sok együttes hancúrozás alakította ki az első kommunikációs eszköztárat is" (Gordosné, 1997, 8.). Amikor Anne Sullivan 1887-ben tanítani kezdte, Helen „egy a közvetlen környezetében már ‚kitűnően' tájékozódó eleven, kíváncsi" gyermek (Gordosné, 1997, 9.). Helen és Anne Sullivan szinte utánozhatatlannak tűnő eredményeikben az említett kettőn kívül további négy tényező játszhatott jelentős szerepet: Helen nagyon jó szociokulturális környezetben élt; 18 hónapos koráig egészségesen fejlődött, minden képessége birtokában szerzett szenzomotoros tapasztalatokat, melyek előkészítették számára a fogalmak kialakulását, megértését; a beszédfejlődés kezdeti szakaszán már túl volt; tanára napi 24 órát, heti 168 órát és évi 365 napot töltött vele. Mai szóhasználattal azt mondhatnánk: a legteljesebb körű, a legmagasabb szakmai színvonalú személyes segítő szolgáltatásban részesült. Helen Keller később egyetemet végzett, idegen nyelveken olvasott, könyveket írt, elsajátította a hangzó beszédet, előadásokat tartott és több egyetem díszdoktorává avatta, olyan híresség volt a barátai mint Bell, Edison, Chaplin (Gordosné, 1997).

[1] A fejezetben a siketvak fogalmat egy szóba írjuk, szeretnénk a korábbi heterogén használatot ebben a formában egységesíteni. Azonban, ha szerzőt idézünk, az eredeti írásmódot megtartjuk a szöveghűség kedvéért.

Az európai siketvak oktatás úttörőjeként Mihályik Szidor a lausanne-i [illegible] igazgatóját, Hirzelt említi. Hirzel tanítványa, a 11 hónapos korától hiúlő követ- tében megsiketült, 7 éves korában baleset következtében megvakult Meystre Ed- ard, 1845-ben 18 évesen kerül az Asilumba, s Hirzel gyors, látványos sikereket é el oktatásában (Mihályik, 1870). Egy évvel korábban, mint ahogy Helen Keller el- kezdi tanulmányait Anne Sulivannel, 1886-ban „Elisabeth Anrep-Nordin asszony kifejezetten siketvakoknak létesít intézetet Svédországban"(Gordosné, 199[illegible]. Föleg „szakmai körökben ismert siketvak Olga Ivanovna Szkorohodova, aki 1[illegible] ben született és 5 éves korában vesztette el látását és hallását. Ő a harkovi vako- tézetében, az Ivan Afanaszjevics Szokolkjanszkij gyógypedagógus által 1923-ban s- ketvakok számára létesített iskola-klinikán tanult, majd a moszkvai egyetemen p- chológusi oklevelet és később kandidátusi tudományos fokozatot szerzett" (Gord- né, 1997, 17.). A későbbiekben a világhírű, Moszkva melletti zagorszki siketvak- intézetében dolgozott.

„Magyarországon szerencsére mindig kis számban éltek siketvakok. Közülük Egri Margit neve a legismertebb, aki Helen Kellerrel is levelezett" (Gordosné, 1997, 17.). Egri Margit 7 éves korában lett siketvak és 1904-től Adler Simon tanítványa volt. Többek között eszperantót, német és angol nyelvet tanult, később a szövőműhelyben dolgozott (Ábel, 1993; Gordosné, 1997). Egri Margit tehát az első siketvak, akit Magyarországon tanítanak, bár még az 1905-ös tanterv sem rendelkezik a siketvakok intézményes oktatásáról. „Az 1910/11-es tanévben vett fel a budapesti intézet először siketvak gyermeket, a velük való foglalkozás individuális úton történt" (Kovács Cs., 1973, 41.). Az 1955-ös tanterv az 1968/69-től véglegesen bevezetésre kerülő 1965-ös kiegészítő tantervvel együtt a „süket-vak tagozat" növendékeinek individuális neveléséről tesz említést (Kovács Cs., 1973). Ábel András főiskolai szakdolgozatában dolgozza fel részletesen a siketvakok oktatásának a budapesti vakok iskolájához kapcsolódó teljes történetét, korábbi történeti művek és eredeti dokumentumok alapján. 1904–1993-ig, az említésre kerülő összes tanítványról, tanárról és módszerről áttekintést nyújt. A dolgozatban szereplő adatokból Adler Simon speciális kommunikációs módszerét emeljük ki. A módszer lényege, melyet Adler Egri Margit tanítása során fejlesztett ki, a Braille-féle pontírás folyamatos tenyérbe írása (Ábel, 1993). Göllesz Viktor *Gyógypedagógiai rehabilitáció* c. könyvében a siketvakok problémáját a felnőttvédelmi szociális gondoskodás szemszögéből átfogóan ismerteti. Ötven, a mű keletkezésének idején a budapesti Vakok Állami Intézetében elhelyezett, siketvaksággal élő személyről tesz említést könyvében. Göllesz a siketvakok ellátását rehabilitációs szempontból így értelmezi: „A feladat kulcsa a kommunikációs csatorna kialakítása. Az ismert eljárások bármelyikéről legyen is szó, ezt a feladatot megoldani csak képzett szakember tudja, hosszan tartó individuális foglalkozások révén. ... A gyógypedagógiai iskolázottság, amelynek révén kialakulnak kommunikációs lehetőségeik és alapvető ismereteik is, sorsdöntő a számukra" (Göllesz, 1985, 159., 161).

A SIKETVAKSÁGGAL ÉLŐK OKTATÁSA AZ 1960-AS ÉVEKTŐL

Külföldön, például az Egyesült Államokban, az Egyesült Királyságban, Hollandiában, az 1960-as évek közepén súlyos rubeolajárvány zajlott. Ennek következtében hirtelen megugrott a siketvak gyermekek előfordulási gyakorisága, az USA-ban 5000 gyermek született rubeola szindrómával. A szakmai érdeklődés előterébe került és nagy támogatást kapcak a siketvakság problémájának megoldására. Az első módszertani műhelyek az Egyesült Államokban, Kanadában, az Egyesült Királyságban, Hollandiában és az észak-európai államokban jöttek létre. Később a terhességi rubeolafertőzés veszélye világszerte egyre csökkent, mert általánossá vált a védőoltás. A siketvak populáció mégsem csökkent drasztikusan. Időközben az orvosi diagnosztika pontosabbá vált és az egészségügyi ellátás színvonala olyan mértékben javult, hogy megnövekedett a súlyosan sérült állapotot okozó szindrómák esetén és a koraszülöttség következtében siketvakká vált gyermekek életben maradásának az esélye és ezzel a populáció létszáma.

Magyarországon 1992–93-ban vált aktuálissá a veleszületetten siketvak gyermekekkel való foglalkozás megélénkülése. Ebben jelentős szerepe volt annak, hogy a nagymúltú Perkins Intézet és a nem kevésbé ismert Hilton cég tulajdonosa létrehozta a Hilton–Perkins Alapítványt, mely hazánkban is megjelent – szakmai és anyagi segítséget ajánlott a siketvakokkal és a súlyosan, halmozottan sérült látássérültekkel való munkához. Ennek a kapcsolatnak fő mozgatója a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Látássérültek Pedagógiája Tanszék vezetője, Csocsánné Horváth Emmy volt. Egy maroknyi szakembercsoport válaszolt a kihívásra. A Fővárosi Önkormányzat Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola és Diákotthon (továbbiakban vak gyermekek iskolája) és a Vakok Batthyány László Római Katolikus Gyermekotthona, Óvoda, Általános Iskola (mely elsősorban a látássérült, mozgássérült, értelmi sérült gyermekek otthona) adott helyet siketvak tagozatnak. Megalakult a Siket-vakok Országos Egyesülete, melynek szülők, siketvak felnőttek és szakemberek a tagjai. Később a gyógypedagógiai intézmények közül a Dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola, Diákotthon és Gyermekotthon halmozottan sérülteket oktató speciális tagozata is bekapcsolódott az oktatásba. Több gyermek kezdte közösségi életét az Országos Család- és Gyermekvédelmi Intézet jogelődjében, a Bölcsődék Országos Módszertani Központja speciális csoportjában és más integrációt vállaló bölcsődében, óvodában. A fiatalok között van, aki ma középiskolába és van, aki főiskolára jár. Az ismert siketvak gyermekek funkcionális látásvizsgálata és fejlesztése, pedoaudiológiai gondozása, valamint pszichológiai vizsgálata az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar jogelődjénél, a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán a Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet Vizsgáló és Tanácsadó részlegében kezdődött és folyik jelenleg is.

Siketvaksággal élők előfordulása Magyarországon

Az elmúlt években 14 gyermeket és fiatalt, 2–19 éves korig kísértünk figyelemmel. Ez a létszám körülbelül egy tizede lehet a Magyarországon élő, veleszületetten vagy korai életkorban szerzett siketvaksággal élő gyermekek tényleges számának. Becsült adatok alapján ugyanis 150–200-ra tehető a veleszületetten vagy korai életkorban szerzett siketvaksággal élő gyermekek száma. Azokat a gyermekeket, akik nincsenek a gondozásunkban, valószínűleg egészségügyi gyermekotthonokban találnánk meg. Sok lehet közöttük a több társuló sérüléssel élő, ennek a valószínűsége 75% a veleszületetten siketvakok csoportjában. Jelenleg az ismeretlen siketvak gyermekek felkutatására, speciális megsegítésére nincs támogatás, nincs szervezet. Az ismerős, elsősorban korai fejlesztésre specializálódott gyógypedagógiai csoportokban azonban rendszeresen felbukkan egy-egy újabb kisgyermek, s így a látókörünkbe tartozó gyermekek száma és az iskolába kerülő vagy az arra váró gyermekek száma évről évre nő.

A siketvaksággal élők csoportokba sorolása

A csoportba tartozó személyeket jellemzőik heterogenitása miatt nagyon nehéz meghatározni. Meghatározás nélkül azonban nem beszélhetünk sem diagnosztikáról, sem speciális nevelési szükségletekről, sem a siketvaksághoz alkalmazható hatékony speciális módszerekről. Speciális megsegítés nélkül a siketvak gyermekek többsége nagyon alacsony fejlettségi szintet mutat. Ezért nehezen azonosíthatóak és gyakran súlyosan-halmozottan sérültnek minősítik őket. Ez a minősítés önmagában nem téves, hiszen a siketvak állapot a legsúlyosabb halmozott sérülések egyike. Gyógypedagógiai megközelítésben sok a közös pont, hasonlóság e két sérült csoport (a siketek és vakok) között, mégis a siketvaksággal élők esetében – a látássérülésből adódó sajátosságok miatt – speciálisan eltérő módszerek alkalmazására van szükség.

Még a gyógypedagógiai köztudatban is általános, hogy a teljes siketség és vakság állapotát társítják a fogalomhoz. Ez a gyakori tévedés könnyen eloszlatható a siketvak csoporton belüli kategorizálás ismertetésével.

A siketvaksággal élő személyek esetén az egyszerű kategorizációs szempontok a következők:

Az *érzékszerveket érintő sérülés* szempontjából lehet:

- teljesen vak és teljesen siket;
- teljesen vak és különböző mértékben nagyothalló;

– teljesen siket és látássérült (a „látássérült" kifejezésbe a vakok nem tartoznak bele);
– különböző mértékben nagyothalló és látássérült.

Az állapot *a keletkezés szempontjából* lehet:

– veleszületett siketség és vakság;
– veleszületett, különböző mértékű nagyothallás, később keletkezett látássérüléssel;
– veleszületett látássérülés később keletkezett különböző mértékű nagyothallással;
– a látás és hallás bármilyen mértékű sérülése egyszerre keletkezett, az életút valamely pontján.

Az állapot *súlyossága* szempontjából:

- alacsony fejlettségi szintű személy;
- közepes fejlettségi szintű személy;
- jó fejlettségi szintű személy.

A felsorolás terjedelme máris jelzi a csoporton belüli változatosságot, de ez még nem meghatározás. Nem meglepő ezért, hogy sokféle definíció ismert a nemzetközi szakirodalomban is. Mindegyik kicsit másképpen ragadja meg az állapot lényegét, a pszichológiai, pedagógiai megközelítési lehetőségeket. A sokféle definíció is jelzi, mennyire sajátos populációval és még a gyógypedagógia mint tudomány számára is milyen különleges feladattal állunk szemben, amikor válaszolni akarunk arra a kihívásra, amit a csoportba tartozók szükségletei jelentenek.

A definíciók idézése közben nyomon követhető lesz, hogy a meghatározások folyamatosan formálódnak. Szerepe van ebben a kóroki háttér egyre pontosabb feltárásának, általában a társadalmi és pedagógiai kulturális különbözőségeknek és változásoknak, valamint a siketvaksággal élők speciális megsegítése, tanítása során gazdagodó tapasztalatoknak. Hatással van rájuk a nemzetközi szakmai párbeszéd is.

A SIKETVAK ÁLLAPOT MEGHATÁROZÁSA

A Pedagógiai lexikonban a „halmozott fogyatékosság", „halmozottan fogyatékosok", „halmozottan fogyatékosok nevelése" szócikkek alatt találjuk a siketvakság fogalmát. Meghatározást a halmozottan sérültek csoportjával kapcsolatban találunk, melynek felsorolásszerűen lesznek tagjai a siketvaksággal élők, ezért a szócikkekből az ide vonatkozó részeket idézzük: „halmozott fogyatékosság: olyan állapot, mely egy vagy több, azonos vagy egymástól független időben fellépő biológiai sérü-

lés/károsodás következményeként jön létre, és több funkcióterületre kiterjedő fogyatékossággal jár... Mindegyik részfogyatékosság különböző súlyosságú lehet, a fejlődést oly módon befolyásolja, hogy nem egyszerűen elkülönült fogyatékosságok összegződéséről van szó, hanem egy sajátos, új típus megjelenéséről"; „halmozottan fogyatékosok: ...a halmozott fogyatékosság miatt akadályozott személyek csoportja rendkívül heterogén; a létrehozó primer sérülés keletkezésének ideje, súlyossága és a fogyatékosságok sokféle kombinációja befolyásolja a tüneti képet... Századunk közepétől kezdve multidimenzionális szemléletmód vált uralkodóvá, amelyben a sérülések, fogyatékosságok, akadályozottságok bonyolult kölcsönhatását vették figyelembe. A sérülések az egyén biológiai, a fogyatékosságok pszichológiai, az akadályozottságok szociális működéseit érintik. Egy fogyatékossággal élő személy általában nem egyetlen körülírt problémával rendelkezik, társuló fogyatékosság esetében sem egyszerűen ‚kettős fogyatékosságról' van szó, hanem az érintett személy fejlődését sokoldalúan strukturált akadályozottságok együttese határozza meg, ahol a ‚vezető fogyatékosság' megállapítása gyakran nem lehetséges" (Lányiné, 1997, 1/636.). Ez az idézet a korszerű gyógypedagógiai szemléletet tükrözi, tartalmazza a WHO „sérülés, fogyatékosság, akadályozottság" fogalmait és elkülöníti, értelmezi a kettős, halmozott és vezető fogyatékosság fogalmát.

A Siket-vakok Országos Egyesülete szórólapja így határozza meg a siketvakságot: „Siket-vakoknak azokat a személyeket nevezzük, akiknek a látás- és hallássérülése olyan mértékű, mely nem teszi lehetővé, hogy velük a látássérülteknél és a hallássérülteknél alkalmazott módszerekkel vegyük fel a kapcsolatot, illetve kezdjük el oktatásukat" (Si-Va Egyesület, 1994).

Az Egyesült Királyságban az 1980-as évektől arra törekedtek, hogy jellemezni tudják, miért önálló kategória a siketvakság, miért különül el a látássérült halmozottan sérültektől a speciális szükségletek, a fejleszthetőség szempontjából. Ezt a törekvést az is indokolta, hogy a siketvaksággal élő gyermekek megfelelő ellátása érdekében létrehozhassák tanáraik speciális képzését (Davison, 1988).

A következő definíciók terjedelmessége és leíró jellege pedig azt a küzdelmet érzékelteti, ahogy a szakember igyekszik megragadni és általánosítani a siketvak állapot sajátosságait.

Miles és Riggio (1999) az Egyesült Államok oktatási törvényének vonatkozó részét használják nagyon korszerű szemléletet képviselő művükben meghatározásként: „A siketvak gyermek kifejezés a gyermek és ifjúkori hallás- és látássérülést jelenti, melynek egyidejű jelenléte olyan sajátos kommunikációs és egyéb fejlődési és tanulási szükségleteket eredményez, hogy nem lehet őket gyógypedagógiai és ahhoz kapcsolódó szolgáltatások nélkül megfelelően tanítani, hanem azon túlmenően, amit a hallássérült, látássérült vagy súlyos mértékben fogyatékosoknak nyújtunk, oktatási szükségleteiket együttesen jelenlévő fogyatékosságuknak megfelelően kell biztosítani" (IDEA, 1990, PL101-476, 20 USC, 33/1422/2, cit. Miles, Riggio, 1999, 22.). A meghatározás szövege a szegregált oktatási forma lehetőségét biztosít-

ja az USA-ban általános integrációs szemlélet ellenére. A továbbiakban Miles és Riggio megmagyarázza, hogy a siketvaksággal élő gyermekek esetében sem a hallássérültek, sem a látássérültek, sem a súlyosan-halmozottan sérültek iskolái nem tudják speciális nevelési szükségleteiket ellátni. Tehát ez a definíció oktatásszempontú. A siketvak állapot olyan speciális szakmai kihívást teremt, amelynek csak a specializált iskola, de legalább az ilyen szakképzettségű tanár képes megfelelni. Ugyanakkor a definíció túl tágértelmű.

Alsop meghatározásával: „Azokat a gyermekeket nevezzük siketvaknak, akiknek együttesen van látás- és hallássérülése. Ritkán fordul elő, hogy a látás és hallás képessége egyszerre teljes mértékben hiányzik. A megmaradt látás, hallás mértéke miatt a siketvak gyermekek csoportja nagyon változatos, majdnem mindegyikük lát, illetve hall valamennyire. Sajátos problémáik a két érzékszervi sérülés egyidejű fennállásából adódik. Nehézségeik vannak a körülöttük zajló események követésében, ennélfogva a megértésében és a kommunikációban" (Alsop, 1993, 1.). Alsop saját definícióját kiegészíti a kanadai szerzőpáros McInnes és McInnes gondolataival: „A hallás- és látássérülés bekövetkezhetett a születést megelőzően, vagy az után, más érzékszervi csatornák is sérülhettek, vagy épen maradtak. A siketvaksághoz társulhat más fizikai vagy értelmi sérülés. Az egyetlen szempont, melynek alapján a siketvak gyermekek csoportjába tartozók azonosak, hogy a »távolsági érzékszerveik, telereceptoraik«, a látásuk és hallásuk használatától valamilyen mértékben megfosztottak" (McInnes, McInnes, 1990, cit. Alsop 1993, 1.) McInnes és Treffry korábbi (1984-es) definíciója magyarázó jellegű, mindenre kiterjedő, egyszerre ok és okozat központú. Különös erénye az egyéniség hangsúlyozása: „A siketvak gyermekek különleges egyéniségek, mindegyiküknek meghatározott mértékű látás- és hallásvesztesége van, az enyhe foktól a teljes veszteségig. Más szenzoros csatornáik lehetnek épek vagy sérültek. Állapotuk kialakulhatott születésük előtt vagy azt követően bármikor. A hallás és látás sérülése történhetett egyszerre vagy különböző időben. A sérülések együttesen vagy külön, egyaránt lehettek hirtelen fellépő, illetve folyamat következtében kialakult állapotok. Kísérhetik vagy nem kísérik más testi tünetek, sérülések. Oka lehet prenatális ártalom, pl. rubeolafertőzés vagy más veleszületett ok, pl. Usher-szindróma, vagy gyermekkori betegség önmagában vagy más betegséggel együtt fellépve, illetve baleset. Az egyetlen közös vonásuk azoknak, akiket siket-vaknak nevezünk az, hogy mindannyian, különböző mértékben ugyan, de távolsági érzékszerveik használatától megfosztottak" (McInnes, Treffry, 1984, 2.).

A későbbiekben a McInnes és McInnes szerzőpáros a siketvak állapot meghatározásánál leszögezi, hogy nem egy látássérült személyről van szó, aki nem hall és nem is egy hallássérült személyről, aki nem lát, hanem egy egyedi, komplex sérülésről, melynek hatására a személy világról szerzett ismeretei torzítottak, nem tudja az eseményeket anticipálni, rendkívüli nehézségei vannak interperszonális kapcsolatok létesítésében és fenntartásában. A látássérültekre, hallássérültekre és értelmi sérültekre specializált szakemberek gyakran nem tudják megragadni a probléma össze-

tettségének jelentőségét és részmegoldásokhoz, vagy létező programok átalakításához folyamodnak, amikor tanítják őket (Alsop, 1993). D. Goode, 1994-es meghatározásában is az egyéniség, a különlegesség hangsúlyozódik. Azért idézzük, mert más megközelítésű, mint a többi, az állapot mélyebb megismerésében nem nyújt újat. „A legkülönösebb személyek, akikkel valaha is találkoztam életemben, a különösség pozitív és negatív értelmében egyaránt. A segítő szakemberek számára hihetetlen kihívást jelentő »kliensek«, komplex és erőfeszítést igénylő gyermekek a család számára, és különösen lenyűgöző fiúk, lányok, barátok azok számára, akik bensső kapcsolatban állnak velük" (Goode, 1994, 2.). Az eddig bemutatott meghatározások mind az amerikai kontinensről származnak.

A Nordic Staff Training Centre for Deaf-Blind Services (a továbbiakban NUD) Dániában működő központ. A skandináv államokban siketvaksággal élők számára képez szakembereket és a balti országoknak szakmai támogatást. A NUD a következő meghatározást használja: „A siketvak állapotra (kombinált látás-hallásveszteség) jellemző, hogy a személynek súlyos problémái vannak a kommunikáció, az információfelvétel és a környezetében való tájékozódás terén, ... a kommunikáció élménye és készsége hiányt szenved, csakúgy, mint a környezettel való kapcsolat" (NUD, 1993, 2., Nafstad, Rodbroe, 1999, 15. 16). Ebben a meghatározásban a szociális, a környezettel való kapcsolat szempontjából értelmezett megfogalmazással találkozunk, a sokkal gyakoribb oktatási szempont helyett. A személy nem az iskolai munka tárgyaként, hanem mint a társas kapcsolatokban akadályozott ember jelenik meg. Az Oslóban működő The Central Unit for the Deafblind, (továbbiakban CUDb) szervezet 1999-es definíciója a következő: „A siketvakság izolációt eredményez, és alapvetően korlátozza a kommunikáció képességét, az információ elérését, és megnehezíti a környezetben való szabad mozgást és a napi tevékenységek ellátását" (CUDb, 1999, 2.). Szintén a pedagógiai helyzeten túlmutatva hangsúlyozza a személy akadályozottságát.

Említést kell még tennünk a siketvak kifejezés nemzetközileg és szerzőnként is gyakran különböző írásformájáról, valamint a „siketvak" fogalom helyett előforduló más kifejezésekről. Létezik sok írásforma: „siketvak" „siket és vak" „siket-vak" „siket/vak". McInnes és Treffry a „multiszenzoriális deprivációt" kifejezést, van Dijk pedig a „kettős szenzoros sérülés" kifejezést részesíti előnyben. A felnőttek jobban szeretik, ha a diagnózisuk alapján Usher-szindrómásként említik, nem pedig siketvaknak nevezik őket. A szülők gyakran meghökkennek, kétségbeesnek, ha gyermeküket minden magyarázat nélkül siketvaknak nevezzük. Számukra elfogadhatóbb a „kettőssérült" vagy „hallás-látássérült" kifejezés. Nyilván az elnevezés elfogadottságát az is jellemzi, milyen előnyökkel, illetve hátrányokkal jár használata. Feltételezhető, hogy az USA-ban, ha ezen múlik egy gyermek iskolai ellátásának színvonala, akkor a szülő kifejezetten preferálhatja gyermekének a siketvak megnevezés alá sorolását. Ez történik Dániában is, ahol a csoport tagjának lenni jó, mert a létező legmagasabb, több millió dán koronát jelentő éves fejkvóta jár mindegyiküknek.

A KETTŐS ÉRZÉKSZERVI SÉRÜLÉS (SIKETVAK ÁLLAPOT) HATÁSA AZ EGYÉNRE

A siketvak gyermek jellemzőinek leírása helyett, a siketvak állapot általános jellemzésére vállalkozunk, azt hangsúlyozva, hogy az egyéni fejlődési variációk következtében minden siketvaksággal született egyén más, akár keresztmetszeti szempontból, egy adott életkorban, akár hosszmetszeti szempontból, a fejlődés hosszú távú követése során nézzük. Nagyon sok esetben nem lehet biztonsággal eldönteni, hogy a gyermek született képességei-e a felelősek egy adott fejlettségi szintért vagy téves korai diagnózis, fejlesztés, esetleg a fejlesztés hiánya a meghatározója a kialakult állapotnak. Hangsúlyoznunk kell azt is, hogy ez az egyidejűleg fennálló kettős szenzoros sérülés megragadhatóan sajátos módon, de egyénenként különböző súllyal befolyásolja a fejlődést. A hallás- és látássérülés együttes hatása csak komplex módon értelmezhető, messze korlátozóbb a két érzékszervi sérülés együttesen, mint külön-külön, függetlenül a funkcióveszteségek egyedi mértékétől. Nem lehet vezető fogyatékosságot megállapítani akkor sem, ha az egyik sérülés súlyosabb fokú mint a másik, mert kölcsönhatásuk hozza létre ezt a sajátos akadályozottságot. Ha az egyik veszteség objektíven nem mérhető, feltételezhetjük, hogy nincs is, mégis funkcionálisan érvényesül, és hatása úgy fogja befolyásolni a fejlődést, mintha a súlyos objektív sérülés ténylegesen létezne. Ha ezt a megközelítést komolyan szem előtt tartjuk, akkor tudunk hatékonyan beavatkozni a fejlődési folyamatba.

McInnes és Treffry (1984) szerint a multiszenzoriális depriváció következményeként a személy:

– a környezettel való kommunikáció képességében hiányt szenved;
– benyomásai a világról torzak;
– a jövőbeli eseményeket, a saját cselekedetei következményeit nem tudja anticipálni;
– a legalapvetőbb extrinsic motiváció többségétől meg van fosztva;
– olyan társuló betegségei lehetnek, melyek súlyos elmaradást okoznak a fejlődésében;
– tévesen értelmileg vagy érzelmileg sérültnek diagnosztizálták;
– olyan tanulási stílusta van kényszerítve, mely fogyatékosságához nem illeszkedik;
– extrém nehézségei vannak interperszonális kapcsolatok létesítésében és fenntartásában.

A szerzőpáros későbbiekben módosított jellemzését csak a kiegészítések szempontjából említjük:

Előfordulhat az is, hogy a siketvak gyermek:

– visszahúzódó és elszigetelt;
– védekezik az érintéssel szemben;
– táplálkozási nehézségei és/vagy különleges alvási szokásai vannak;
– frusztrált és a kommunikációs képtelensége miatt lemaradt a szociális, emocionális és értelmi fejlődésben;
– egyéni tanulási stílust kell kialakítania (Alsop, 1993).

Barbara Miles így ír erről: „Ha a gyermek teljesen siket és vak, akkor a világról szerzett benyomásai annyira tágak, ameddig az ujjbegyei érnek. Ezek a gyermekek teljes magányban vannak mindaddig, amíg valaki meg nem érinti őket. A világról szerzett benyomásaik azon alapszanak, hogy kivel vagy mivel volt lehetőségük fizikai kapcsolatba lépni" (Miles, 1999, 1.).

Összefoglalásként kísérletet teszünk arra, hogy a fentiek kiegészítéseképpen mi is jellemezzük a saját kutató munkánk során összegyűjtött és saját tapasztalataink alapján megfogalmazódó véleményünket a siketvak állapotról, a siketvak gyermek fejlődésének meghatározóiról. Kiindulópontunk, a siketvak gyermek fejlődését legkorábban befolyásoló, egymásra ható két tényező, *a kötődés hiánya és a kommunikációs nehézség*, melyek egyenes következményei a gyermek kettős érzékszervi sérülésének. Receptív és expresszív kommunikációja, az üzenet fogadása és küldése egyaránt sérül. Közléseit a környezet nem érti, ő *nem tudja az eseményeket anticipálni. Passzív* részese, tárgya a gondozási helyzeteknek. Nem reagál az anyára. A kölcsönös félreértések, melyek az anya-gyerek kapcsolatot jellemzik, nem adnak lehetőséget egymás pozitív megerősítésére. Gyakran sokáig, néha évekig nem mutatja jelét annak, hogy anyját felismeri, megkülönbözteti más személyektől. *A világ csak közvetítőkön keresztül létezik számára. Mivel a gyermek teljesen izolálódik a személyi környezettől*, ennek következtében *a tárgyi világtól*, annak megismerésétől is. A megtapasztalt világ, *az élet félelmetes*, váratlan események sokaságából áll és ő *nem tud* ezek fölött *kontrollt gyakorolni*. A dolgok váratlanul, kiszámíthatatlan sorrendben történnek meg vele. Saját kezdeményezéseinek hiányát gyakran az is fenntartja, hogy a kettős szenzoros sérülés mellett egy harmadik szenzoros sérülés is jelen van: a *taktilis hárítás*. Önálló aktivitása gyakran furcsa *viselkedésmintákban*, öningerlésben, önbántalmazásban nyilvánul meg. Egyúttal *nehezen lép kapcsolatba és enged a kapcsolatlétesítő kezdeményezéseknek*, mely szintén a taktilis hárítás része. Nem ritkán a szájjal való tapintás kizárólag a tárgyakra korlátozódik, így az ízérzékelés lehetősége is beszűkül.

Képzeljük el azt az állapotot, amikor nem hallunk, nem látunk és nem tapintunk! Milyen lehetőségeink maradnak a világ megismerésére a szagláson keresztül? Ilyen esetben milyen fogalmak alakulhatnak ki, hogyan fejlődhet ezeknek a fogalmaknak a mentén a gondolkozás? Az is lehet, hogy a gyermek mindegyik érzékszervét tudja használni valamilyen mértékben, de együttesen nem: *szenzoros integrá-*

tája súlyosan sérül. A világról alkotott benyomásai töredezettek. Amit a kezemmel fogok, azt nem látom, amit látok, annak nincs tapintási tartalma és egyiknek sem jellemzője, hogy hangja lenne. Van valami, ami hideg, gömbölyű és könnyen kigurul a kezemből, van valami más, ami piros és fehér foltok vannak rajta, és van valami megint más, aminek kongó, pattogó hangja van. Lehetne mindez egy piros fehér pöttyös labda is, de az ő számára nem az. Ráadásul az érzékelés leírására az épek számára megfelelő fogalmakat használtunk: formával, színnel, hőmérséklettel, cselekvéssel jellemeztük a folyamatot. Ezek a fogalmak a siketvaksággal élő gyermek számára nem biztos, hogy léteznek. *Véletlenszerű tanulásra* gyakorlatilag *nincs esélye.* Azt tudja, amire lehetőséget adtunk számára, amire a közvetítője (szülő, gyógypedagógus) megtanította. Ez nemcsak a fogalmak kialakulása és használata szempontjából, hanem a gondolkodási műveletek oldaláról is igaz.

Hamis lenne a kép, ha nem említenénk, hogy az *idegrendszer* esetenként hihetetlen *kompenzációs* lehetőségeket biztosít a siketvak gyermekek és szüleik, gyógypedagógusaik számára. Kiváló bizonyítéka ennek Helen Keller. Saját gyakorlatunkból két olyan fiatalt említhetünk, akiknek szenzoros állapota kimeríti a siketvakság kritériumát, ha viselkedésüket alapos elemzésnek vetjük alá, felismerhetők a siketvakság jellemzésére használt ismérvek, mégis óvakodunk őket siketvakoknak nevezni. Fejlődésük olyan volt, mint egy rosszul halló vak gyermeké. Mindketten, ha egyikük sajátosan is, de megtanultak kötődni, és mindketten beszéddel kommunikálnak. Soha nem részesültek speciális siketvak oktatásban. Az általános iskola felső tagozatát integráltan végezték el. Jelenleg egyikük gimnazista, a másik főiskolás.

Siketvak gyermekek vizsgálata

Általános és módszertani kérdések

A pszichológiai vizsgálat célja általában a kognitív, a szenzomotoros, a kommunikációs, a szociális képességek, a lexikális ismeret és a viselkedéses és emocionális működés feltárása. A fejlődés korai fázisában pedig, a környezetre irányuló feltáró és cselekvéses viselkedés, a különböző modalitású ingerekre adott válasz, válaszkészség, a motoros koordináció, társas helyzetekben való viselkedés megfigyelése, vizsgálata a feladat. Nincs ez másként a siketvak gyermekek esetében sem, de kiegészül a közvetlenül megfigyelhető, mérhető adatok mellett a gyermek környezetétől kapott információkkal. A vizsgálat eredményeképpen olyan program összeállítására törekszünk a fejlesztés vagy az iskolai pedagógiai munka számára, amelyet a gyermek és a családja is megért.

Mások vizsgálati tapasztalatai, melyeket irodalmi forrásokból ismerünk, a következő nehézségekre hívják fel a figyelmet. Robbins, aki a Perkins Intézet pszicholó-

gusa az 1970-es években, úgy vélekedik (cit.: McInnes és Treffry, 1984), hogy a siketvak személyek pszichológiai vizsgálatához nincsenek normák, sztenderdizált intelligenciatesztek, nem áll rendelkezésre semmiféle kész eljárás a kognitív viselkedés megítélésére. Szerinte a vizsgálat sikere közvetlenül azon fog múlni, hogy a vizsgáló teamnek mekkora gyakorlata van siketvak gyermekek vizsgálatában. Azt javasolja, hogy legalább két olyan specializált szakember végezze a vizsgálatot, aki korábban szupervízióban minimum három évet foglalkozott siketvak személyekkel. A vizsgálat legalább két-három éves periódus nyomon követése során nevezhető sikeresnek, mert eközben a gyermek fejlődése és a fejlesztő programokra adott reakciói mérhetőkké válnak (McInnes és Treffry, 1984).

Harvey Mar szerint a siketvakok vizsgálatának több módszertani nehézsége van. A pszichológus számára kevés szakszerű sztenderd követhető. A legtöbb pszichológiai teszt nem megfelelő, mert látó és halló személyek számára fejlesztették ki őket és velük készült a sztenderd. A vizsgálati személy szempontjából a teszthelyzet frusztráló lehet, ha a feladatok számára nem értelmesek, nincs jelentésük és ha a vizsgálóeszköz nem érzékelhető könnyen. A tanár, a szülő számára a teszteredmények, pl. életkori szint, IQ, elfedheti a személy valódi képességeit és kompetenciáit. A kommunikáció alacsony szintje akadályozza a képességek vizsgálatát. Csak az vizsgálható, ami ott és akkor előhívható a konkrétumok szintjén a személyből. A teljesítmény mérésére Mar javaslatot tesz egyes tesztek, például a Wechsler, a Stanford–Binet intelligenciatesztek átalakított változatának használatára és a szükséges átalakítás módjára is: az eszközöket nagyított változatban kell használni, meg kell növelni a válaszadásra felhasználható időt, Braille nyomtatású vagy taktilissá alakított eszközöket lehet használni, a választ a gesztusok, a rámutatás szintjén és a tolmács közreműködésével is el lehet fogadni. A módosítási javaslatok ellenére azt gondoljuk, hogy alkalmazásuk csak magasabb életkori és fogalmi szinten lehet eredményes.

A VIZSGÁLATI FOLYAMAT JELLEMZŐI, TEAMVIZSGÁLATI MODELLÜNK

Klienseink vizsgálata, akiknek fejlődését több éve követjük figyelemmel, minden esetben az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karának Damjanich utcai épületében zajlik, mert itt állnak rendelkezésünkre az audiométer, a funkcionális látás vizsgálatára alkalmas eszközök, és a szenzoros integráció megfigyeléséhez szükséges tárgyak, berendezések is. A Főiskolai Kar több tanszékének munkatársaiból szerveződött a vizsgáló team szakembergárdája, amelyhez aktív résztvevőként a szülő és/vagy a gyermekkel foglalkozó gyógypedagógus csatlakozik. A háromfős állandó team tagja a látástréner, a pedoaudiológus és a pszichológus, akik mindannyian gyógypedagógusok is. A vizsgálatok célja az állapot nyomon követése, a család és a korai fejlesztés, a pedagógiai munka támogatása a gyermek aktuális szükségleteinek feltárásával.

Az *első vizsgálat* a hagyományos szerkezetet követi: kérés, orvosi anamnézis áttekintése, a szülők, a gondozó, a tanár alapos kikérdezése, a gyermek megfigyelése minden lehetséges helyzetben és szinten, „formális vizsgálatok", elsősorban funkcionális látás- és hallásvizsgálat, fejlődési skálák, formális tesztek elemei, az adatok összegzése és értelmezése, javaslatok a gondozásra, a pedagógiai tevékenységre.

A kikérdezés *speciális szempontjai:*

– kitől, hogyan, milyen gyakorisággal, milyen módszert követve kap a gyermek segítséget;

– melyek a gyermeknek az erősségei és gyenge pontjai a szülő, gondviselő szerint;

– milyen tevékenységeket kedvel a gyermek, miket nem;

– hogyan lehet kapcsolatba lépni vele, van-e kapcsolatteremtő szokása;

– van-e preferenciája a fény, a megvilágítás szempontjából, felismer-e tárgyakat, személyeket, képeket;

– vannak-e olyan tapintású anyagok, melyek a kedvencei, illetve elutasítja őket;

– felismer-e tárgyakat, személyeket, képeket;

– használja-e a tárgyak, személyek felismeréséhez a hangokat és a tapintási információkat;

– a látás, a hallás és a tapintás útján szerzett élményeket csak külön-külön vagy együttesen is értelmezi;

– hogyan mozog, tájékozódik a környezetében;

– a korrekciókat (szemüveg, hallókészülék) viseli-e, szívesen, megtűri, kéri, leveszi, milyen helyzetben;

– milyen a napirendje a gyermeknek és az ehhez kapcsolódó szokásai;

– mi a kísérő elvárása a gyermekkel kapcsolatban egy éven belül, milyen kérdésekre szeretne választ kapni most, illetve a vizsgálatot követően.

Módszerek, eszközök

Minden vizsgálati helyzetben a siketvak gyermek életkora és fejlettségi szintje határozza meg a választható módszert, eszközt. A formális vizsgálóeszközök a legritkábban használhatók. Véleményünk szerint a siketvak személyek, különösen a gyermekek szenzoros képességei és azok együttes hatása a fejlődésre, hangsúlyozottan a szenzoros integrációra, a kommunikációra és gondolkodási funkciókra, nem adnak lehetőséget formális pszichológiai tesztek alkalmazására. Ha ezekre mégis sor kerül, akkor az így kapott eredmények értékelése és értelmezése tévútra vezethet, még abban az esetben is, ha a gyermek állapotának a nyert eredményekre gyakorolt speciális hatásait igyekszünk szem előtt tartani. A siketvak gyermekek többsége olyan fogalmaknak van birtokában, és azokat olyan módon használja a gondolko-

dásában, ahogyan a fejlesztője, a pedagógusa tanította neki. Ha például az analógiás gondolkodás elsajátítására nem volt lehetősége, azt nem is lehet relevánsan vizsgálni. A teljesítmény jellegű felmérés és eszközök alkalmazása helyett vizsgálatunkban a hangsúlyt az *érzékszervi működés, a szenzoros integráció, a tárgyi és személyi kapcsolat, a kommunikáció vizsgálatára* helyezzük. Legfontosabb módszereink *a megfigyelés és a viselkedéselemzés, a szülő* és/vagy *a gyógypedagógus bevonása* a vizsgálati folyamatba, a *gyermek kezdeményezéseinek követése*. A szülő, a gyermekkel állandóan foglalkozó gyógypedagógus a vizsgálati helyzetben aktívan részt vesz.

A KOMMUNIKÁCIÓ, A KAPCSOLATKÉSZSÉG VIZSGÁLATA

A pszichológiai vizsgálat során *a szülő vagy a gyógypedagógus kezdeményez elsőként kapcsolatot*, illetve játszik elsőként a gyermekkel. Ez lehetőséget teremt a vizsgálók számára kettőjük *kommunikációjának, kapcsolatának megfigyelésére*. Segíti a vizsgálókat abban, hogy később, amikor már aktívan részt vesznek a vizsgálatban, a gyermek számára *megszokott módon tudjanak kommunikálni, kapcsolatot kezdeményezni*. Másfelől úgy használhatjuk ezt a helyzetet, hogy a szülőt/gyógypedagógust *megerősítjük kommunikációs módszere helyességében*, illetve ha erre szükség van, nem minden tekintetben erősítjük meg, ezzel finoman befolyásolhatjuk, alakíthatjuk viselkedését a gyermekkel kapcsolatban. Hisszük, hogy a szülőnek, a gyermekkel állandó kapcsolatban lévő személynek olyan ismeretei vannak róla (abban az esetben is, ha azokat nem tudja jól használni), amilyeneknek külső személy nem lehet birtokában, még akkor sem, ha kiváló szakember és gyakran megfigyelheti őt. Fontosnak tartjuk, hogy a *szülő/gondozó/fejlesztő megerősödjék kompetencia érzésében*. Külön hangsúlyt kap ez azért, mert a kommunikációs képesség sajátosságai gyakran alapvetően befolyásolják az anya-gyermek kapcsolatot is, ezen keresztül általában a társas kapcsolati, érzelmi fejlődést. Tudjuk, hogy a kötődés kialakulásának súlyosan akadályozó tényezője lehet például a szemkontaktus hiánya, vagy a gyermek szokatlan kommunikációja, zártsága. Esetünkben ez a kérdés így merül fel: mennyire érthető a gyermek megszokott formáktól eltérő közlése a környezetének, és mennyire tud a környezet a gyermek számára érthető választ adni? Tapasztalhatjuk azt is, hogy a közlés igénye teljesen hiányzik, illetve a környezettel felvehető kapcsolat, vagy a kapcsolatfelvétel szándéka maga sérül. A vizsgálat során igyekszünk a gyermek számára lehetőségeket teremteni a *spontán kezdeményezésre, és azok követésével jelezni számára, hogy hatással volt ránk, megértettük*, hogy mit közölt. Erre a szenzoros integrációs terápiában használt eszközök általában megfelelnek.

A gyermek állapotának megítéléséhez nélkülözhetetlen kiindulópont az érzékszervi funkciók felmérése, a *funkcionális látás, valamint a hallás vizsgálata* során. A részvizsgálatokat a *team minden tagja megfigyeli, esetenként közreműködik*, vagy szakmai megjegyzéseivel módosítja a vizsgálati helyzetet. (Például a zajos környezet, vagy a látásvizsgáló hangereje a szurdopedagógus közreműködését igényli, a szoba megvilágítása, a megerősítésként használt fényinger iránya pedig tiflopedagógus bevonását teszi szükségessé.) A részvizsgálatok passzív résztvevőjének lenni egyéb előnyökkel is jár, bár időigényes: más megfigyelésre adódik lehetőségük az egyes szakterületek képviselőinek megfigyelőként, mint saját vizsgálati helyzetükben, ahol figyelmük a feladatra irányul, saját maguk aktív formálói a helyzetnek.

Az érzékszervek működésének vizsgálata közben is a legnehezebb módszertani kérdés *a gyermek kommunikációjának megértése, jelzéseinek helyes értékelése, „leolvasása"*. Igyekszünk azonosítani az objektív vizsgálatokon kívül is az érzékszervek használatának megfigyelhető jellemzőit, például azokat az ingereket, melyekre *spontán* kiváltódtak és jól meghatározhatók a figyelmi reakciók, az észlelés jellege, intenzitása, terjedelme. Gyakran spontán figyelem, észlelés egyáltalán nem regisztrálható.

Leggyakrabban tapasztalt jellemző, hogy a gyermek sokkal magasabb szinten válaszképes az ingerekre külön-külön, mint azok együttesére, illetve nem tudja integrálni sem érzékelési, észlelési folyamatait, sem válaszait. Esetleg, és ez szinte minden gyermekre igaz, az ingertípusokra csak izoláltan képes válaszolni. Ezért fontos *komplex ingerhelyzeteket* teremtenünk a vizsgálatok során. Arra is volt példa, hogy az egyik gyermek funkcionális látását – kitűnő kontrasztérzékenységével magyarázható vizuális teljesítménye miatt – még a gyógypedagógus is túlbecsülte. Később, amikor már képeket kellett volna felismernie, az addig imponáló funkcionális látás nem működött. Ez a jelenség, ha vizsgálatkor megfigyelhető, differenciáltabbá teszi a funkció leírását, a fejlesztési javaslatot. Nem ritka az sem, hogy a gyermek úgy viselkedik, mintha teljesen siket és/vagy vak lenne, esetleg mintha nem lenne ébren. Különösen kicsiknél fordul elő, hogy a figyelem csak 1-2 másodperc terjedelmű, és ezért nehezen tudja a vizsgáló követni. Az is előfordult, hogy szemészeti szempontból, a gyermek objektív eszközzel, együttműködést nem igénylő helyzetben mért látásteljesítménye alapján ép látásúnak minősült (V 0,5), funkcionális szinten viszont, a mindennapi helyzetekben és a vizsgálat során is, látási figyelme csak a nagyon alacsony látásteljesítményű személyekre jellemző csillogó tárgyakkal volt provokálható és pár másodpercig fenntartható. Volt olyan gyermek is a gondozásunkban, akinek hallási funkciója érésének jellemzője volt, hogy háromévesen még nem figyelt a beszédre, saját nevére sem. Most, 7 évesen, az orális beszédet tanulja. Az érés, a fejlesztés hatása ilyen esetekben szétválaszthatatlan, de önálló értelmezésüknek számunkra nincs is jelentősége.

Megszorításokkal ugyan, de alkalmazható néhány skála a fejlődés regisztrálására és önmagunk kontrolljaként. Az Egyesült Államokban használatos *Callier–Azusa Skála* alkalmazásával a motoros funkciók, az észlelési képességek, a mindennapos tevékenységek (önkiszolgálás), a kognitív-kommunikációs-nyelvi képességek és a szocializáció fejlődését regisztrálhatjuk és követhetjük. A szakirodalomban nem találtam beszámolót alkalmazásáról, holott ez siketvakok számára készült. A súlyos halmozott sérüléssel élők esetében alkalmazott *Frölich–Haupt Skála* hasznos lehet „A fejlődés legalacsonyabb (különösen a kiscsecsemők) szintjén lévő, igen nehezen megközelíthető, legsúlyosabb halmozottan akadályozott gyermekek felmérésére..." (Kedl, 1996, 54.). De használható *Franger és Pfeffer kérdőíve* is, mely 370 kérdés mentén, a kvalitatív értékelés teljes mellőzésével teszi lehetővé a súlyos értelmi akadályozottsággal élők képességeinek feltárását. Ezek alkalmazásáról nincs még megfelelő tapasztalatunk. Nem volt még módunk, a Mar által javasolt adaptációkkal együtt sem a teljesítménytesztek alkalmazására. Az adaptációs lehetőségekkel kapcsolatban fenntartásaink vannak, és nagy óvatosságra intünk mindenkit az eredmények interpretálása szempontjából is. A jó funkcionális és eszközös korrekció például feleslegessé teszi a médium adaptálását vizuális szempontból, pl. nagyítás, mely újabb bonyodalmakat eredményezhet. A tesztek fogalmi készlete az, ami más szempontból teszi alkalmazásukat kritikussá siketvak gyermekek esetében. Nem a kognitív képességeiket, hanem a fejlesztőik, tanáraik, szüleik tanítási képességét mérnénk a tesztben nyújtott teljesítményükkel. Azért van ez így, mert a siketvak személy azt tudja, amire a közvetítője lehetőséget teremtett számára. Ez vonatkozik a fogalmak körére és a gondolkodási műveletekre is. Kiemeljük, hogy az így mért eredményeket és az ezek alapján kialakított véleményt csak abban az esetben tartjuk relevánsnak, ha a vizsgáló személynek nagy tapasztalata van a vizsgálóeljárás alkalmazásában siketvaksággal élők körében, valamint az adott vizsgálati személy fejlődését hosszabb ideje nyomon követi. Mint látható, a két szélső alcsoport számára csak fenntartásokkal alkalmazható eszközök vannak.

Összefoglalva: Az ismertetett folyamat a következő területek vizsgálatát teszi számunkra lehetővé, elsősorban a megfigyelés módszerét alkalmazva: érzékelés-észlelés, figyelem, tanulási képesség, kommunikáció, viselkedés, kötődés, társas kapcsolatok, érzelmi jellemzők, tájékozódás és aktív, adaptív kapcsolat a környezettel, mindez spontán és kialakított válaszhelyzetekben történik. Az ismertetés során a példákkal arra törekedtünk, hogy felhívjuk a figyelmet arra, miért nem lehet a szokásos, az objektív, mérhető funkciószint megállapítása vizsgálati célunk. Meggyőződésünk, hogy csak az előbbiekben ismertetett vizsgálati folyamat teremt lehetőséget arra, hogy a *környezettel való spontán és provokált, tárgyra és személyre vonatkozó interakció, a tanulási stílus, a fogalom kialakítás, a gondolkodási jellemzők megfigyelhetők, elemezhetők legyenek, a fejlettségi és a funkcionális szint feltárását, megértését szolgálják.*

A vizsgálat során szerzett információkat szakvéleményben foglaljuk össze, a team alapos megbeszélésének, elemző munkájának eredményeként. A fejlesztési javaslat természetesen egyéni. A gondozásunkba tartozó gyermekek nyomon követése során nem tapasztaltunk két egyforma fejlődési folyamatot, ezért nincs két egyforma fejlesztési menet sem. Nagyon szerencsés kiegészítő munkamódszer, ha az egész vizsgálatot még egyszer, közösen, videofelvétel segítségével elemezni is lehet. A *videofelvétel* egyrészt a gyermek fejlődésének kitűnő dokumentációja, másrészt felbecsülhetetlen értékű az ilyen hosszú diagnosztikus folyamat esetében, segítségével saját tévedéseink, a gyermek viselkedésének hibás értelmezése is visszakereshetővé válik.

A SIKETVAKSÁGGAL ÉLŐK SPECIÁLIS NEVELÉSI SZÜKSÉGLETEI, PEDAGÓGIAI KÍSÉRÉSÜK

EGYÉNI PROGRAM

A gyermekek elhelyezése bármilyen iskola-, intézménytípusban történik, fejlesztésük egyéni program, fejlesztési terv alapján zajlik. Minden egyéni program készítésének szempontja, hogy az *egyéni szükségletekhez, érdeklődéshez, képességekhez megfelelő legyen, vegye figyelembe a korábbi teljesítményt, a jelenlegi funkcionális, fejlettségi szintet, valamint illeszkedjen a mértéke, a mélysége és a módszere a gyermek tanulási stílusához.* Speciális szempontként ehhez egy dolgot kívánunk hangsúlyozni: az elért *fejlődési, fejlettségi szint* és nem az életkor *a kiindulási pont.* Ha a fejlettségi szint miatt erre szükség van, akkor a siketvak gyermek számára lehetőséget kell teremtenünk arra, hogy végig járhassa például a csecsemőkorra jellemző kötődés kialakulásának útját, a szenzomotoros fejlődési szakaszt stb. Ha erre nem kap lehetőséget, az újonnan szerzett ismeretei gyorsan elvesznek, nem tudja alkalmazni és új ismeret megszerzésére használni.

A TERVKÉSZÍTÉS JELLEMZŐI

ÁLTALÁNOS SZEMPONTOK

– a fejlesztés *kezdeti szakasza individuális helyzetben* („diádban", az adok-kapok = küldök-fogadok természetes fejlődési helyzetében) zajlik, de nem társakkal való interakció hiányában; a legtöbb fejlesztési helyzet *szoros testi kontaktust* kíván;

– a szituációk *komplex* ingerhelyzetek;

– a természetes *élethelyzetek* nyújtják a színteret;

– szoros napirend kialakítása képezi a keretet *(struktúrát);* szükséges a *környezet átalakítása* az érzékszervi funkciók, mozgásállapot egyéni jellemzői szerint;

– *sok* terület *szakembere* vesz részt a fejlesztésben, *együttműködésük*, egymás napi informálása nélkülözhetetlen;

– a *család bevonása* a tervezésbe, a fejlesztési folyamatba, az értékelésbe.

Legfőbb fejlesztési területek

– *a kötődés;*

– az érzékszervek *integrált fejlesztése;*

– *kommunikáció*, fogalmi fejlesztés változatos és mindennapos élethelyzetekben;

– az *önállóság* fejlesztése a mindennapos tevékenységek, a tájékozódás és a közlekedés terén.

Egyéb ajánlások

Olyan programot kell összeállítani, mely J. van Dijk szerint elegendő a nap 24 órájára, a hét 7 napjára és az év 365 napjára. A szülő részvétele a fejlesztési folyamat *megtervezésében és az értékelésben* intenzívebb, ha a gyermek csak nappal van az iskolában. A gondozó, ápoló személyzeté pedig akkor, ha a gyermek az intézmény lakója, csak a hét végén, vagy még ritkábban van családi körben. A gyermek programjának összeállításához nélkülözhetetlen az egyéni szükségletek teljes feltárása. A szükségletek felmérése közben és a tervezési szakaszban nagyon vigyáznunk kell arra, hogy semmit ne alapozzunk feltételezésre. Ellenőrizzünk és beszéljünk másokkal! Például: gyakran előfordul, hogy értelmi sérülést tételezünk fel, pedig szó sincs róla. A nem szükségszerű, de gyakran előforduló másodlagos pszichés sérülések és a súlyos fejlődési elmaradás, ami a fejlesztés kezdetén a gyermeket jellemzi, könnyen téves benyomást kelthet bennünk. A feltételezéseinkkel más szempontból is nagyon kell vigyáznunk, mert például következménye lehet a hibás kommunikáció. A feltételezésre alapozott, nem kellően ellenőrzött kommunikációs stratégiák félreértésekre adhatnak alkalmat, amelyek az egész együttműködést alapvetően akadályozhatják. Ezért mindig meg kell győződnünk arról, hogy benyomásaink helyesek és nem véletlenszerűek, valóban állandóan jellemzik a gyermeket. Ha kétségeink vannak a gyermek pontos megértésével kapcsolatban egy adott fejlődési periódusban, minden esetben szerencsés megosztani dilemmáinkat kollégáinkkal, vagy a vizsgáló teammel, a szülőkkel. Ez azért nagyon fontos, mert jelentéktelennek tűnő félreértések hosszú időre akadályozhatják a fejlesztők munkáját és visszavethetik a gyermeket a fejlődésben.

A fejlesztési folyamat területei

Az érzékszervek fejlesztése

Már említettük korábban, hogy a spontán tanulás szinte lehetetlen a siketvak gyermek számára. Ez érvényes az érzékszervek esetében is. A látásuk és/vagy a ha-

lásuk jó, de integrált használatukat egymással és a többi érzékszervvel meg kell nekik tanítani. Az érzékszervek spontán használata csak lényegesen alacsonyabb szintű működést tesz lehetővé számukra, mintha tanulási helyzetben sajátítanák el. Abban is segítenünk kell, hogy képessé váljanak új észlelési tapasztalataikat összevetni a korábbiakkal és a többi érzékszervvel felfogott információkkal. A látás- és hallásfejlesztés két önálló szakterületet képvisel a gyógypedagógiában a hallássérültek, illetve a látássérültek pedagógiáján belül. A siketvak gyermekek fejlesztése csak egyike az alkalmazási területeiknek. Esetükben az alkalmazás speciális szempontja, hogy érzékszerveiket komplex helyzetekben fejlesztjük. Olyan szituációkat és eszközöket kell kitalálnunk és alkalmaznunk, ami ezt lehetővé teszi. Például a gyermek látásának fejlesztésekor a médium megszólal: érintő képernyőn a vizuális észlelést követő képernyő érintés hatására kiváltódik a látványhoz tartozó hang is. A hangadó játék jól látható, mert megfelelő méretű, kevés rajta az apró részlet, kontrasztos színekből készült, anyaga nem provokálja a taktilis elutasítást és illatos stb. A siketvak gyermekek szenzoros integrációja szinte kivétel nélkül sérült. A nyomon követett gyermekek mindegyikénél világosan felismerhető, hogy funkcionális látásukat és korrigált hallásukat a legritkább esetben használják együttesen, egy időben, integráltan és mindegyikük kisebb nagyobb mértékben hárítja a taktilis ingereket. (Azt a személyt is taktilis hárítónak tekintjük, aki nem tűri az érintést.) A fenti példákból kiindulva, olyan helyzeteket kell a szenzoros fejlesztéskor teremteni, amelyekben hangsúlyt kap az *érzékszervek integrált használata, lehetőség adódik a kommunikáció fejlesztésére és a személyekkel való kapcsolatra is.* Könnyen teremthetünk ilyeneket jól megválasztott élethelyzetekben, illetve játék közben, az Ayres-féle szenzoros integrációs terápiából ismert eszközök bevonásával is.

A KOMMUNIKÁCIÓ FEJLESZTÉSE

A siketvak gyermekek fejlesztése a legtöbb megközelítés szerint a kommunikáció fejlesztésével kezdődik. Ez a siketvakság irodalmának legkidolgozottabb része. Több ezer oldalon leírt elvek, módszerek közül kell valami összefoglaló jellegű ismertetést nyújtanunk.

A kommunikáció nem szükségszerűen nyelvhez kötött. Közlésnek nevezünk minden jelzést, amit az egyén a környezete felé küld. Nagyon korai formája, amikor a fejlődés kezdetén az újszülött viselkedésével fejezi ki szükségleteit. A közlési szándék és gyakorlat fennmaradásához szükséges a válaszoló, megerősítő környezet. A siketvakokkal folyó munka minden helyzetében, minden viselkedést kommunikációnak értelmezhetünk. A fejlettségi szinttől függetlenül, minden személy képes kommunikációra. Siketvakok esetében a környezetében élő személyek és a pedagógus felelőssége a gyermek közlésének helyes értelmezése és az adekvát válaszadás. Úgy kell válaszolni, hogy a gyermek átélhesse, van értelme a próbálkozásának, hiszen választ kap rá. Csak ezen a módon válthatjuk ki és tarthatjuk fenn a gyermek-

ben a közlés igényét, a személyek felé fordulást. Ellenkező esetben a *kommunikáció elmaradása, vagy diszfunkciója akadályozni fogja a gyermek érzelmi, értelmi, szociális fejlődését* is. Ha korábban még nem alakult ki, akkor a pedagógusnak kell kommunikációs kapcsolatot, interakciót létesíteni, kiépíteni, fenntartani a gyermekkel, és kommunikációs formát választani. Kritikus lépés ebben a folyamatban a gyermek saját, eredeti *kommunikációjának megértése, a pedagógus képessége a jelek „olvasására"*. A skandináv országokban általános elv a kommunikáció fejlesztésében a „totális kommunikáció" elve, sajátos értelmezésben. Totális kommunikációnak nevezik azt, amikor minden részévé válik, bárminek a használata alkalmas lehet a kommunikációra. Minden, amivel a gyermek ki tudja magát fejezni, amit képes érzékelni kommunikációként, pl. szemkontaktus, konkrét tárgy, hang, hallási figyelem, beszéd, szájról olvasás, síkírás vagy Braille-nyomtatás, Bliss-nyelv, testbeszéd, gesztusok, házi készítésű jelek, kép, szimbólumok olvasása, természetes gesztusok, absztrakt jelek, ujjábécé, kódolt nyelv, jelnyelvek. Mi is egyetértünk velük abban, hogy a kommunikáció fejlődése során ezek közül bármelyik szerepelhet nyelvi eszközként. Folyamatosan arra törekszünk, hogy a gyermek minél magasabb szinten tudja kifejezni magát, fogalmi és gondolati szinten egyaránt, és ehhez legyen megfelelő nyelvi eszköze, szerencsés esetben ez a hangzó beszéd.

A KOMMUNIKÁCIÓFEJLESZTÉS SZINTJEI

A KONTEXTUS. Első lépésként a kommunikációt olyan kontextusba kell helyezni, ami a gyermek számára könnyen értelmezhető, érzékelhető és folyamatosan ismétlődő. Ennek legkézenfekvőbb kerete, struktúrája a napirend. Azonos személy, azonos időpontban, azonos helyen, azonos tevékenységgel jelenik meg a nap során. Vagyis *a tér, idő, tevékenység és a személy állandó*. Ez a rendszeresen ismétlődő eseménysor lehetővé teszi a gyermek számára annak felismerését, hogy mi fog vele történni. Kialakul az anticipáció készsége. A helyzetek kiszámíthatóvá válnak, fel tud készülni rájuk és képes lesz a választ is előkészíteni A külvilág eseményei követhetőbbé válnak. Strukturált keretek között képes lesz megformálni saját gondolkodási keretét. *Biztonságossá* válik számára a helyzet, megismerheti az események fölötti kontroll élményét.

A SAJÁT KÖZLÉS. Legelőször a gyermek saját közléseiből indulunk ki, és ezeket megerősítjük. A gyermek saját jelzése, közlése lehet a „testbeszéd", a *gesztus* szintjén. Például biológiai szükségleteit fejezheti ki mozdulattal, arckifejezéssel.

TANÍTOTT KÖZLÉSI FORMÁK. *A konkrét tárgyi szimbólumok és természetes jelek* bevezetése már a tanult jelek szintje, mi kínáljuk fel használatukat a gyermek számára. Ennek a szintnek a témáját a gyermek életéből vesszük, valami olyasmit, ami általában örömet okoz neki, egy olyan tevékenységet, amire motivált, pl. fürdés. Szerencsés,

ha ez a tevékenység a napirend állandó része, egy naponta ismétlődő esemény. A fürdés jelzésére használhatjuk a mosdókesztyűt, vagy ha a gyermek hajlandó megszagolni és megfogni, akkor a szappan még jobb (egyszerre minimum két érzékszervét használja a felismeréshez). A kommunikációnak ezen a szintjén a test, *a testi kontaktus, mint a kommunikáció eszköze* rendkívül hangsúlyos lehet.

A NAPTÁR, A TÁRGYDOBOZ HASZNÁLATÁNAK BEVEZETÉSE. A beléjük helyezett tárgyak segítik az események anticipálásának képességét, lehetőséget adnak a programmal kapcsolatos kommunikációra. Ezt az elkészített struktúrát felkínáljuk a gyermek számára, és a továbbiakban a kezdeményezést át kell engednünk neki. A folyamat úgy építkezik, hogy mindig újabb tevékenységeket kínálunk. A haladásnak, a továbblépésnek mindig ez lesz az eszköze. Használatát soha nem erőltethetjük rá a gyermekre. Ha átvesszük a kezdeményezést, és a gyermek belátáson alapuló egyetértése a helyzetben csökken, a kommunikáció könnyen megszakadhat. A gyermek úgy értelmezheti a helyzetet, hogy az ő közlésére, kívánságára nem vagyunk kíváncsiak, nem érvényesül. Abból is probléma adódhat, ha a gyermek minden közlésére azonnal megkapja a kívánt választ. Ezzel a viselkedésünkkel hosszú távon akadályozhatjuk az együttműködő magatartás kialakulását.

KÉPI SZIMBÓLUMOK, JELBESZÉD ELEMEK. A konkrét tárgyi jelek szintjét követi a jelek, *képi szimbólumok*, esetleg a *jelbeszéd elemeinek* bevezetése. Ezen a szinten komoly absztrakciós képességet tételezünk fel a gyermekről. Képi szimbólumok csak akkor alkalmazhatók, ha a gyermeknek megfelelő a funkcionális látása a kép észleléséhez. Természetesen a képminőségnek mind részletezettségében, mind színeiben, a kontraszt használatában, méretében stb. a gyermek vizuális képességeihez kell alkalmazkodnia. A képek először festett, rajzolt szimbólumok. Később a fotók is eszközzé válhatnak. Az egész folyamat során mindig használjuk a hangoztatott beszédet.

Szóképek bevezetése, egyeztetése a tárgyi, ábrázolt szimbólumokkal. A szóképek készülhetnek síkírásban és Braille-írással.

Siket jelnyelv és hangzó beszéd szintjén a tárgyi, ábrázolt szimbólumokkal, szóképekkel való egyeztetés történik. Természetesen az elérni vágyott cél a kifejezés képessége olyan formában, amely mások számára is érthető. Bármelyik megtanulására, alkalmazására válik képessé a gyermek, mindkettőt folyamatosan használni kezdjük, alkalmazzuk a fejlesztésben. A legkevésbé korlátozó forma a hangzó beszéd lenne, ez azonban nagyon hosszan tartó folyamat eredménye. Habár az egész kommunikációfejlesztés folyamán mindig használjuk a hangoztatott beszédet. Siketvak gyermekek esetében a kérdés nem úgy merül fel, hogy jelnyelvvel vagy beszéddel kommunikáljanak-e, hanem úgy, hogy segítsük őket hozzá valamilyen következetes kommunikációra alkalmas eszköz használatához. Ez az eszköz biztosítsa számukra szükségleteik kifejezésének lehetőségét, az összes benne rejlő korláttal és lehetőséggel együtt. Természetesen az egész *kommunikációfejlesztési folyamat kísérője a*

beszéd, a ritmus, a zene és a hangok. Ha ez nem így lenne, nem történhetett volna meg, hogy a gondozásunkban lévő gyermekek közül már a második kezdte el a hangzó beszédet használni kommunikációja eszközeként.

J. VAN DIJK MÓDSZERE A KOMMUNIKÁCIÓ FEJLESZTÉSÉRE. Jan van Dijk, aki a holland Sint Michielsgestel siketvak tagozatának vezetője – talán az európai szakemberek közül a legismertebb elméletalkotó, kortárs „nagy guru" – a kötődés kialakításával, a szimbolizációs folyamat serkentésével összekapcsolva fejleszti a kommunikációt. Módszere figyelmünket a kommunikációtanulás emocionális, szociális és kognitív komponensére irányítja. A következő részben bemutatjuk, hogy van Dijk a kommunikáció fejlesztésének egyes szakaszait hogyan különíti el, miképpen nevezi, és hogyan határozza meg:

– *gondozás:* meleg, figyelmes, biztonságos kapcsolat létesítése testtel;

– *rezonancia* (visszhangzás), ráhangolódás: belépünk a gyermek világába, nincs vagy alig van távolság a felnőtt és a gyermek között; kommunikáció tapintással (érzékelés), érintéssel és hanggal;

– *együttes tevékenység:* ez a rezonancia fázis kiterjesztése együttes mozgással, és közben felfedezzük a világot; kezdetben ne vagy alig legyen távolság köztünk, majd lassanként távolodjunk. Olyan dolgokat csináljunk, melyek kellemesek a számára; a felnőtt utánozza a gyermek testtartását, hangját stb. (követés), bármit is tesz; ha sikerült felkelteni a gyermek figyelmét, próbáljunk meg közeledni, pl. ölbe venni. Csak azt tegyük, amit ő (pl. ujjszopás, himbálózás); a foglalatoskodást beszéddel vagy énekkel kísérjük. Hagyjuk abba, amit csináltunk, és figyeljük meg a gyermek reakcióját: kéri-e, várja-e a folytatást;

– *ráhangolódás:* a napi foglalkozást a rezonancia fázis megismétlésével kell befejezni; minden nap fokozatosan vonjuk be a gyermek egy új mozgását az együttes tevékenységbe, ilyen módon tevékenységsorozatot alakítunk ki, és közben apránként növeljük a köztünk lévő távolságot. Amikor a tevékenységsorozatunk kialakult, egészítsük ki egy nagy tárggyal (pl. pad), majd egy kisebbel (pl. mackó);

– *nem ábrázolt referencia:* egymás testrészeinek összehasonlítása: valamelyik testrészünket megmutatjuk a gyermeknek, pl. az orrunkat, megnevezzük, a gyermek kezét irányítva megérintjük az ő orrát is. Az irányítás mértékét fokozatosan csökkentjük. A tevékenység végső fázisában a testrészek megmutatása egy harmadik személyen, vagy tárgyon történik, például babán; a gyermekről készítsünk méretarányos rajzot, több olyan mozgáshelyzetben ábrázolva, amit együtt végeztünk (fontos, hogy a részleteket is ábrázoljuk, pl. gombok, szemüveg, hallókészülék), hasonlítsuk össze a gyermek testrészeit a rajz részeivel; csökkentsük a rajz méretét, megtartva az összes részletet, majd hasonlítsuk össze a gyermek testével, a korábban ismertetett módon; a továbbiakban még jobban kicsinyítsük a rajz méretét és kevés-

bé legyen részletezett. Mindig hasonlítsuk össze; az utolsó lépésben egy sematizált emberrajz (pálcikafigura) részeit hasonlítjuk össze a gyermek testével;

– *utánzás:* minta másolása vagy reprodukálása testtel és rajzban; a mozgásutánzás egyszerűbb mint a testhelyzeté; az együttes cselekvés gondozási testhelyzetéből induljunk ki; vegyünk fel különböző szimmetrikus pózokat: a karjainkkal, lábainkkal, karjainkkal és lábainkkal egyszerre, később tárgyakkal is gazdagítsuk a tevékenységet;

– *ábrázolt referencia:* a szimbolikus szintű ábrázolás felé haladunk, a szimbólumokat összehasonlítjuk; pálcikafigurát rajzolunk a gyermek szeme előtt, majd lemásoljuk pontosan ugyanazt a figurát, ezután megkérjük a gyermeket, hogy hasonlítsa őket össze; rajzoljunk két újabb figurát, az előző pártól eltérőt, majd kérjük, hogy hasonlítsa őket össze; fokozzuk a feladat nehézségét, pl. újra szimmetrikus figurákat rajzoljunk, de az egyikről valamelyik testrész hiányozzon. Ezt a gyermeknek kell kiegészítenie; folytassuk különböző, egyre több rész kihagyásával; végül a gyermek rajzolja meg majdnem a teljes figurát;

– *természetes gesztusok:* ez a fázis nélkülözhetetlen a formális nyelv elsajátítása előtt; a gesztus, amire építünk, természetesen jelenik meg a gyermek mozgásában, egy tárgy vagy cselekvés reprezentációjaként; ezt a gesztust megerősítjük és olyanná alakítjuk a helyzeteket, hogy a gyermek megismételhesse és mi újra megerősíthessük (van Dijk, é. n.).

A KOMMUNIKÁCIÓFEJLESZTÉSRŐL MÁSKÉPP. Van Dijk azon a szinten fejezi be kommunikációfejlesztési módszerének leírását, ahol mi a kommunikációfejlesztés szakaszainak ismertetését elkezdtük. Módszerének vázlatos ismertetésével az interperszonális helyzetbe ágyazott szimbólumfejlesztést, mint a magasabb szintű kommunikáció előkészítésének fázisát kívántuk bemutatni. Ez a rendkívül érdekes és szokatlan megközelítés közel áll gondolkodásunkhoz. Fontosnak tartottuk bemutatását azért is, mert „integrálja" a siketvaksággal élők fejlesztésének összes korábban bemutatott, felsorolt területét. A módszer egy az egyben természetesen csak akkor követhető, ha a gyermek funkcionális látása ezt lehetővé teszi. A látás teljes hiányában nem vagy csak nagy szakértelemmel adaptálható. Nem alkalmazható a fejlesztés összes ismertetett szintjén sem, de a filozófiája adaptálható. Nagyon fontos szempont ez, hiszen a legtöbb szakirodalom a képességek vizsgálatát és a fejlesztési folyamatot funkciókra bontva végzi. Mi nem értünk egyet ezzel a megközelítéssel. Mi a kommunikáció fejlesztéséről hasonlóan gondolkodunk mint van Dijk. Integráltan, más funkciókkal együttesen és élethelyzetekben alkalmazzuk. Ez biztosítja szerintünk a fogalmak körének, a gondolkodásnak a fejlesztési lehetőségeit olyan módon, ahogyan a veleszületetten siketvaksággal élő személyeknek szükségük van rá. Azt hiszem mindannyian, amikor macskára gondolunk, látjuk a cirmos, vagy más színű (általában olyan, amilyen a legközelebb állt hozzánk), négylábú, sárga szemű és hegyes, többnyire hegyezett fülű állatot magunk előtt, halljuk nyávogását és dorom-

bolását. Kezünkben érezzük puha szőrét és hegyes karmait, a vibrációt, amit dorombolása kelt. A tapintásunk, hallásunk és látásunk egyaránt hozzátett ahhoz a dologhoz, ami fogalmi szinten a macska számunkra, aminek nyelvi jelekként használjuk a macska, cica, kandúr, cat, Katze stb. szavakat. De mi köze a macskához annak a rajznak, vagy képnek, amivel őt nyelvfejlesztés céljából szimbolizáljuk a foglalkozáson? Mit szimbolizálunk? Milyen ismeretei vannak a siketvak gyermeknek a macskáról, hogyan tudja ezeket a fogalmakat megfeleltetni annak, amit a szimbólumkártyán lát, a szóval, amit közben kimondunk? Az a dolog, amit megtanul macskának nevezni, ugyanaz a dolog, mint amit mi nevezünk macskának? A fogalmak bővítésében nagyon fontos elvnek tartjuk, hogy a gyermek tapasztalataira építve, azok gazdagításával együtt fejlesszük a nyelvi eszközt, amelyet kommunikációra használ, ezzel segítjük hozzá ahhoz, hogy a tárgyi környezetben könnyebben eligazodjon. Ez talán az egyik legfontosabb szempont, amit állandóan szem előtt kell tartanunk a siketvaksággal élő gyermekek pedagógiai kísérése során. A siketvak gyermeknek olyanok a fogalmai, olyan a tudása a világról, amilyenre lehetőséget adunk neki, amilyennek mi tanítjuk. A kommunikációfejlesztés annyira központi tevékenység a siketvak gyermek fejlesztésében, hogy gyakran „szem elől tévesztjük miatta az erdőt". Elfelejtjük, hogy a kommunikációt általában arra használjuk, hogy valamit közössé tegyünk, másokkal osztozzunk például gondolatainkon, érzéseinken. A kommunikációt azért fejlesztjük, hogy hozzásegítsük a siketvaksággal élő gyermeket egy olyan eszközhöz, amely lehetővé teszi számára a tárgyi és személyi környezetével való folyamatos interakciót. Ez a siketvak gyermekek fejlesztő diagnosztikájának és pedagógiai kísérésének lényegi célja és feladata.

Befejezésként

Szeretnénk a gyermekeket komplex, stimuláló környezetben látni és nevelni. Olyan környezetben, amelyben mindennek és mindenkinek megvan a helye és szerepe. Amely egyszerre ad és elvár, együttműködést, részvételt igényel, együttműködést, mert minden kölcsönösségen alapul. Amely látja az emberi „hibákat", akár fogyatékosságnak nevezik, akár másképp, de mégis inkább az embert veszi észre: Gyulát, Renit, Dávidot, Dorkát, Annamarit és a többieket.

Irodalom

ALSOP, L. (1993) *Resource manual for Understanding and interacting with infants, toddlers, and pre-school age children with deafblindness*. SKI*HI Institute Department of Communication Disorders, Utah State University, Logan, H.O.P.E., Inc.

ÁBEL A. (1993) *Siket-vakok gyógypedagógiai megsegítésének helyzete hazánk-*

ban. Szakdolgozat. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

CUDb – THE CENTRAL UNIT for the DEAFBLIND. (1999. 09. 17)

DAVISON, M. (1988) *Staff development and deaf-blind children*. University of Birmingham, England.

van DIJK, J. (é. n.) *Facilitating communication*. (Kézirat)

GOODE, D. (1994) *A World without Words: Social Construction of Children Born Deaf and Blind*. Temple University Press, Philadelphia.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1977) *Előszó*. In: Helen Keller: *Csöndes, sötét világom*. Pont Kiadó, Budapest, 5–19.

GÖLLESZ V. (1985) *Gyógypedagógiai rehabilitáció*. Tankönyvkiadó, Budapest.

KEDL M. (1996) *A súlyosan akadályozottak fejlődésének elősegítése*. In: Lányiné Engelmayer Á. (szerk) *A súlyos és halmozott fogyatékossággal élő gyermekek fejlesztése, a képzési kötelezettség teljesítése*. Országos Közoktatási Intézet, Budapest, 40–173.

KOVÁCS Cs. (1973) *A látási fogyatékosok neveléstana*. Tankönyvkiadó, Budapest.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1997) *Szócikkek: halmozott fogyatékosság, halmozottan fogyatékosok, halmozottan fogyatékosok nevelése*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon I–III*. Keraban, Budapest. I/636–638.

McINNES, J. M. & J. A. TREFFRY (1984) *Deaf-blind Infants and Children: A Developmental Guide*. University Of Toronto Press, Kanada.

MIHÁLYIK SZ. (1870) *A Vakokról*. Az 1870-es kiadás fakszimile kiadása 2000-ben. Vakok Általános Iskolája és Diákotthona, Budapest.

MILES, B., RIGGIO, M. (1999) *Remarkable conversations. Watertown, Perkins School for the Blind, MA*.

MILES, B. (1999.09.28.) *DB-LINK Fact Sheet*,

NAFSTAD, A., RØDBROE, I. (1999) *Co-creating communication*. Forlaget Nord-Press, Droninglund, Denmark.

NUD (1993) Forlaget Nord-Press, Droninglund, Denmark.

SIKET-VAK? (1994) Tájékoztató füzet szülők számára. Siket-vakok Országos Egyesülete. Budapest.

Hatos Gyula

19.

Értelmi akadályozottsággal élő felnőttek pedagógiai kísérése

Felnőttképzés – idősgondozás

Az a hatalmas átalakulás, amely a 19. század közepétől egészen napjainkig világunkban gazdaságilag, technikailag és bizonyos fokig társadalmilag végbement, a mindennapi életet, az emberek közötti kapcsolatokat, a munkát teljesen megváltoztatta. Folyamatos kihívás, próbatétel ez az emberek számára, akiknek elődei a felnőttkort, mint a megállapodottság, biztonság idejét élték meg. A kihívásra, hogy a változó körülményeknek, környezetnek felnőttként is meg tudjunk felelni, egyik feleletet a neveléstudomány részéről *„a felnőttképzés"*, *az andragógia* adta meg, a 20. század egyik kiemelkedő gyógypedagógusa, Heinrich Hanselmann (1885–1960) fogalmazásában, az 1951-ben megjelent könyvében (Hanselmann, 1951). Az andragógia tudományos megfontolások alapján szervezett iskolai és iskolán kívüli nevelő, oktató, képző tevékenység. Pedagógiai válasz a társadalmilag dinamikusan változó életfeltételekre és szükségletekre. A felnőttképzés a változásokat felismerő ember permanens tanulási igényén alapszik, az önkéntesen vállalt tanuláson azért, hogy a felnőtt meg tudjon felelni a munkában vagy az egyéni életében jelentkező követelményeknek (Zrinszky, 1996; Durkó, 1988; Gordosné, 1986; Pákozdi, Tátrai, 1992).

A társadalom felnőtt tagjainak pedagógiai segítése mellett talán éppen azért, mert egyes társadalmakban emelkedik az idős emberek aránya, és ez számtalan problémát okoz, megjelent *a gerontagógia*, az idős emberek orvosilag, pszichésen, pedagógiailag történő megsegítése. E téren is neves gyógypedagógus, Walter Bachmann (1925–1992) kezdeményezéséről beszélhetünk (Bachmann, 1987).

Az idős fogyatékos emberekkel való foglalkozásra a felnőttképzésben új diszciplína önállósodott: *gyógypedagógiai andragógia* és *gyógypedagógiai gerontagógia*. *A gyógypedagógiai andragógia* értelmezése kissé eltér az andragógia szokásos értelmezésétől, amennyiben tágabban, *az életvezetés* megsegítése, az ismeretek átadása, a szakmatanulás elősegítése, a szabadidő gazdagítása („szórakoztató művelődés") mellett, kiemelten szerepel a személyközi kapcsolatok építése is, e fontos tevékenység kiemelt témaköreként (Mesterházi, 1997).

Az értelmi akadályozottsággal élő emberek felnőttkora

A felnőttkor az ember életének középső, legaktívabb alkotó, önkiteljesítő szakasza. Ebben az időszakban jut el az ember ahhoz, hogy kijelölje helyét a világban, pályát, hivatást válasszon, megtalálja élete párját, akivel átadja az életet utódainak, amint azt ő is kapta szüleitől.

A felnőttkor, és benne a személyiség kiteljesedése azonban nem egy állomás az életúton, hanem az életen át tartó *tanulás* jellegzetesen alakuló eredménye, amely a saját élet és mások élete összekapcsolódásának aktív, cselekvő szakasza. A folyamat igények és lehetőségek állandó találkozása, küzdelme közepette zajlik, beleértve a folyamatosan ható gazdasági összefüggések kényszerét is.

A felnőtté válás és a felnőttkor leírása, értelmezése az *értelmileg akadályozott*, vagy ahogyan régebben átfogóan neveztük az értelmi fogyatékosok körében azóta, hogy a szakemberek tudatosan a fogyatékos, sérülten fejlődő gyermekek mellé álltak, csak lassan kezdett kibontakozni.

Leírásokban, intézményi beszámolókban már a századelőtől megjelentek a felnőtt fogyatékos emberek is, mint akik az adott gyógypedagógiai intézet növendékei voltak és felnőttkorukra ott maradtak a házkörüli munkákban, gazdaságokban segítőknek. A középsúlyosan értelmi fogyatékosok problémái még az 1960–70-es évek szakirodalmában is úgy jelentek meg, mint *„az intézeti gondozottak"* problémái, javarészt a munkába állítás kapcsán. Az első „jelzések" a dunakeszi szociális foglalkoztató intézet vizsgálódásaiban jelentkeztek (Göllesz, Horányi, 1968; Király, 1994).

Tudjuk, hogy ezeket a fiatalokat sem a család, sem a környezet *nem tekinti úgy, olyan érettnek, mint a hasonló korúakat. A szülők*, ha lehetséges, még jobban vigyáznak rájuk. Igyekeznek távol tartani tőlük mindazt, ami veszélybe sodorhatja őket befolyásolhatóságuk, kritikátlanságuk miatt. Az elhúzódó serdülőkor néhány jellemzőjét is, ami másoknál természetes, náluk riasztónak, megdöbbentőnek tartják, nem ezt várták „gyermekded" lelkű csemetéjüktől (Krausz, 1992).

E korszak fontos *különbsége* az átlagos fejlődésmenettel szemben, hogy az egyszerű, nem egyszer környezetében is „kisgyermekesen" nevelt ifjak életéből *kimarad* az ifjakat jellemző tervezgetések, felkészülés időszaka. A hivatás, a foglalkozás választása, általában a jövő elképzelése nem az ő, hanem a *szülők gondja*. Nem is veszik a szülők komolyan, ha a gyermek, fiatal jelzi kívánságait, elképzeléseit, ők nem hivatást, önmagukat alakító törekvéseket, csak elfoglaltságot, munkát, védelmet és felügyeletet keresnek gyermekük számára a felnőttkorba lépő életszakaszban is (Krausz, 1992).

Közben a 18–20 éves fiatalember, fiatal nő, amikor kikerül az iskolából, *„átéli léte bizonytalanságát"*. Sok olyan kérdéssel találja magát szembe, amire alig kap választ, észreveszi saját kirekesztett állapotát és azt, hogy környezete nem is kíváncsi másra, mint arra, mennyire teljesíti, amit mondanak neki.

Környezetük nemritkán tévesen ítéli meg jelzéseiket, kívánságaikat „Nem is kell azt komolyan venni, úgysem képes rá" megjegyzéssel. A szülők bizonytalanok: mi lesz, ha nem tud megfelelni, megbízhatok-e benne, a nagyobb önállóság kapcsán vállalhatom-e a kockázatot. Ezek a gondolatok gyakran foglalkoztatják a szülőket, nevelőket, gondozókat. A fiatal ellenkezésében megjelennek az önállósulás jelei és elkezdődik *„a rejtett kérdések felvetése"* (Bruckmüller, 1988). Az értelmileg akadályozott fiatalok önmaguk számára nagyon ritkán tudnak megfelelő választ találni, a szülőkkel való vitákban nincsenek érveik, ha egyáltalán veszik maguknak a bátorságot az ellentmondásra. Így azután kedvetlenné válnak, rossz lesz a közérzetük. A környezet a megnyilvánulásokat nemritkán szívesebben tulajdonítja az értelmi fogyatékosság következményének, és nem a lelki feszültség, kielégítetlenség kifejezéseként értelmezi.

Gyakran a fiatalember is azt érzi csak, hogy környezete elutasítja, nem törődik vele, kirekeszti, kevesebbet szabad neki, mint másnak, akár a testvérének is.

Az értelmileg akadályozott fiatalok életében még erősebben érvényesül a függőség és az alárendeltség. A túlzásba vitt védő, óvó magatartás megmarad a családban, *„a tömegben gondozottság"* pedig az intézetekben. Mindkét forma gátolja az egyén kibontakozását, önállóbbá válását.

A felnőtté váláshoz Bruckmüller (1996) szerint a következő feltételek szükségesek:

1. Az akadályozott emberekkel való kapcsolatban a szoros egymásra utaltságot lassan enyhíteni kell, eltávolodásra van szükség. Az értelmileg akadályozott ifjúnak is – ha sokkal később is, mint kortársai – rá kell lelnie önmagára, és képesnek kell lennie másokkal is tartós kapcsolatot kiépíteni.

2. Az értelmi akadályozottsággal élő gyermekek sokszor csak nagyon megkésve jutnak el oda, hogy módjuk legyen *választani és dönteni* bármilyen egyszerű és mindennapi helyzetekben, cselekvésekben és tárgyak között. Lenne rá lehetőség, de a nevelés, a velük való foglalkozás folyamatában valahogy elsikkadnak ezek a mozzanatok.

3. Nehéz döntés előtt állnak az értelmileg akadályozott emberek kísérői, amikor az életet extrém függőségben élő ember számára is biztosítani kell az önálló cselekvés akár csak szűkösen vett lehetőségét. Miben és hogyan juttathatjuk őket önállósághoz? *Önállóságot* kell adni, ahol ez nem veszélyezteti a gyermek, a fiatal életét, ahol a beavatkozás a gyermek tevékenységébe, életébe nem feltétlenül szükséges. *Az önállóságra nevelésnek* tudatos törekvésnek kell lennie a felnőtt életre nevelés folyamatában. Az önálló cselekvési lehetőségek sokféle formája adódik, innen még hosszú út vezet az akár csak részleges önálló élethez, az önrendelkezéshez.

4. A felnőtté válás mindenkor magában hordozza *a felelősség és a kockázat* elemeit is. Az önállóság csak akkor válik érthetővé az ember számára, ha amit saját döntése alapján választ, tesz, azért felelősséggel is tartozik, megtanulja, hogy arról számot kell adnia, azzal szembe kell néznia. Ismernie kell a cselekedetek következ-

ményeit. Ha valaki vállalja – mondjuk egy lakóotthonban – hogy a konyhát bizonyos ideig ő tartja rendben, akkor nemcsak az ételek felszolgálásáért, a mosogatásért, az edények elrakásáért felelős, de a kövezet feltörléséért, a csapok elzárásáért, a teljes rendért is felelősséggel tartozik. A felelősség mellé kockázat is járul. Mosogatás közben eltörhet egy tányér, a felmosással esetleg saját épségünket is veszélyeztetjük, ha síkos marad a padló. Az élethez sokféle kockázat tartozik, de az is, hogy tudjuk, mikor, mennyit vállalhatunk. A felelősség vállalására, a kockázatok felismerésére, nemcsak a felnőtt életre való felkészítésben kell gondolni. Ez a nevelés szerves része, már gyermekkortól kezdve.

A előzőekben inkább arról volt szó, hogy mi, akik társunknak tekintjük az értelmi akadályozottsággal élő felnőttet, vele együtt akarjuk segíteni élete kibontakozását, megölteni tartalommal, *mit tapasztalunk*, hogyan látjuk felnőtté válását, mit tartunk e folyamat feltételeinek.

Ma azt tartjuk helyesnek, hogy róluk, nélkülük ne beszéljünk, még akkor sem, ha saját létükről, vágyaikról, érzéseikről, terveikről nehezen tudnak szólni. Ha ugyanis nem együtt, velük határozzuk el magunkat valamire, könnyen juthatunk hamis megismerésre. Vanier (1999) is akkor jutott számos életkérdés megválaszolásában legközelebb a megoldáshoz, amikor már évek óta nem felügyelőként, gondozóként, hanem barátként együtt élt velük.

Az értelmi akadályozottsággal élő emberek saját felnőttségükről

A gondozás, a védelem, a foglalkoztatás alapjában véve kívülről, felülről irányított. Számol azzal, hogy miben, miért, hogyan jelenik meg az igény rá, de kevésbé veszi figyelembe, hogy akit véd, gondoz, foglalkoztat, az hogyan éli meg a vele történteket. E folyamatokban megjelenhet a gondoskodás tárgyának tekintés, a személy mint embertárs elhanyagolásának, leértékelésének veszélye, az, hogy a szakember saját szakmai képére építve leszűkíti, gátolja az értelmi akadályozottsággal élő személy belső kibontakozását.

Azért, hogy ne kerüljünk ilyen tévútra, tovább kell lépnünk, belülről kell megismernünk akadályozott embertársainkat, hogy feltáruljanak az akadályok, a falak, amelyek elzárják őket a másik embertől, gyakran még közvetlen hozzátartozóiktól is. *Vanier* írja működése kezdetének idejéről: „Együtt laktunk. Mindent közösen végeztünk – főzést, házimunkát, kertészkedést. Hármasban sétáltunk. Idővel mind világosabbá vált számomra, micsoda szenvedéseken mehettek keresztül ezek az emberek; mekkora fájdalmat okozhatott nekik az, hogy szüleik és környezetük számára létük csak csalódást és kudarcot jelentett, soha nem kapták meg az értékes em-

beri lényt megillető tiszteletet és megbecsülést. Megértettem, hogy barátokra vágynak, és arra, hogy amennyire lehetséges, úgy élhessenek, mint a többi ember". Majd kiemeli: „...áthatolhatatlan fal választotta el őket azoktól, akiket – kegyetlen megkülönböztetéssel – ‚normális' embereknek nevezünk. ... Azt is megértettem, hogy tiszteletben kell tartanom szabadságukat, és meg kell adnom nekik a döntés lehetőségét" (Vanier, 1999, 8).

A tisztelethez hozzátartozik a megértés. Felismerése annak, hogyan látja a másik a világot, mik a szükségletei, érzelmei, szándékai. Hogyan éli meg saját helyzetét, és hogyan juthat el annak felismeréséig, mi az értelme annak, amit tesz, miben szeretne előbbre jutni, mi akadályozza ebben.

Az utóbbi két évtizedben az értelmi fogyatékosokról szóló írásokban sorra jelentek meg vallomásaik. Nálunk Krausz (1992) idézi őket leginkább, külföldön kiemelkedik Wendeler (1992), Bruckmüller (1988) munkája.

A szakembernek, de a velük élő barátnak is tudnia kell, hogy az akadályozottsággal élő emberek életéről kialakított képe – lehet az nagyon szakszerű, vagy csak jó szándéktól vezérelt – de a *kívülálló* szemléletét tükrözi, és külső megnyilvánulásokból szerzett tapasztalatokra épít. Mindezért az életminőségüket érintő kérdésekben – ahol és amennyiben lehetséges – *az akadályozott* emberek *nézőpontjának*, szükségleteinek kell érvényre jutnia, őket kell meghallgatni, velük kell megbeszélni, amit tenni szándékoznak megsegítésükre.

Hallgatva őket megjelenik az „etikett" vagy a „stigma" leküzdésének két legáltalánosabb módja: a *támadó (offenzív) elhárítás*, elfogadja a minősítést, de annak hatását lebecsüli („értelmi fogyatékos vagyok, de az nem rossz"), vagy *védekező (defenzív) hárítás*, tudja, hogy környezetében fogyatékosnak tartják, de magára nézve vitatja ezt a megállapítást („rossz értelmi fogyatékosnak lenni, de én nem vagyok az").

Nagyon különféle véleményeket hallhatunk: attól kezdve, hogy egyesek számára nem tudatosul fogyatékos állapotuk, és ha sajátosan érzik is (szenvednek tőle), de nem tudják összekapcsolni az olyan kifejezéssel, mint az értelmi fogyatékosság, egészen addig, hogy küzdenek a fogyatékossá minősítéssel szemben. Sokáig azt hittük, hogy ez a küzdelem csak az enyhén fogyatékosok világában jelenik meg. Ma már tudjuk, az értelmi akadályozottsággal élők között is él, különösen akkor, ha nem túl szoros felügyelet alatt élnek, környezetükből állandó és sokféle hatás éri őket (például családban élnek, védő műhelyekbe járnak, közben megfordulnak utcán, közlekedésben, boltokban). Sejtik, és részben érzik is, mit jelent a fogyatékos szó, nagyon nehéz azonban annak tartalmát is feldolgozni. Nem annyira gyengeségeik, lassúságuk, szeleburdiságuk, ügyetlenségük vagy tudatlanságuk az, amitől szenvednek, hanem az, hogy elismertségüket, megbecsültségüket veszítették el azzal, hogy ilyen fogalmakat alkalmaznak állapotukra.

Fontos számukra, hogy gyengeségeik ellenére *ne fogyatékosnak tekintsék őket*, hanem úgy, mint másokat, mert nekik „csak kis hibáik vannak".

Megrázó, esetenként hihetetlennek tűnő megnyilatkozásokat olvashatunk, hall-

hatunk. Két Down-szindrómás fiatalember, Jason és Mitchel írja: „a Down-kór életed része. Ha fájdalmadat meg akarnád szüntetni, nem tudod, a fájdalom marad. Az egyetlen, amit tehetsz, hogy együtt élsz vele, vesd el aggodalmaidat és nézd az élet jó oldalait" (Kingsley, Lewitz, 1994, 23.). Egy francia hölgy, szülők és szakértők – orvosok, pszichológusok, gyógypedagógusok – előtt megrendítően mondta el saját szavaival, mennyi küzdelemben volt része – környezetével és önmagával –, míg eljutott odáig, hogy elhatározza „letépi magáról a fogyatékosság címkéjét" (A lyoni konferenciáról, 1990, 25.).

Akár tragikusnak is nevezhető, hogy ezek az emberek megértették: a mi társadalmunkban a szociális elismerés és megbecsülés a teljesítménytől (anyagi sikertől) függ, ami kilátástalanná teheti az ő elismerésüket. Közülük egyre többen harcolnak azért (vagy csak vágynak rá csendben), hogy „normálisnak" számítsák őket, *úgy tekintsék, „mint a többi embert"*.

A nyilatkozatok az egyenlő jogokról, az emberi méltóságról üres szavak maradnak, ha nem segítünk elérni eme – jogos – kívánságukat, nem segítünk megélni embertársi, baráti viszonyukat.

A gyámolítás, gondozás, védelem – a 20. század első fele gyógypedagógiai szemléletének kulcsfogalmai – tehát újraértékelendők, tartalmuk átgondolandó, új, módosult értelmezés – és gyakorlat – kell e tevékenységhez.

A pedagógiai kísérés igényét, gondolatát és kibontakozó gyakorlatát e tanulságok hívták létre.

A PEDAGÓGIAI KÍSÉRÉS ÉRTELMEZÉSE

Az értelmi fogyatékos felnőttekre a magunk mögött hagyott század ötvenes éveitől irányult a figyelem, bár egyéni próbálkozásokról már a harmincas évekből vannak híradások. Először munkahelyeket, elfoglaltságot, ellátást és lakást kerestek nekik. Ilyenek *Bárczi Gusztáv* és *Illyés Gyuláné* kezdeményezései az állami gazdaságok melletti telepek létrehozására (1953). A következő évtizedtől már megjelent a védő munkahelyek sajátos problematikája (Göllesz, 1967, 1972), majd a bejárásos napközik, a klubok szervezése. Az egyik legutolsó fejlemény a kiscsoportos lakóotthonok ajánlata (Krausz, 1985; Lányiné, 1999; Zászkaliczky, 1998), a tartós bentlakást nyújtó intézmények (intézetek) tartalmi munkájának megfogalmazása (Stollár, 1982), valamint újabban ezen intézmények átalakítása (Demeter, 1998; Stollár, 1998).

Mindezen folyamaton belül a szülők, az intézmények munkatársai, a felnőttekkel foglalkozó gyógypedagógusok számára állandóan jelen lévő kérdések a következők: hogyan lehet tartalommal megtölteni a felnőtt közösségek életét, hogyan lehet benne az egyének életét értelmessé, gazdagabbá tenni, milyen segítséget kell ehhez nyújtani?

Az értelmes, tartalmas életre vonatkozó válaszok a *családban* fogalmazódnak meg, hiszen az értelmileg akadályozott felnőttek többsége családban marad, de bi-

zonyos fokig hasonlóan, mint a nappali ellátást nyújtó és tartós bentlakást adó *intézményekben*. Van azonban az így felmerülő kérdésekre átfogóbb válasz is, amely a fogyatékos ember méltóságából, élete szükségleteiből, önmaga gazdagításának igényéből, az ő számára is megadható teljes emberi élet elősegítéséből ered.

Az átfogóbb választ napjainkban az életkísérés vagy *a pedagógiai kísérés* fogalmába próbáljuk meg sűríteni.

Az életkísérés, pedagógiai kísérés abból vezethető le, hogy mennyire ismerjük, akit kísérünk, mit tudunk felnőtt életéről – amint azt az előzőekben láttuk – és hogyan tudjuk segíteni.

A szakemberek egyes állásfoglalásaikban, a segítés, védés létjogosultságát főként abban látják, hogy a fejlődésmenet hiányait, a sérülés káros következményeit enyhítsék, és csak erre összpontosítanak. Más utat követnek akkor, ha magát a sérülés belső, emberben megjelenő tényezőit a külső környezettel, a környezettel való kölcsönhatásban, a szociális térben határozzák meg és életük értelmét *az ember élete egész összefüggésébe ágyazottan* kísérlik meg értelmezni. Ez utóbbi szemléletben már nem maga a fogyatékosság, hanem annak az egész személyiségfejlődésre gyakorolt hatása, az élet tartalmas, értelmes megtöltésére irányuló törekvés áll a középpontban.

Az elmúlt három évtizedben a felnőtt értelmileg akadályozott emberek ellátásában a szakirodalomban leginkább *a gondozás, a foglalkoztatás, a nevelés* fogalmakat használták.

A gondozás még ma is a leggyakrabban megjelenő fogalom; főként a jogszabályokban, ahol a tevékenység jellemzésére szolgál. „A szociális intézeti gondozás – írja Király (1994, 6.) – a beutalt számára *sajátos életforma*, azon élmények összessége, amelyben él... Az intézeti életforma társadalmi életünk pedagógiai szempontú tudatos, szervezett leegyszerűsítése, átkomponálása egy megtervezett környezetre. Olyan világ ez a beutalt számára, melynek nehézségeit legyőzheti, bonyolultságában lépésről lépésre kiigazodhat, amelyet felfedezhet, birtokba vehet, ahol társakra és otthonra lelhet." Göllesz és Horányi (1968) az intézeti gondozás alkotóelemének tekintette a nevelést, és a neveléshez, foglalkoztatáshoz sorolta mindazokat a tevékenységeket, amelyek alkalmasak lehetnek a személyiségformálásra.

A nevelés helyett ma már sokkal inkább az *életkísérés, pedagógiai kísérés* fogalmakat használjuk.

Mennyiben több, és más felfogásunkban a pedagógiai kísérés? Erre jó kiindulópontul szolgál az a szemléletváltás, mely az értelmileg akadályozott emberekkel való foglalkozásban végbement és a meglévő pszichés, szociális és fizikai nehézségek leküzdésére *más válaszokat* kínál.

Ezek:

– a tehetetlenség, a függőség enyhíthető, a függőség nem kizárólagos antropológiai jellemző;

– az értelmileg akadályozottak fejlődési és tanulási lehetőségei felnőttkorukban is megmaradnak, életük végéig;

– felnőtt művoltuk sajátosan, saját kibontakozási lehetőségeik szerint alakul;

– környezetüket az átlagos életfeltételek szerint, természetes közösségi kapcsolatokat felhasználva kell alakítani;

– ők maguk is kívánják az együttműködést, kellő támogatással terveket szőnek, kívánságaik vannak;

– értékek, pozitív emberi tulajdonságok hordozói;

– a felnőtt élet mindennapjainak különös fontossága van abban, hogy korábban a nevelésben kialakított értékek, ismeretek, szokások ne csak „szinten tartódjanak", hanem életüket gazdagítsák, problémáik megoldásában segítsenek.

Amikor az értelmi akadályozottsággal élő emberek kíséréséről, nem pedig gondozásáról beszélünk (illetve a gondozás fogalmát szűkebb értelemben vett kiegészítő tevékenységekre használjuk), akkor egy újonnan értelmezett *segítő, támogató szerepről* szólunk. Ebben a szerepben megtalálhatók a támogatás és a védelem elemei is, de a kiindulópont változott: kísérünk valakit, akit tisztelünk, egyenjogúnak fogadunk el, de ugyanakkor tudjuk, hogy ő ránk szorul.

Új ebben a szerepben tehát a kapcsolat minősége ember és ember között. A kísérés fejezi ki legjobban, hogyan kell felfogni a segítő, a munkatárs szerepét. Támogassa az akadályozott embert, amikor szükséges, de húzódjon vissza, ha erre már nincs szükség.

A kísérés a mindennapokban is *természetes kerete* az együttélésnek, a családban, a rokoni körben, barátoknál.

A kísérés partneri *együttműködést* kíván akkor is, ha az egyik fél gyenge, vagy ha szülő-gyermek kapcsolatról van szó. A partnerséget nem szoríthatja vissza a beosztásbeli, ismeretbeli különbség sem.

A kísérésben fontos, hogy *a kísérő tanítsa meg együtt élni másokkal* az akadályozott embert. Az együttműködésre éppen úgy vágynak, mint mindenki más, ők is társas lénynek születtek. Számos konferencián, beszélgetésekben, munkahelyen tapasztalhatjuk, hogy az értelmi akadályozottsággal élő embereknek van véleményük, sok fontosat, hasznosat, jót tudnak mondani életformájukról. Csak úgy tudnak velünk együtt élni és mi velük, ha részt veszünk életükben, és nemcsak irányítjuk, utasítjuk őket, megszervezzük életüket, hanem hagyjuk részt venni lehetőségeik szerint a mi életünkben is. Az a jó, ha mindenki tud adni valamit a társának, és ha kap is a másiktól.

Az értelmi akadályozottsággal élő felnőttek pedagógiai kísérése, a benne levő támogatás, segítség különféle formákban és intenzitásban, de *az egész életüket átfogja*.

A TÁRSADALMI SEGÍTSÉG TERÜLETEI FELNŐTTKORBAN

Mely területekre terjedjen ki hangsúlyozottan a pedagógiai kísérés?

– a személyes létre, az élet tartalommal való megtöltésének (elégedettség megélésének) elősegítésére;

– a személyi tér sajáttá válásának elősegítésére, arra, hogy otthon érezze magát benne anélkül, hogy akadályozottságát élné meg;

– eredményes, önmegvalósítást elősegítő foglalkoztatásra, munkára;

– érzelmeinek, élményeinek gazdagítására a művészet eszközeinek segítségével;

– közösségi védelmükre: a jogban, gazdaságban, közéletben.

A SZEMÉLYES LÉT TÁMOGATÁSA, KÍSÉRÉSI, FEJLESZTÉSI TERVEK

A személyes létben való kísérés területe talán az egyik leghangsúlyosabb és bizonyos fokig új terület a felnőtt akadályozott emberek ellátásában. Itt van igazán szó arról, hogy barátként állunk mellette, nem utasítani, hanem támogatni akarjuk abban és úgy, ahogy szüksége van rá.

Az értelmi akadályozottsággal élő felnőttek belső világáról még kevés tapasztalatunk van. Ezen a téren a hagyományos „gondozási tevékenység" sem sokra jutott. Legfeljebb a nagyobb csoporton belül egyeseket az a szerencse ért, hogy közelebb kerültek a gondozójukhoz, és így róluk az többet tudott.

„A mindennapos élni akarás" is feladat, amihez segítségre van szükség. Értelmi akadályozottsággal az emberek rendkívül egyszerű életet élnek. A kísérés során adott ösztönzések, biztatások, erősítések nagyon sokat segíthetnek abban, hogy a hézköznapokat változatossá, örömtelivé tegyék, lendületet adjanak és biztassanak arra, hogy ez a szimpla világ megtelhet színnel, örömmel.

De *„lelki segítséget"* igényelnek az érzelmi életben, a belső intimitásban megjelenő problémák is.

Még ma is – ott is, ahol a pedagógiai kísérés szemlélete erősebben jelentkezik – a személyes létben való támogatás leggyengébben a szociális tanulási területen működik. Ausztriában az otthonokban, műhelyekben például hatféle támogatási rendszert ismernek (Gunzburg, Whelan, Walujo és mások), de csak ezekből kettő helyezi a hangsúlyt a segítő és lakó közti együttműködésre, ezek hatásának tudatos felhasználására (Bruckmüller, 1988). Így azután az értelmi akadályozottsággal élő felnőtt magára marad. A hagyományos nevelői-gondozói modellben az ilyen támogatásra alig jut figyelem és idő. Igaz, a támogatásnak, gondozásnak az a módja, amit mi *kísérés*nek nevezünk, költséges, mert jól kiképzett munkatársakat igényel. Ha azonban elmarad, a személyiség kibontakozása látja kárát.

A közösségi élet szántalan konfliktusa és azok feloldása a pedagógiai kísérésben folyamatosan jelentkezik. A kapcsolatban, mely például a munkahelyi kísérők feladatát is betöltő csoportvezető és az ott dolgozó ember között fennáll, keletkezhet nehézség akkor is, ha nem kíséri elegendő figyelemmel az akadályozott embert, nem fogadja el, és nem szereti kellőképpen, a munkás pedig úgy érzi, hogy háttérbe szorul, elhanyagolják. Nehézséget jelenthet, és tiltakozást válthat ki, ha azt tapasztalja, hogy mindig őt szidják, neki parancsolnak, és csak őt bírálják. Sokan érzékenyek a bírálatra, aminek az alapja nem kizárólag a fejlődési visszamaradottság, a fogyatékosság, hanem sokkal inkább a bizonytalan öntudat. A kísérőnek, segítőnek tehát finoman kell bánni a követelés és elismerés módszereivel ahhoz, hogy elnyerje az akadályozottsággal élő ember bizalmát és együttműködésre bírja.

A személyes lét gazdagítása, kibontakoztatása a felnőttképzésben sokféle úton eredményes, főképpen *a szabadidőben, a művészi tevékenységekben és a sportolásban*. Ezekre a lehetőségekre most nem térhetünk ki, csak jelezzük rendkívül fontos szerepüket.

Hogyan *tervezhető* meg mind ez a tevékenység?

Az utóbbi időben, főként az intézményes ellátás módszertani ajánlásai között éppen a személyiségfejlesztő és rehabilitációs célok megjelenése kapcsán találkozunk *„az egyéni fejlesztés"* igényével.

Az egyéni fejlesztés programjában azonban nem lehet több, és ne legyen kevesebb segítség annál, amit az a személy igényel. Ahogy ő egyre önállóbb lesz, úgy kell lépésről lépésre módosítani, csökkenteni a külső ösztönzéseket, biztatásokat, terveket.

A legújabb intézményi szabályozás már tételesen felsorol szempontokat a gondozással, ápolással kapcsolatos tervezésre, az egyéni fejlesztésre és a rehabilitációs programra (Stollár, 1998). A terveket az akadályozott felnőttek bevonásával dolgozza ki a gondozó munkacsoport. Részben munkájuk dokumentálását szolgálják e tervek, részben annak rögzítését, hogyan fejlődnek, alakulnak a rájuk bízott emberek.

A pedagógiai kísérés azonban *nem a diagnózis – terápia – prognózis* vonalán halad, elsődlegesen nem is a fogyatékosságra irányul, hanem az emberre, aki támogatásra szorul. A pedagógiai kísérő tőle kapja kiindulópontjait. A legújabb elvárások már számolnak ezzel az igénnyel. A *rehabilitációs otthonok* gondozói munkájáról szóló módszertani levél kiemeli azt, hogy a tervet az értelmileg akadályozott ember *aktív közreműködésével kell készíteni*, hogy tudja, mit miért kell csinálnia, hogy megértse, majdani érvényesülésének ez a feltétele (Stollár, 1998).

*Az egyéni fejlesztési terv*et, amely az egyén előrehaladását hivatott segíteni, a rendelkezés szerint félévenként értékelik, felülvizsgálják. Konkrétumai: ütemezi miben, hogyan foglalkoztatják a lakót, mire készítik fel, hogyan segítik személyes készségei kibontakozásában, esetleges konfliktushelyzeteiben.

Ugyanakkor veszélyeket is rejtenek magukban a tervek, ha csak adminisztratív, elszámolás jellegű, kényszerű tevékenységgé silányulnak, mert nem érződik a tevékenység tudatos kísérő jellege.

Az otthon az emberi élet egyik legfontosabb és legszemélyesebb tere: nemcsak keretet ad a pihenéshez, védelmet a környezet, a természet viszontagságaival szemben, de lehetővé teszi, hogy az ember biztonságban érezze magát, azokkal éljen, akik hozzá legközelebb állnak, szorosabb lelki szálakkal fűződnek.

Az otthon, a saját lakás joga minden embert megillet, azokat is, akik önerejükből nehezen, vagy egyáltalán nem lennének képesek kialakítani, fenntartani.

A fogyatékosok otthonainak belső szervezettsége sokáig távol esett a közösség átlagos életformájától. Az értelmi akadályozottsággal élő felnőttek éppen azért, mert nem képesek saját otthont teremteni, *a családban* maradtak. Ellentétben nem akadályozott kortársaikkal, nem is vágynak önálló otthonra, félnek tőle, vagy nem érzik meg az önállóbb lét örömét, hisz a családban felnőttként is a „gyermek" szerepre kárhoztattak. Viszont éppen ez a szerep panaszaik egyik legfőbb oka. A családban maradás egész életre sok, kemény problémához vezet: amennyit segít a bizalom, a bensőséges kapcsolat, annyit árthat a jövő kiteljesedése szempontjából a nemritkán túlzó gondoskodás, önállótlannak tartás, a kevés fejlődést nyújtó környezet, a magány, a bezártság és a bizonytalan jövő.

Így a családban maradók pedagógiai kísérésében a fokozatos leválás, a kibontakozás, felkészítés az életre, az új „családban" (a társak kis közösségében) a társakkal szembeni bizalom erősítése, a tartalmas élet kialakítása a cél.

A családon túl ma beszélünk zártabb, hagyományos intézeti lakóformáról és nyitottabb, kisközösségi lakóformákról.

A *zárt lakóformákban* – az egykor volt *intézetekben*, amelyeket ma már hivatalosan otthonoknak neveznek – az átlagos otthontól való eltérés, a távolság jelent meg a belső életformában. Az ilyen helyet a tömegellátás, az olcsó megoldások, rideg, egyéni igényekre nem tekintő (vagy arra lehetőséget nem adó) szervezési feltételek jellemezték. Az élettevékenységek egy térre korlátozódtak, a személyes alakítás minimumával, teljes ellenőrzöttséggel, szigorú alárendeltségi viszonyok között. Az embereket, akik itt éltek, elzárták a külvilágtól, vagy azzal csak alkalmanként, csoportokban, kirándulásokon ismerkedhettek. A szűk faluközösséggel vagy az utcabeliekkel is csak kevesen érintkezhettek.

Az intézeti ellátás azonban az elmúlt időszakban csak az értelmi akadályozottsággal élő felnőtt emberek kisebb hányada számára volt biztosított. A szakirodalom *zárt intézményeknek*, tartós bentlakást nyújtó ellátási formának írja le a nagy létszámú otthonokat, a már negyvennél több gyermeket vagy felnőttet befogadó intézményt, amelynek létszáma akár a több százat is elérhette. Magyarországon szerencsére csak kevés olyan otthon működik, amely 300 embert fogad be, többségükben 100–150 körüli a létszám, amelyekben a vezetők (ha erre törekednek) személyes ismerősei lehetnek akár minden lakónak.

Mégis, az intézet egyik legfontosabb ismérve, hogy a nagyszámú lakó egy és

ugyanazon helyen él, dolgozik, tölti a szabadságát és esetleg ugyanott kap speciális segítséget. Az étkezés helye közös, nagy ebédlő, szigorú rend szerint. Az egyes életszférák nem nagyon válnak szét, az ellátás nem engedi meg az önállóságot, a napirendet feszes előírások szabják meg, a közösségi helyiségekben nincs lehetőség az élettér egyéni alakítására, a szűkös hely miatt ez még a hálótermekben sem lehetséges. Sokszor még a legszemélyesebb tárgyakkal sem veheti körül magát az ott lakó.

A hazai ilyen jellegű otthonok között azonban már ma is jelentős különbségek vannak; szaporodott a két-három ágyas szobák száma, a munkahelyeket elkülönítetten alakítják ki, az egyéni berendezésre is lehetőség van.

A tartós intézeti életforma *hospitalizációs ártalmak* forrása is nem egy esetben. Gátolhatja a személyiségfejlődést, a kognitív fejlődést, szegényíti az érzelemvilágot, gátat vet a szociális készségek fejlődésének, sőt nem kívánatos viselkedésformákhoz is vezethet, mint például a sztereotip viselkedési formák, az agresszív és autoagresszív megnyilvánulások, a destruktív viselkedés, a krónikus magára hagyottság szindróma.

A megfelelő intimszféra hiánya – amely a mai viszonyok között gátolja a humánus, normalizált életfeltételek kialakítását – és a gyakran tapasztalható *elszemélytelenítő bánásmód* következtében identitászavarok is felléphetnek. Az uniformizált, külső meghatározottságú életfeltételek („intézeti életforma"), az erős alárendeltség és mindenre kiterjedő, bürokratikus ellenőrzés, „a szakemberek általi kiskorúsítás" és a „rejtett ápolási tendenciák" érvényre jutása kizárja, hogy az akadályozott emberek befolyásolják az őket érintő eseményeket. Itt tehát nem kísérés, hanem irányítás (durvább formájában „parancsolás") folyik. Az állandó kiszolgáltatottság és erős függőség lehetetlenné teszi a még kismértékű önállóságot is, a felelősség megélését, a választási és döntési gyakorlatot. Ez alól csak kevés és részleges kivétel van ma (pl. az egyes munkaterületen dolgozóknak).

Az intézmények belső életének *„normalizációja"*, a normalizációs elv nyolc alaptételének a belső elfogadása is *lassan halad* (Lányiné, 1996; Hatos, 2000). Nagyon sokféle ok egymásra hatása áll a háttérben, elsősorban azonban *szemléletiek*: az intézmények vezetősége és személyzete nemritkán nem is ismeri az elvárásokat a változásra, vagy éppen nem rendelkezik a szükséges gyógypedagógiai szemlélettel, tudással (Demeter, 1998, 104.). Még azok az elvek sem nagyon érvényesülnek, amelyeket hazai szerzőink a hetvenes évektől igényelnek (Göllesz, Horányi, 1968; Stollár, 1982; Király, 1994). A csoportok létszáma is megakadályozza, hogy az egyéni bánásmód nagyobb teret kapjon (Király, 1994, 19.).

A kis közösség minél nagyobb fizikális és belső tartalmi önállósága lenne az egyik kivezető út már ma is. A pedagógiai kísérésben megfogalmazott szemlélet sokat segíthet az átalakulásban. A korábban már részletezett egyéni fejlesztési tervek, rehabilitációs programok lehetnek az átalakulás kiinduló pontjai.

A nyílt, kisközösségi lakóformák: a kiscsoportos lakóotthonok, lakóközösségek nálunk még újnak számítanak, alig másfél évtizedre tekinthetnek vissza.

Nagyobb intézetek mellett, vagy alapítványi, civil kezdeményezésekre épültek.

*Nyitott lakóformák*nak is szokták őket jellemezni. Nyugat-Európában többféle változatát megtaláljuk: a lakáscsoportot és a lakóközösséget egy lakásban, az ún. *apartman lakások*at önállóan, de bizonyos védettséget élvező keretben. Magyarul is hozzáférhető leírásuk (Hatos, 1995; Károly, 1999; Lányiné, 1996, 1999; Zászkaliczky, 1999). A szociális ellátásról szóló legutóbbi miniszteri rendeletben (1/2000. számú SZCSM rendelet, a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények feladatairól és működésük feltételeiről) már külön fejezet foglalkozik a lakóotthon szervezésének kérdéseivel.

Hosszabb ismerkedést, előkészítést igényel az akadályozottsággal élő emberek átköltöztetése egy ilyen lakóformába, másképpen nem kizárt az elutasítás, a kudarc (Hatos, 2000).

A lakóotthoni élet egyik sajátos tere a pedagógiai kísérésnek. Az otthon a lakóknak végleges, belsőleg is elfogadott, és magukénak tudott hely. A közösen vezetett háztartás jelzi az összetartozást, a saját szoba – ami a lakó ízlését, igényét, személyiségét is kifejezi – a saját világot. A bensőséges étkezések a maguk által előkészített étellel, a saját ünnepek, mind-mind az egyén kibontakozását, identitásának megerősödését szolgálják. Ebben kell őket kísérni. Tanulságos minden kiscsoport, különösen a lakóotthonok számára Vanier gondolata: „Bármely munkacsoport, közösség vagy család akkor fejlődik, ha alkotó, szerető, kölcsönös bizalomtól áthatott kapcsolatok jellemzik. A Bárka eszménye éppen ez: szeretnénk segítséget nyújtani a fogyatékos embereknek, hogy ráébredjenek saját értékükre és szépségükre, sajátos adottságaikat elfogadva bízzanak magukban, fejlődjenek, szép dolgokkal foglalkozzanak, negatív énképüket pozitívvá formálják. Ez a segítségnyújtás életet ad" (Vanier, 1999, 112.).

Azonban a lakóotthon sem tökéletes intézmény, azok a személyiséget fenyegető veszélyek, amelyek a rosszul működő családban kísértenek, a tömegellátásban élnek, itt is megjelenhetnek. Gunzburg (1996) figyelmeztet arra, hogy előjöhetnek a rossz vonások, a kicsinyes szabályozás, a gyámkodás, parancsolgatás, kényelmes semmittevés, a függetlenedés megakadályozása, egyszóval a rossz intézeti vonások. Tanulságos *Vanier* tapasztalata a svéd otthonokról a hetvenes évekből. „A skandináv országokban olyan intézményekben jártam, ahol minden értelmi fogyatékos személy a saját szobájában vagy lakosztályában nézhette a televízióját, miközben saját sörét iszogatta! S mindezt úgy mutatták be, mint a sikeres felzárkóztatás és a beilleszkedés csúcsát... Annyi biztos, hogy jobb körülmények között éltek, mint a hatalmas franciaországi otthonok és elmegyógyintézetek lakói – s mégis, mintha megállt volna bennük az élet. Szomorú, magukba forduló embereknek látszottak, akiket magányos szobájuk négy fala lelkileg elzárt az igazi élettől" (Vanier, 1999, 176.).

A SEGÍTÉS FORMÁJA: A REHABILITÁCIÓ

A pedagógiai kísérés nem egy szakember különleges feladata, sokkal inkább a felnőtteket ellátó, a velük élő emberektől (gyógypedagógus, szociális munkás, szervező, gondozó, segítő, orvos, műhelyvezető, valamint az őket irányító vezetők) elvárható *magatartásmód, szemlélet*.

A rehabilitációs folyamatban – amely a szociális ellátás intézményrendszerén keresztül érvényesül – a pedagógiai kísérés szellemével összhangban történő fejlődésnek lehetünk tanúi. A rehabilitáció orvosi megközelítése mellett a rehabilitáció pszichoszociális aspektusában éppen a szociális fogyatékosság mértékének csökkentése áll, és az, hogy képessé tegye az egyéneket olyan életvitelre, amilyen csak lehetséges normális környezetükben (Katona, 1996, 7.). A rehabilitációnak az értelmileg akadályozott emberek életében megnyilvánuló szerepéről Stollár a hagyományos rehabilitáció fogalmának bemutatása után megjegyzi: „Járhatóbb út lenne, ha elfogadottá válna az, hogy a fogyatékosok esetében nem a fogyatékosság észlelésétől annak megszüntetéséig tartó folyamatot tekintenénk rehabilitációs tevékenységnek, hanem azt, amikor a társadalom épnek mondott tagjaitól minden eszközzel izolált, kirekesztett fogyatékos embernek normalizáljuk életét, aktív közreműködésével megteremtjük integrálódásának lehetőségeit, és azt, hogy életéről autonóm módon dönthessen. A fogyatékos emberekkel kapcsolatban a rehabilitáció fenti (hagyományos értelmezésű, H. Gy.) fogalmát csak addig szükséges használni, ameddig nem valósítjuk meg azt, hogy a fogyatékos ember születésétől haláláig a többi ember számára is azonos életkörülmények között élje le életét" (Stollár, 1998, 18.).

Az értelmi fogyatékosokat ellátó rehabilitációs intézményekkel foglalkozó *módszertani levél* (Stollár, 1998) *jelzi a szemléletváltozás igényét és irányát*. Az eddigi, a szerző szerint „megengedőnek" nevezett gondozási-nevelési modell helyett (amelyben „szinte minden kérdésben a személyzet dönt, megenged, vagy nem enged meg valamit") *a segítő-gondozási modellt* állítja előtérbe, amely a normalizáció-integráció-autonómia elveire épül (Hatos, 2000). A rehabilitációs intézet új szerkezetét vázolja fel, amelyben a központi egység lakóterei mellett *részintegrált* (kis csoportos), valamint *integrált* lakóegységek legyenek. „A lakótereknél törekedni kell arra – függetlenül attól, hogy központi egységben vagy a kis csoportos belső vagy külső lakótthonban kerülnek kialakítása –, hogy lehetőleg mindenkinek legyen önálló szobája, és legyen a lakótéren belül egy nappali-közösségi helyiség is a konyha, étkező és egyéb kötelező mellékhelyiségek mellett" (Stollár, 1998, 22).

Amennyiben ez az elképzelés szélesebb körben is megvalósul a jelenlegi intézmények átalakításával, úgy véljük, a mainál jobb feltételek mellett realizálódik a pedagógiai kísérés gondolata.

Pedagógiai kísérők, segítő szakemberek képzése

A szakemberképzés – ahogyan a gyakorlatból és a rendelet szerinti listából körvonalazható – sokféle (egészségügyi középfokú, szociális, pedagógiai és gyógypedagógiai felsőfokú) végzettségű ember felkészítését jelenti. Az értelmi akadályozottsággal élő felnőttek világában, intézményeiben és családjaik segítésében az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karán (illetve intézményelődjében) évtizedek óta működő *szociális szervező* képzés mellett a kilencvenes években önállóvá váló *„értelmileg akadályozottak pedagógiája"* szak képzési céljában megjelent a felnőtt és idős emberek ellátásának feladata, és az ehhez kapcsolódó elméleti tárgyak és összefüggő gyakorlat lehetősége. Így a felnőttek pedagógiai kísérése és annak tapasztalatai már a pályát kezdő szakemberek előtt nem ismeretlenek. A *Kézenfogva Alapítvány* a lakóotthonok segítői számára az elmúlt évben alapozó tanfolyamot tartott (Károly, 1999). Úgy látjuk, ma és a jövőben közép- és felsőfokú *szakirányú képzésekkel* az intézményekben dolgozók továbbképzését kellene megszervezni, hogy a fentiekben bemutatott és többször sürgetett szemléletváltás általánossá váljon.

Hazai lehetőségek, eredmények

Az értelmi akadályozottsággal élő felnőttekről és idős emberekről, mint láttuk, a 70-es évek elejétől egyre bővülő, és az utóbbi években már a kor kihívásainak megfelelni kívánó intézményhálózat működik, amelynek alapjait a szociális ellátásról szóló 1993. évi III. törvény rakta le. Azóta a törvényt részleteiben többször módosították, új végrehajtási utasítását pedig a nemrég megjelent miniszteri rendelet tartalmazza. Kapcsolódik hozzá az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, valamint az 1999 decemberében országgyűlési határozattal kiadott Országos Fogyatékosügyi Program (100/1999. OGY határozat).

Mindezek *az államigazgatás szintjén* adják meg a fejlődés kereteit.

Az intézményhálózat átalakítása a „kitagolásnak" nevezett, és civil szervezetek által támogatott fejlesztési projektekkel bizonyos lendületet, vagy legalább is irányt kapott (Zászkaliczky, 1998; Lányiné, 1999; Károly, 1999).

Ma egy átalakuló folyamat kezdeténél tartunk. Az értelmi akadályozottsággal élő felnőttek pedagógiai kísérésének bemutatásával is e folyamat sikerességét, akadályozott embertársaink életének tartalmasabbá tételét kívánjuk szolgálni.

Irodalom

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról. (1998) XXVI. Tv. Magyar Közlöny, 1998. 28., 2393–2397.

A lyoni konferenciáról (1990) Módszertani füzetek 2. Down Alapítvány Budapest.

A szociális és családügyi miniszter 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelete a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről. Magyar Közlöny, 2000. 2., 11–56.

Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásról. Népjóléti Közlöny, XLIII. évf. 1993. 2., 59–80.

OGY határozat az Országos Fogyatékosügyi Programról. (100/1999. XII). Magyar Közlöny, 1999. dec. 11.

BACHMANN, W. (1987) *Geragogik – ein Aufgabenbereich der Pädagogik.* Giessen.

BRUCKMÜLLER, M. (1988) *Menschen sehen.* Lebenshilfe, Wien.

BRUCKMÜLLER, M. (1996) *Az értelmileg akadályozott emberek önállósága, leválása a családról.* Szociális Munka, 7. évf. 3., 182–189.

DEMETER M. (1998) *A tartós bentlakást biztosító állami (önkormányzati fenntartású intézetek és a bennük élő értelmi fogyatékos felnőttek jellemzői, különös tekintettel az eddigi és a folyamatban lévő kitagolási kezdeményezésekre.)* In: Zászkaliczky P. (szerk.) *A függőségtől az autonómiáig. Helyzetértékelés és jövőkép a kiscsoportos lakóotthonokról.* Soros, Kézenfogva Alapítvány kiadása, Budapest, 99–126.

DURKÓ M. (1988) *Felnőttkori sajátosságok és a felnőttnevelés.* Kossuth Kiadó, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.) (1986) *Tanulmányok az andragógia köréből.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

GÖLLESZ V., HORÁNYI M. (1968) *Bevezetés a felnőtt fogyatékosok nevelástanába.* Szociális Intézetek Központja kiadványai, 3. Budapest.

GÖLLESZ V. (1967) *Védő munkahelyek értelmi fogyatékosok számára.* Szociális Intézetek Központja kiadványai, 4. szám. Budapest.

GÖLLESZ V. (1972) *Az értelmi fogyatékosok szociális rehabilitációjának jelenlegi adottságai és jövő perspektivái.* Gyógypedagógia, XVII. 6., 161–169.

GUNZBURG, H. (1996) *Kiscsoportos lakóotthonok – az intézetesítés új formái.* In: Lányiné Engelmayer Á. (szerk.) *Az értelmileg akadályozottak intézményes ellátási formáinak változása.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 74–83.

HANSELMANN, H. (1951) *Andragogik, Wesen, Möglichkeiten, Grenzen der Erwachsenenbildung.* Zürich.

HATOS GY. (1995) *Értelmileg akadályozott emberek lakóközösségei külföldön.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

HATOS GY. (2000) *Értelmileg akadályozott felnőttek pedagógiai kísérése.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.

JAKOBS H., KÖNIG, A., THEUNISSEN G. (Hrsg.) (1987) *Lebensräume, Le-*

bensperspektiven: Erwachsene mit geistiger Behinderung in der Bundesrepublik. Afra V. Karben.

KATONA F. (1996) *Az aktív kezelés és az orvosi rehabilitáció kapcsolata.* Rehabilitáció, 4., 5–13.

KÁROLY M. (szerk.) (1999) *Kézikönyv. Az értelmi fogyatékos emberek lakóotthonaiban dolgozó segítők részére.* Kézenfogva Alapítvány, Budapest.

KINGSLEY, J., LEWITZ, M. (1994) *Count Us in. Growing Up with Down Syndrome.* San Diego–New York–London.

KIRÁLY K. (1994) *Jelzések a felnőtt értelmi fogyatékosok intézeti gondozásának, szocializációjának sajátosságairól.* Szociális Munka Alapítvány, 10. Budapest.

KRAUSZ É. (1985) *Új út felé.* Gyógypedagógia, 5., 134–135.

KRAUSZ É. (1992) *Mi ilyenek vagyunk. Hogyan éljünk együtt értelmi fogyatékos embertársainkkal?* Értelmi Fogyatékosok Országos Érdekvédelmi Szövetsége, Budapest.

KRAUSZ É. (1999) *Az értelmi fogyatékos emberek kapcsolatai.* In: Károly M. (szerk.). 93–93.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (szerk.) (1996) *Az értelmileg akadályozottak intézményes ellátási formáinak változása.* Fordításgyűjtemény. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (szerk.) (1999) *Kiscsoportos lakóotthonok. A szervezés és a tartalmi munka aktuális kérdései. Két munkakonferencia tapasztalatai.* Soros Alapítvány, Budapest.

MESTERHÁZI ZS. (1997) *Gyógypedagógiai andragógia, Gyógypedagógiai gerontagógia.* In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon,* I. kötet. Keraban Kiadó, Budapest, 613.

PÁKOZDINÉ KENDERESSY K., TÁTRAI M. (szerk.) (1992) *Pedagógia-Andragógia. Szöveggyűjtemény.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

STOLLÁR J. (1982) *Kézikönyv az értelmi fogyatékosok intézeti gondozásához.* Szociális Gondoskodás, 1., 3–173.

STOLLÁR J. (1998) *Módszertani levél. Az értelmi fogyatékosokat ellátó rehabilitációs intézmények gondozási munkájáról.* Periferia füzetek. 2. Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest.

VANIER, J. (1999) *Hazatérésünk. Fedezzük fel azt, ami közös mindnyájunkban.* Vigilia, Budapest.

WENDELER, J. (1992) *Geistige Behinderung: Normalizierung und soziale Abhängigkeit.* Heidelberg, HVA. Ed. Schindele.

ZASZKALICZKY P. (szerk.) (1998) *A függőségtől az autonómiáig. Helyzetértékelés és jövőkép a kiscsoportos lakóotthonokról.* Soros, Kézenfogva Alapítvány, Budapest.

ZASZKALICZKY P. (1999) *Fogyatékosság, normalizáció, integráció.* In: Károly M. (szerk.) 31–48.

ZRINSZKY L. (1996) *A felnőttképzés tudománya.* OKKER, Budapest.

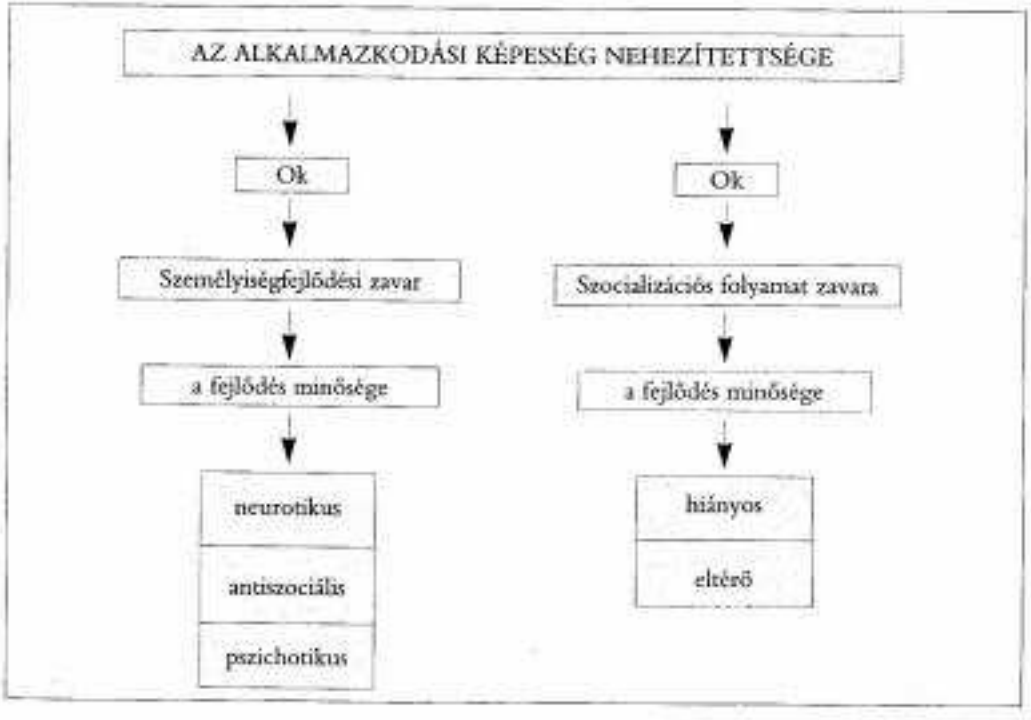
Volentics Anna

20.

Bűnelkövető fiatalok reszocializációs gondozása

Az alkalmazkodási képesség zavara

A pszichopedagógia területére azok a gyermekek és ifjak, illetve fiatal felnőttek tartoznak, akiknek szűkebb-tágabb társadalmi környezetbe való integrálódása nehezített, vagyis akiknek az alkalmazkodó képessége problematikus. Az alkalmazkodási nehézség jellemzően enyhébb vagy súlyosabb viselkedés- és teljesítményzavarokban nyilvánul meg. Ennek értelmében a pszichopedagógia területén két alcsoportot különítünk el: az enyhébb tüneteket mutató *nehezen nevelhetőket* és a súlyosabb problémákat jelző *inadaptáltakat*. Az alkalmazkodási képesség zavarának hátterét is figyelembe véve megállapítható, hogy annak oka jellemzően a személyiségfejlődés és/vagy a szocializációs folyamat zavara, illetve hiányossága *(20/1. ábra)*.



20/1. ábra. Ok-okozati összefüggések

Ebben a megközelítésben a pszichopedagógia területéhez tartozó népesség öt alcsoportra bontható: a három, eltérő személyiségfejlődésű gyermekek és fiatalok alcsoportjaira, valamint a hiányos, illetve a társadalmilag elfogadott normáktól eltérő szocializáción átesettekre (Murányi-Kovács, 1976; Volentics, 1987, 1996).

Az egyes alcsoportok és a bűnelkövetés között nincs egyértelmű összefüggés. Bűnelkövetővé válhat mind az öt alcsoporthoz tartozó, jellemzően nagyobb gyakorisága azonban az antiszociális fejlődésirány és a szocializációs zavar talaján kialakuló bünelkövetésnek van. E tétel érvényességét igazolja az a németországi vizsgálat is, amelyben a bűnelkövető fiatalok személyiségjellemzőit kutatták, s szignifikáns összefüggéseket találtak a neurózis, a depresszió, az antiszocialitás, valamint az indulati élet, a társas kapcsolatok és az önérvényesítési törekvések dimenzióiban (Myschker-Hoffmann, 1993). Ez pedig mind az öt népességcsoport ez irányú érintettségét mutatja. Ugyanakkor az is tapasztalati tény, hogy ha „az agresszív magatartás jegyei már iskoláskorban megmutatkoznak, akkor a felnőttkori viselkedés nagy valószínűséggel alakul antiszociális irányba" (Ross, Petermann, 1987, 116.).

Hazai, zárt intézeti növendékek körében végzett vizsgálataink ugyancsak jelezték mind a személyiségfejlődés, mind a szocializációs folyamat zavarait (Volentics, 1996).

Mindezek figyelembevételével megállapítható tehát, hogy nem minden bünelkövető gyermek és fiatal antiszociális személyiségfejlődésű, de az is, hogy nem minden antiszociális személyiségfejlődésű gyermek és fiatal válik bünelkövetővé. Ami a vázolt alcsoportokban és problematikájukban közös, azt az újabb pszichiátriai nómenklatúrában a „szociális viselkedés zavara" főfogalom alatt foglalták össze (Harnach-Beck, 1995, 317.).

Büntetőjog – bűnelkövető fiatalok

A bünelkövető fiatalok büntetőjogi szempontból egységes, homogén csoportot jelentenek, akik esetében akkor is a tett a meghatározó, ha a bírónak bizonyos mértékben mérlegelési joga van. A bánásmód nézőpontjából vizsgálódva viszont az egyértelműen leszögezhető, hogy e szempontból a bünelkövető fiatalok semmiképpen sem kezelhetők homogén csoportként. A felismerés egyáltalán nem újkeletű, Kármán Elemér már 1919-ben az alábbi alcsoportokat különítette el:

a) a gyengeelméjüség (imbecillitás) vagy gyengetehetségüség (debilitás) erkölcsi defektussal járó esetei,

b) a pszichopátiai konstitúciók erkölcsi defektussal járó esetei,

c) a nevelés elhanyagolásából (környezetből) származó erkölcsi romlás.

Hazánk első kriminálpedagógusa az *a)* és a *b)* csoportba tartozókról vélekedett úgy, hogy ők a gyógypedagógia területére tartoznak (Kármán, 1919, 90.).

György Júlia a bűnelkövetést a neurotikus és/vagy antiszociális személyiségfejlődésre vezette vissza, okként kezelve a kielégítetlen érzelmi szükségleteket és az önérzeti sérüléseket. Az érzelmi szükségletek gyermekkorban történő kielégítetlenségét olyan „érzelmi katasztrófaként" definiálta, mely a személyiségfejlődést alacsonyabb szinten rögzíti. Így a gyermek ösztönélete „lerögzítődik az infantilis állapotokban", érzelmi, értelmi fejlődése zavart szenved, s elmarad „az érzelmi rétegekben gyökerező etikai struktúrák, a legfőbb fékek s az embertársakkal való pozitív kapcsolatok kifejlődésének lehetősége" is (György, 1967, 105.). Hermann Imre egy másik megközelítésben a „megkapaszkodás ösztönét" teszi felelőssé, „mely ha finomodik, a simogató szeretetnek ad impulzust, ha eldurvul, a gyűlöletbe vesző agresszivitást táplálja". „A simogató ujjak, frusztrált megkapaszkodás esetén, támadó karmokká válhatnak" (cit. Klaniczay, 1993, 42.).

A György Júlia által vázolt problematika alapvetően a kármáni *b)* és részben *c)* kategóriákba sorolható, s mint ilyen, többségében ugyancsak a gyógypedagógia hatókörébe utalható.

Mind büntetőjogi szempontból, mind a kezelés, a bánásmód oldaláról fontos a kármáni és a György Júlia által vázolt alcsoportokat kiegészíteni. A bűnelkövető fiatalok között ugyanis vannak további, halmozottan sérült alcsoportok is. Így például *hallássérült bűnelkövetők*, valamint a *szenvedélybetegségük miatt bűncselekményt elkövetők*. (Boczkó, 1997).

A BŰNELKÖVETŐ FIATALOK MEGÍTÉLÉSE

A bűnelkövetőkre évszázadokon keresztül, életkoruktól függetlenül, *büntetendő személyként* tekintettek. E megközelítésben a bűnelkövető felnőttek, fiatalok és gyermekek olyan egységes, homogén csoportot jelentettek, melynek megítélése egyetlen kiemelt, közös jellemzőjük, a *tett* alapján történt.

Változás e szemléletben az 1550-es évektől látható. Ekkortól e homogén csoportból Európa országaiban fokozatosan kikerülnek a gyermekek és fiatalok. Esetükben ugyanis már nem a megtorló büntetésnek lesz kizárólagossága, hanem róluk – életkoruk miatt – úgy vélekednek, hogy neveléssel visszavezethetők a helyes útra (Pál, 1976). Vagyis ezzel a fiatalkorú bűnelkövetők megítélése enyhült, ők a *nevelés alanyaivá* „szelídültek". A későbbiekben a nevelés gondolata fokozatosan terjedt ki a bűnelkövető felnőttekre is, így a korábban elkülönült két alcsoport, a megítélés szempontjából, újra homogén csoportnak tekintendő.

A nevelés gondolatának és gyakorlatának ily módon történő kiterjesztése hangsúlyossá tette a bűnelkövetés okainak keresését, a bűnelkövetők előéletének vizsgálatával a károsító tényezők megtalálását (Pestalozzi, 1959). Az 1700-as évektől, a teológiai gondolkodás uralkodóvá válásától, a bűn és bűntett morálfilozófiai megközelítései pedig fokozatosan az erkölcsi fejlődés hiányosságait, s az akarat gyenge-

ségét állították előtérbe (Kármán, 1922). E nézőpontok következtében megváltozott – részben legalábbis – a bűnelkövető fiatalok és felnőttek megítélése. Őket, ugyancsak homogén csoportként, *erkölcsi fogyatékosnak* tekintették, akiknek az erkölcsét kell „megjavítani" ahhoz, hogy a továbbiakban ne kövessenek el bűncselekményeket.

Az 1920-as évektől, a pszichológia fokozatos térhódításától néhány évtizeden át a klasszikus nevelési gondolat háttérbe szorult, s megerősödött a megjavítási szándék, pontosabban az a törekvés, hogy az elítéltek személyiségét a pszichológiai terápiák segítségével megváltoztassák, átformálják őket. Ezen, a *„treatment-ideológia"* elnevezést viselő vonulat hatására megváltozott a bűnelkövetők megítélése is erkölcsi fogyatékosról *gyógyítandó betegre* mind a fiatalkorúak, mind a felnőttek esetében (Christie, 1991; Gönczöl, 1991).

A „gyógyítandó betegek" pszichológiai terápiája azonban nem hozta meg a várt eredményeket, a csökkenő visszaesési arányokat. Büntetőjogi oldalról pedig megerősödött az a nézet, hogy a bűnelkövetők pszichológiai, személyiségformáló, sőt átformáló terápiára való kötelezése egyrészt a személyiségi jogokat sérti, másrészt pedig újabb büntetésként nehezedik az elítéltekre. Egy bűncselekményért pedig csak egy büntetés (hosszú időn át jellemzően ez a szabadságvesztés) szabható ki.

A szakemberek eltérő nézőpontjainak ütköztetése a bűnelkövetők megítélésében is alapvető változást hozott. Róluk az 1970-es évektől már nem kényszergyógykezelés alá vonható, gyógyítandó betegként gondolkodnak, hanem mint olyan személyekről, akik a szocializációs folyamat hibái, vagy hiányosságai miatt jutottak a bűnelkövetés útjára, s ezért ők, ugyancsak egységes csoportként, a *reintegrációjukhoz segítségre szorulnak* (Scheerer, 1986).

A vázoltakból látható, hogy a bűnelkövető fiatalok és felnőttek megítélése meglehetősen egységes, jelentősebb eltérések inkább csak kezelésük gyakorlatában találhatók.

A BÜNTETÉS FILOZÓFIAI ALAPJAIRÓL

A büntetést többszempontú megközelítésben elemző Nils Christie – hazájában 1981-ben megjelenő könyvében – írja, hogy „a büntetőjogi rendszerben a kiszabott büntetés nem más, mint tudatos fájdalomokozás. ...A büntetés-végrehajtási intézmények célja az, hogy az érintettekkel olyasvalami történjék, ami boldogtalanná teszi őket, ami fáj nekik" (Christie, 1991, 19.). E tárgykörben Tocqueville így fogalmazott: „a polgári demokráciák nem erőszakolják meg a testet, hanem direkt a lelket támadják meg, s így ennek a társadalmi rendnek a büntetései is a lelket célozzák meg. Mártirjaik többé nem napokon és éjjeleken keresztül kerékre feszítve halnak meg, hanem lelkileg pusztulnak el, mint láthatatlan példa, csendesen a nagy börtönépületekben, amelyeket a tébolydáktól majdhogynem csak a neve különböztet meg" (cit. Brunkhorst, 1986, 21.).

A fájdalomokozástól távol eső nézet a büntetés értelmét korábban vizsgáló Hegelé. Szerinte, a büntetés az értelem megvalósulása objektív és szubjektív (az egyén szempontjából való) értelemben is, mivel az állam „a büntetésen keresztül ismeri el, hogy a tettes szabad és saját tetteiért felelős személy, aki értelmesen cselekszik. Úgy kell tekinteni, hogy tettében a büntetés, mint tulajdon igazsága van jelen. Ezért a hóhér pallosa vagy a börtön falai által ‚tisztelik meg' a bűnözőt, mint értelmes lényt" (cit. Brunkhorst, 1986, 17.).

Hegel számunkra ma már inkább érdekes, mint követendő gondolatmenete szerint például még a nyaktiló is azon ember szabadságának a létezése, akinek fejét levágja.

E filozófiai alapok jelennek meg például Herbart azon következtetésében, mely szerint a bűnelkövetőket az *„ész felvilágosításával"*, vagyis értelmük nevelésével lehet jobbá tenni. Jelenkori hazai vizsgálataink és tapasztalataink ezzel szemben azt igazolták, hogy a zárt jellegű intézetek növendékei általában tudják, hogy mi helyes és törvényes, s hiányosságaik a szabályok alkalmazása terén vannak. Így a herbarti értelmi nevelés, a kognitív funkciók ilyen értelmű „bombázása" esetükben nem éppen adekvát módszer (Volentics, 1996). Ezért is, Nils Christie filozófiai megközelítése meggyőzőbbnek tűnik mint más nézetek, melyek közül e helyütt kétségtelenül csak néhányat ragadtam ki.

A fájdalom-fájdalomokozás teóriát a büntetésvégrehajtás gyakorlata az ókortól napjainkig igazolta és igazolja. Az ókor fő büntetési nemei – a testcsonkítások, a halálbüntetés, a száműzetés – valójában a fizikai fájdalomokozás eszközei. Az 1200-as évektől önálló büntetési tételként fokozatosan bevezetett szabadságvesztés pedig a lelki fájdalomokozás speciális módszere a totális kirekesztés, a szabad mozgástól, döntéstől való megfosztás révén. A lelki fájdalom némely elítéltnél olyan mértékűvé válhat, hogy a szabadságtól való megfosztás minden külső beavatkozás, vagy konkrét betegség nélkül is halálhoz vezethet.

E jelenségre többek között Ausztráliában figyeltek fel, a börtönbüntetésre ítélt őslakosok körében. Az aboriginal indiánok egy része úgy halt meg, mint a „kalitkába zárt madár", nem birván elviselni korábbi, természetközeli életükből adódó szabadságuknak a korlátozását (Hegyesi, 1988).

A hazai javítóintézetek tapasztalatai is azt igazolják, hogy a természetközelibb életmódot folytató családok fiataljai jobban viselik a zártintézeti létet, ha például a földeken mezőgazdasági munkát végezhetnek, mintha az ugyancsak zárt műhelyekben kell dolgozniuk. Vagyis a földeken – esetükben – kisebb a fájdalom.

Az embernek ember által okozott fájdalom csökkentéséért pedig – Nils Christie szerint – küzdeni kell. Ezért „olyan társadalmi rendszereket kell létrehoznunk, melyekben a társadalmi ellenőrzés céljából okozott fájdalom a lehető legkisebb szintre csökken" (Christie, 1991, 13.).

A teljességéhez tartozik, hogy a szakemberek egy része a jelenleg legkorszerűbbnek vélt büntetéseket sem tartja e szempontból másnak, mint fájdalomokozás-

nak. Foucault-ra hivatkozva Brunkhorst erről így ír: „A normálisság bírái mindenütt jelen vannak. A tanár-bíró, az orvos-bíró, a szociális munkás-bíró társadalmában élünk, ők pedig mindnyájan a normatív egyetemességet viszik uralomra. A szociálterápia, hangzik Foucault metakritikája a börtönökről és azok megreformálásáról vagy megszüntetéséről, csupán az ellenőrző és felügyelő hatalom egy másik, hatékonyabb szervezete, az emberbarát szociális munkás pedig a régebbi korok nyilvánosan megrendezett kínzásait elvégző poroszlók korszerű és funkcionális megfelelője" (Brunkhorst, 1986, 20–21.).

Foucault szélsőséges nézete természetesen megkérdőjelezhető, hiszen a fájdalmat elszenvedő szempontjából egyáltalán nem lehet mindegy az okozott fájdalom milyensége és mértéke. Nem véletlenül került számos ország általános pedagógiai gyakorlatában is előtérbe a pozitív megerősítések rendszere, hiszen a büntetés bármilyen enyhének vélt változata is – adott gyermek esetében – alkalmas eszköze lehet a fájdalomokozásnak.

A bűnelkövetők kezelésének céljai

A kezdeti időszakban a bűnelkövetők *büntetendő személy*ként való megítélése természetszerűleg járt együtt a megtorlás szándékával *(szemet szemért, fogat fogért)*. A fájdalomokozás a megtorlás eszközrendszerével teljes mértékben megvalósult.

A *nevelés alanya*ként kezelt bűnelkövetőket kezdetben ugyancsak erőteljes megtorlás sújtotta. Ennek belátásához elég a középkori börtönök sivár, sőt nemritkán embertelen körülményeire, kínzásaira gondolni. A fiatalkorúakkal kapcsolatos azon felismerés, hogy őket szigorú büntetés helyett neveléssel kellene és lehetne a jó útra visszavezetni, később enyhítő hatással volt a felnőtt bűnelkövetők börtöneire is. A nevelés gondolatának bevitele a büntetés-végrehajtás intézményeibe egyrészt fokozatosan humanizálta a tárgyi feltételeket, másrészt pedig a korabeli pedagógia eszközrendszerének szolgálatba állításával jótékony hatással volt az elítéltekkel való bánásmódra is. Mindezzel együtt is azonban még így is jelentős mértékű fájdalmat okoztak.

A bűnelkövetők *erkölcsi fogyatékos*ként való megítélése kapcsolódási pontokat mutat egyrészt a valláserkölcsi megközelítéssel, másrészt pedig a századforduló táján zajló reformpedagógiai mozgalmak némelyikével. Az experimentális pedagógiamozgalom például kiemelt szerepet tulajdonított a „gyermektanulmányozásnak", a gyermek minél alaposabb, többrétűbb megismerésének annak érdekében, hogy nevelésében, fejlesztésében adekvát módszerek legyenek alkalmazhatóak. A gyermekre, fiatalra irányuló ilyenfajta fokozott figyelem a megismerés új eszköztárának kialakításához is vezetett, mivel ráirányította a figyelmet az egyes fejlődési területekre, az azoknál tapasztalható eltérésekre, hiányosságokra (Németh, 1993).

A bűnelkövető, illetve veszélyeztetett gyermekek jobb megismerésének igényét

a korabeli hazai gyógypedagógia jeles képviselője, Horváth Kálmán így fogalmazta meg: „szervezendő volna tehát a gyermekanyag pontos megismerésére és osztályozására egy bizottság, melynek tagjai szakorvosokból, jogászokból és gyógypedagógusokból állnának" (Horváth, 1927, 37.).

A fejlődési területekre – az idő tájt különösen az erkölcsi fejlődésre – irányult fokozott figyelem a nevelés terén is az erkölcsi fejlesztésre való hangsúlyáthelyezést jelentette, sőt az erkölcs megjavításán keresztül a bűnelkövető átnevelését.

Így tehát míg a fájdalomokozás megtorlás eleme a humanizált körülmények révén szelídült, a nevelés oldaláról maga a fájdalomokozás fokozódott. Hiszen az erkölcs fejlesztése igényelte a bűnelkövető, bűnös ember bűntudatának felébresztését és elmélyítését, ettől remélve a megtisztulást, mivel így a „szabadságmegvonással való büntetés egy belső megtéréshez vezet, amit a zárt cellában az egyéni (re)szocializációs folyamat részeként elmondott ima, a munkával mint lelki aszkézissel támogatva tesz hatékonnyá. Ezért akár azt is mondhatjuk, hogy a szabadságvesztéssel való büntetés új értelme inkább a lélek, mint a test elérése" (Driebold, 1987, 1129–1130.).

Az erkölcsi fogyatékosnak tekintett bűnelkövetők *gyógyítandó beteg*ként való kezelése a gyermekvédelemben az 1920-as évektől kibontakozó terápiás elméletek, a büntetés-végrehajtás intézményeiben pedig a *„treatment-vonulat"* révén következett be. „A pszichológiai tanok hatására a büntetendő tett társadalmi értékeléséről a bűnöző személyiség értékelésére tevődött a hangsúly. Az új elveket következetesen vallók körében a bűncselekménynek legfeljebb tipológiai (személyiségtipológiai) jelentősége volt. A büntetés kiszabása szerintük mindenekelőtt a személyiség átformálhatóságát figyelembe véve valósítható meg." E szellemben kísérleti börtönök jöttek létre „kitűnően felszerelt pszichológiai laboratóriummal, korszerűen kialakított cellarendszerrel, sportolásra és a szabadidő kulturált eltöltésére alkalmas helyiségekkel. A csoportos és egyéni terápia volt azonban a treatment legfontosabb része. A kísérleti börtönökben minden öt elítéltre jutott egy, a treatment-munkában foglalkoztatott szakember" (Gönczöl, 1991, 82., 84.).

A gyermekvédelem zárt jellegű intézeteiben a terápiás megközelítések az Énerők fokozására helyezték a hangsúlyt, ezzel kísérelve meg elérni, hogy a kikerülést követően a fiatalok ellenállóak legyenek a bűn kísértéseivel szemben.

A pszichológiai, pszichoterápiás gondozás a bűnelkövetők kezelésének kötelező, kényszerű elemévé vált, kialakítva és megvalósítva így a kényszergyógykezelés gyakorlatát. Figyelembe véve az ezen intézményekben kialakított kellemes tárgyi környezetet (némely nyugat-európai börtönben egyszemélyes cellával, televízióval stb. találkozhatunk), nyilvánvaló, hogy a fájdalomokozás megtorlás eleme – fizikai téren – szinte megszűnt, illetve csupán a szabadság korlátozására redukálódott. Ugyanakkor a kényszergyógykezelés, a pszichoterápia eszközrendszerével történő személyiségátformálás a bűnelkövetők intim szférájába való beavatkozásnak addig nem tapasztalt méretét öltötte.

Nils Christie erről így ír: „A szomatikus gyógyászat analógiájára a kezelés magától értetődően előnyös színben tűnt föl. A gyógyításnak, így a bűnüldözési rendszerben alkalmazott terápiának is az a célja, hogy a páciens meggyógyuljon. Nem illett hát megkérdezni, vajon fáj-e a kúra" (Christie, 1991, 52.).

A bűnelkövetők *reintegrációjukhoz segítséget igénylőkként* való megítélését sajátos módon éppen a treatment kudarca idézte elő. A költséges, ám a visszaesés tekintetében a korábbiaknál nem hatékonyabb pszichológiai kezelés helyett a szakemberek szerint „olyan programot kell megvalósítani, mely segíti az elítéltek társadalmi integrációját. ... Emellett csak szűk keretekben, kizárólag önkéntes alapon szervezhetők pszichoterápiás csoportok, és a szabadulást nem szabad a kezelésben való részvételtől függővé tenni." Vagyis „egy új tartalmú reszocializáció mellett foglaltak állást" (Gönczöl, 1991, 88.). Ezen új tartalmú reszocializációs gondozás programját pedig úgy kell kialakítani, hogy az a lehető legjobban növelje a bűnelkövető (re)integrációs esélyeit.

Ebben az 1970-es évektől kibontakozó, neoklasszicistának nevezett mozgalomban fokozottan irányult a figyelem a fiatalkorúak zárt jellegű intézetei felé, megkérdőjelezve azok hatékonyságát, számba véve az ártó hatásokat, az úgynevezett prizonizációs ártalmakat, s keresve a gyermekközpontúbb büntetési módokat, valamint a társadalmi kontroll informálissá válásának lehetőségeit.

Franz Bettmer szerint „a normaszegő magatartás kontrollja mindeddig túlnyomórészt a büntetőjogi eljárások keretei között valósult meg. Az ilyen eljárásmódok ellenében az informalizálás olyan stratégiát jelez, amely a formális kontroll hátrányos következményeit mérsékelni képes. ... a büntetőjogon kívüli kezelési stratégiáknak alapvetően két iránya különböztethető meg: a konfliktus-megoldás/kezelés és a büntető útról való eltérítés stratégiája" (Bettmer, 1986, 45.). Az e szemlélet nyomán kialakított alternatív, ambuláns, *„nevelésbarát"* büntetési formák bevezetésével a szakemberek egyrészt a stigmatizáció elkerülhetőségében bíztak és bíznak, másrészt feltételezték a kevesebb fájdalomokozást, illetve annak teljes kiküszöbölhetőségét.

Mindezek figyelembevételével a reintegrációs esélyeket növelő, zárt intézeti keretek közötti új tartalmú reszocializációról elmondható, hogy a megtorlás elem mind fizikai, mind lelki téren valamelyest csökken. Azt azonban illúzió lenne állítani, hogy a fájdalomokozás, akár az alternatív büntetési formák esetében is, teljes mértékben kiküszöbölődött. A fiatalkorúak körében vizsgálatokat végző Michael Voß erről így ír: „A fiatalkorú mind a formális, mind a diverziós (alternatív) eljárásból éppenséggel csak azt veszi észre, hogy büntetést szabtak ki rá. Elég gyakran sokkal kellemetlenebbnek tartja a tolakodónak érzett nevelési meghatalmazottal való többhónapos érintkezést, mint a hagyományos büntetőintézeti személyzettel való kapcsolatot" (Voß, 1986, 82.).

A bűnelkövetők megítélésének és a bánásmód céljainak összefüggéseit a 20/1. táblázatban foglaltuk össze.

20/1 táblázat. Társadalmi megítélés és bánásmód

Bűnelkövetők megítélése	Kezelési cél és eszköz
büntetendő személyek	FÁJDALOMOKOZÁS megtorlás
nevelési alányok	FÁJDALOMOKOZÁS megtorlás nevelés
erkölcsi fogyatékosok	FÁJDALOMOKOZÁS megtorlás erkölcsi fejlesztés átnevelés
gyógyítandó betegek	FÁJDALOMOKOZÁS megtorlás kényszergyógykezelés személyiség-átformálás
(re)integrációjukhoz segítséget igénylők	FÁJDALOMOKOZÁS megtorlás reintegrációs esélyek növelése személyiségfejlesztés
	ALTERNATÍV BÜNTETÉSI FORMÁK ALKALMAZÁSA A BÜNTETÉS ALTERNATÍVÁINAK ALKALMAZÁSA

A fájdalom tehát, úgy tűnik, elkerülhetetlen, a fájdalomokozás mint kezelési cél azonban, ha lassan is, de csökken, s talán még tovább is csökkenthető. Ennek érdekében vizsgálnunk kell a reszocializációs gondozás különböző modelljeit, hogy olyan rendszert hozhassunk létre, mely a bűnelkövető fiatalok számára a legtöbb esélyt nyújtja a reintegrációra, a lehető legkisebb fájdalomokozással.

Kezelési modellek

A bűnelkövetőkkel való bánásmódnak évszázadokon át meghatározó eleme, egyik alappillére, a szakmafilozófia része a *bűnelkövetéstől, bűnismétléstől való elrettentés*. Ezért is épült be a kezelési modellek mindegyikébe a fizikai-lelki fájdalomoko-

zás. Tágabb összefüggéseiben vizsgálva ezen évszázadokat az is látható, hogy a fájdalomokozás másik szilárd alapja a *bűnhöz való morális viszonyulás*. A bűnt elkövető ugyanis magát az isteni hatalmat sértette meg. Istent pedig ki kell engesztelni, haragját el kell hárítani, ezért a bűnösnek tettéért, bűnéért már a földi életben meg kell szenvednie. E *„morálfilozófiai"* megközelítés tette indokolttá és elfogadottá kezdetben a bűnösök fizikai megsemmisítésére való törekvéseket, később pedig a testi-lelki fájdalomokozás egyéb módszereit.

A fiatalkorú bűnelkövetőkhöz való viszonyulás az 1550-es évektől a felnőttekénél szerencsére mindig enyhébb, mivel életkoruk miatt az ő megváltoztatásuk jó eséllyel kecsegtet. A büntetés-végrehajtás gyakorlatának folyamatát vizsgálva, az az összefüggés egyértelműen látható, hogy a büntetési és a büntetés-végrehajtási rendszerek humanizálása jellemzően a fiatalkorúak intézményeiben kezdődik, s onnan terjed át a felnőtt bűnelkövetők rendszereire. Ezért is a továbbiakban a fiatalkorú bűnelkövetők kezelésének néhány meghatározó modelljén keresztül mutatom be a fájdalomokozás változásait, az annak csökkentésére tett törekvéseket. Az első szakasszal, a testi fenyítések, kínzások időszakával nem foglalkozom, a bemutatást 1550-től kezdem.

Az első modellek

A *nevelési alanyként* kezelt fiatalkorú bűnelkövetők számára az első javítóintézet Angliában 1550-ben létesült. Nürnbergben 1558-ban, Amszterdamban 1585-ben építettek javítóintézetet, majd 1703-ban Rómában, 1758-ban pedig Milánóban (Pál, 1976). Ez a „mozgalom" Európa szinte minden országára kiterjedt, hazánkban az első javítóintézetet 1884-ben, Aszódon hozták létre.

Az első javítóintézetek jellemző *tevékenységformái* a következők voltak: munkával való foglalkoztatás (szövés, fonás, varrás, kötés), oktatás (elemi ismeretek elsajátíttatása az olvasás, írás, számolás köréből), kulturális foglalkozásokon, istentiszteleteken való részvétel és meghatározott időközönkénti imádkozás, valamint imádságok megtanulása.

A *tárgyi környezetet* az egyszerűség, sőt sivárság jellemezte, mely sivárság természetszerű részét képezte a nevelési stratégiának. Az *életmód, életrend* meghatározója az egyöntetűség, szigorúság, beszabályozottság, s némely intézetben az éjjeli magánzárka.

E modellek a következő *jutalmazási módokat* alkalmazták: heti munkajutalom az eredményesen dolgozóknak; a kiváló viseletű és teljesítményű fiatalok pedig különböző tisztségeket viselhettek. Az alkalmazott *büntetési módszerek:* magánelzárás, ételmegvonás, testi fenyítés; jól mutatják a testi-lelki megtorlás szándékát. A *differenciált bánásmódra* törekvést ezen intézményekben a fiatalok magaviselet szerinti csoportokba helyezése jelentette.

Ezen első intézmények némelyikében rendkívül sajátos módszer is megfigyelhető. A fiatalok éjjel magánzárkában voltak, nappal pedig közösen dolgozhattak, de

úgy, hogy a munkavégzés közben *némaságra kötelezték* őket. Ez a lelki fájdalomokozás igen „kitűnő" módszere lehetett.

Pestalozzi modellje

Az *erkölcsi fogyatékossá* minősített fiatalkorú bűnelkövetők gondozásának meghatározó, *Pestalozzi-féle* modelljében a munkáltatás (ipari és mezőgazdasági), oktatás (iskolai és szakmatanulás), szabadidős foglalkoztatás és valláserkölcsi nevelés kiegészült a fiatal előéletének tanulmányozásával és a fiatalkorúak társadalomba való visszavezetésének gyakorlatával, a mai fogalmaink szerinti utógondozással.

A *tárgyi környezet* egyszerűsége, az *életmód, életrend* szigora ezen intézményeknek is jellemzője. Pestalozzi ugyanakkor hangsúlyozta a *szigorú, de emberséges bánásmód* elvét, mint a nevelés meghatározóját. S bár a zárt intézeti szigort, sőt a „megrögzöttebb" bűnelkövetők esetében a testi fenyítést sem vetette el, mégis összességében fontosabbnak tartotta az „érzelmek ápolását", a „becsületérzés erősítését", a „bűncselekménnyel szembeni irtózat kiváltását", „a rend és az igazságszolgáltatás iránti tisztelet felkeltését" és a fiatalok „szociális felemelkedésének" segítését.

Differenciálási törekvéseit a bűncselekményhez, a bűnhöz való viszony alapján valósította meg. Így elkülönítette azon fiatalok csoportját, akik esetében a tett nem az életmód részeként jelent meg, s azokét, akiknél a bűncselekmények az életmód „szokásos" részét képezték. A „börtön-szigort" és a testi fenyítéseket ezen csoport esetében vélte indokoltan alkalmazhatónak (Pestalozzi, 1959).

E modellben a humanizálási törekvés, a fájdalomokozás csökkentésének igénye mind testi, mind lelki téren már láthatóan megjelent.

Aichhorn modellje

A *gyógyítandó betegként* kezelt bűnelkövető fiataloknak a terápiás elméletek által meghatározott ezen modelljében a főbb *tevékenységformák* változatlanul a munkavégzés, az oktatás és a szabadidős foglalkoztatás voltak, a valláserkölcsi nevelés csökkent hangsúlyával. Ezek egészültek ki az eredményesebb átformálhatóság érdekében a komplex diagnózis (előélet vizsgálata és a fiatal személyiségének vizsgálata) felállításának gyakorlatával, s a szükség szerinti terápiás eljárások (elsősorban pszichoterápia) alkalmazásával.

Alapvető változások jelentek meg ugyanakkor a *tárgyi környezetben*. Aichhorn ugyanis alapfeltételnek tartotta az optimális, esztétikus környezetet, amely része a terápiás légkör, a gyógypedagógiai élethelyzet kialakításának. Ennek következtében is az *életmód, életrend* a fiatalok speciális szükségleteihez jobban igazodó, az egyéni szükségletek irányában elfogadóbb.

A *bánásmód* alapvető jellemzője a megértő-elfogadó attitűd, a türelem, a szükség szerinti segítségnyújtás, az intézmény lehetőség szerinti nyitása, vagyis a bezártság-érzés csökkentése. A bűntudat ébresztésének és elmélyítésének direkt módszerei e modellnek már nem jellemzői.

Különösen hangsúlyos eleme ugyanakkor e szisztémának – a személyiség eredményes átformálhatósága érdekében – a szakszerű, komplex diagnózison alapuló *differenciálás*. Az intézmény pszichiátere, Lazar doktor a fiatalokat személyiségjellemzőik alapján az alábbi csoportokba sorolta:

– értelmi sérülések;
– a szociális viselkedés hibái (ezeket az új környezet hatása alatt minden különösebb nehézség nélkül rendbe lehet hozni);
– a szociális viselkedés hibái (melyek mélyebbre nyúlnak vissza és erősebben rögzültek, esetükben az új környezet hatása mellett aktív nevelőmunkára is szükség van);
– karakterbeli hibák a szociális viselkedés hibái mellett (magasabb intelligenciával);
– a pszichikus egyensúly zavarai a karakterbeli és a szociális viselkedés hibái mellett (alkalomszerű, motivált agresszióval);
– az agresszió különböző formái a karakterbeli és a szociális viselkedés hibái mellett (motiváció nélküli kitörésekkel) (Aichhorn, 1925).

Aichhorn modelljéről mindezek alapján elmondható, hogy a fizikai fájdalomokozás a lehetőségek szerinti minimálisra korlátozódott, a teljes személyiség átformálásának a pszichológia és pszichiátria eszközrendszerével történő megvalósítása azonban a fájdalomokozás másik formájának megtartását jelzi.

Makarenko modellje

E modell a történelmi sajátosságok, valamint Makarenko sok szempontból előremutató nézetei miatt a vázolt fejlődési vonulatban nem helyezhető el egyszerűen. Ez a szocializmus történelme során hol felkapott, hol meg éppen háttérbe szorított jelentős pedagógiai gondolkodó nem tekintette a bűnelkövető fiatalokat sem erkölcsi fogyatékosnak, sem pedig gyógyítandó betegnek, hanem inkább *a kedvezőtlen körülmények áldozatainak*. Szerinte a konfliktusok okai mindig a társadalomban rejlenek, s a társadalom és az egyén viszonyában mutatkoznak meg.

A nevelés feladata éppen az, hogy a normális viszonyt kialakítsa, illetve helyreállítsa az egyén és a társadalom között (Pataki, 1966; Pál, 1976).

A viselkedészavarok, a deviáns viselkedésformák Makarenkóéhoz hasonló megközelítése a közelebbi múltban több szerzőnél is megtalálható. Beckert idézve Bettmer például úgy véli, hogy a viselkedészavar nem olyan „minőség", amely magá-

ban a viselkedésben van meg, hanem az interakcióban, vagyis a viselkedést tanúsító és az arra reagáló között (Bettmer, 1986).

Neukäter és Wittrock pedig e problematikát így közelíti meg: „A viselkedészavarral küzdők olyan gyermekek és fiatalok, akik személyi és tárgyi környezetükhöz fűződő kapcsolatukban az átlagostól fokozottan eltérő, figyelmet felkeltő jegyeket mutatnak... A fiatal és a környezetében élő személyek sérült kapcsolatai egyre inkább a fiatal elszigeteléséhez vezetnek, s ő úgy gondolja, hogy ebből a helyzetből csak társadalmilag elfogadhatatlan magatartási megoldásmódokkal (pl. agresszív reakciókészség, deviáns viselkedés, a teljesítményre vonatkozó követelmények visszautasítása) szabadulhat (Neukäter, Wittrock, 1993, 223-224.)

A bűnelkövető fiatalok szűkebb-tágabb társadalmi környezetének hatásrendszerére a figyelem az 1970-es évektől helyeződött. Így Makarenko ezzel kapcsolatos nézőpontja különösen figyelemre méltó. Nem véletlen, hogy németországi Makarenko-kutatásokra hivatkozva Wolfgang Trede egy néhány évvel ezelőtti FICE (Nevelőközösségek Nemzetközi Szervezete) Konferencián a makarenkói modellt *„gyermekbarát szisztémának"* nevezte.

Makarenko modelljében ugyanis megtalálhatók a kezelés korábbi pozitív elemei: munkavégzés, oktatás, szabadidős foglalkozások. Hiányzik ugyanakkor a bűntudat-keltés, a bűntudat ébren tartása. Ezt ugyanis Makarenko oly mértékben ellenezte, hogy elkerülhetősége érdekében „figyelmen kívül hagyta a gyermekek múltját", hogy „tiszta lappal" kezdhessenek, hogy ne kelljen újra meg újra átérezniük korábbi nehéz életük gyötrelmeit. Ugyanilyen erőteljesen küzdött a stigmatizáció ellen is. Makarenko nem beszélt „törvényszegő" vagy „bűnöző" gyermekekről és fiatalokról, sőt a stigmatizáció elkerülése érdekében nem igényelte a kategorizáló pszichológiai diagnózisokat, s a pszichológia személyiséget átformáló eljárásait sem. Súlyt helyezett ugyanakkor a megfelelő intézeti miliő kialakítására oly módon, hogy az egységes és pozitív nevelői hatásrendszer megvalósulhasson, valamint a növendékek öntevékenységére annak érdekében, hogy életük megszervezésében önállóan is részt vehessenek (Pataki, 1966).

Makarenko modelljét a többiével azonos szempontok szerint vizsgálva megállapítható, hogy az egyértelműen egyik irányzathoz sem kapcsolható, sajátos köztes formát képez, melynek azonban meghatározó jellemzője a fájdalomokozás csökkentésére irányuló törekvés, s a fiatalok társadalmi integrációjának, akkori terminológiával beilleszkedésének segítése.

Környezeti modell

A bűnelkövető fiatalok megítélésének változása, a hangsúly áthelyezése *(re)integrációs esélynövelő tényezőkre* az 1970-es évektől ráirányította a figyelmet a fiatal szűkebb-tágabb társadalmi környezetére, az abban rejlő segítő hatásokra is.

Ennek megfelelően változott meg a zárt jellegű intézetek szakmafilozófiája és tevékenységrendszere. A (re)integrációs esélyeket növelő, képességfejlesztő szocio- és szocálterápiák bevezetésével háttérbe szorult, illetve önként igényelhető lett a személyiség átformálását célzó pszichoterápia, s mérlegelés tárgyává vált – éppen a fiatal távlati perspektívái miatt – a csak munkavégzés vagy csak tanulás lehetősége az intézeti tartózkodás idején. Mindez kiegészült a fiatal családjának a reszocializációs gondozás folyamatába való, az addigiaknál jelentősebb mértékű bevonásával.

Így jött létre az a *környezeti modell*, amely már nem izoláltan kezeli a fiatalt, hanem családi, baráti, korábbi iskolai környezetével egységben. Mindez pedig együtt járt az esztétikus, fejlesztő hatású tárgyi környezet, s a kevésbé rideg, beszabályozott életmód, életrend kialakításával. Fokozott hangsúly helyeződött továbbá a konstruktív életvezetés megalapozására (Ruzsonyi, 1998), az intézetből való kikerülés előkészítésére, s az azt követő támogatásra.

E humanizáltabb, kényszerítő elemeket kevésbé tartalmazó és alkalmazó struktúrában pedig joggal valószínűsíthető a fájdalomokozás további jelentős csökkenése.

A környezeti modell kialakításával párhuzamosan alakultak azok a törekvések, melyek a reszocializációs gondozás új kereteit keresték az addig egyetlenként alkalmazott zárt jellegű intézeti forma helyett. A büntetőjog az alternatív büntetési formákat kereste, a büntetés-végrehajtás pedig a gondozási alternatívákat (Volentics, 1996).

Alternatív büntetési formák – a büntetés alternatívái

A büntettnek a fiatal és az ő társadalmi környezete közötti konfliktusként való felfogása az ifjúsági büntetőjog céljává a *szociális megbékélést* tette (Rössner, 1986). Felerősítette azon nézeteket is, hogy a fiatalkorúakat zárt intézetbe csak a legvégső esetben szabad elhelyezni, ha nincs más megoldás, vagy ha olyan súlyos bűncselekményt követtek el, hogy elengedhetetlen a szabadságuk korlátozása. A zárt intézeti reszocializációs gondozás, mint végső eszköz helyett mind a gyermekvédelmi szakemberek, mind a kriminológia szaktekintélyei a *„gyermekbarát"*, alternatív büntetési és büntetés-végrehajtási formák kialakítását szorgalmazták és szorgalmazzák.

A nyugat-európai országokban leggyakrabban alkalmazott ilyen alternatív eljárások: a *kibékítés-megbocsájtás*, a *kárjóvátétel*, a *közhasznú munka*, vagy például olyan módszer alkalmazása, amely lehetővé teszi a *tett átélését az áldozat perspektivájából* stb. Ezen alternatív eljárások tulajdonképpen olyan ambuláns formában alkalmazott nevelési módszerek, melyek hozzásegítik a fiatalokat ahhoz, hogy tettüket átértékelve fejlődési zavaraikat korrigálni tudják (Gönczöl, 1991; Volentics, 1996).

Az alternatív eljárásokkal a fiatal mentesül a bírósági procedúrától, a stigmatizáció veszélyétől, ezért joggal vélhetjük úgy, hogy a fájdalomokozás, a megtorlás ilyen módon ténylegesen minimalizálódik.

Az ilyen típusú alternatív törekvések közben kiterjed a figyelem a veszélyeztetett gyermekekre és fiatalokra is. A Freiburgban kialakított, Johann Miribung által az 1970-es években vezetett *„Szabadidő Ház"* a hátrányos helyzetű gyermekeknek olyan programokat nyújtott a kora délutáni órákban, melyek a szocializációs hiányok pótlását célozták, s ezzel a bűnmegelőzést szolgálta, késő délután és esténként pedig a bűncselekményeket elkövetett fiatalok reszocializációs gondozását látta el, s mint ilyen, ugyancsak „gyermekbarát" szisztémának tekinthető (Miribung, 1978).

Azt, hogy az alternatív büntetési formák mennyivel okoznak kevesebb fájdalmat, mennyivel tartalmaznak kevesebb megtorló elemet, pontosan megállapítani nem lehet. Vannak a módszert alapvetően megkérdőjelező nézetek is. Michael Voß például, más szerzőkre is hivatkozva, így fogalmazta meg kételyeit: „... a közhasznú munka bírósági kiközvetítése olyan büntetendő személyek számára, akik többnyire hosszú éveken keresztül azt tapasztalhatták, hogy munkaerejükre nincsen szükség, minden bizonnyal cinizmust eredményez. A munkamotiváció kialakulása az ilyen jellegű, fizetést nem adó, alkalmi munkahelyeken, majd a tartós munkanélküliségbe való visszatérés után semmi esetre sem várható el. Ezen túlmenően a középréteghez tartozó személyben az öregek otthonában vagy a pszichiátrián végzett közhasznú munka – a diverziós tervezetben megfogalmazott emberbaráti érzelmek felkeltése helyett – iszonyatot válthat ki" (Voß, 1986, 84.).

A vázolt fejlődési vonulatból remélem érzékelhető egyrészt az, hogy a büntetés szükséges, elkerülhetetlen rossz, másrészt pedig az, hogy *keressük ugyan a „jó" vagy „jobbnak" vélt büntetési és büntetés-végrehajtási módokat, de az igazán „jót" ez idáig még nem sikerült megtalálni. Kérdés persze az is, létezik-e egyáltalán a „jó" büntetési és büntetés-végrehajtási mód?*

Nigel Walker szerint az *emberiesség elve* azt diktálja, hogy a „büntetési rendszernek olyannak kell lennie, hogy a lehető legkisebb szenvedést okozza (mind az elkövetőnek, mind másoknak) a céljai elérése érdekében" (Walker, 1976, 15.).

Így talán nem is olyan elképzelhetetlen Brunkhorst (1986, 22.) gondolata, mely szerint az archaikus büntető-rituálé, a totális kirekesztés mechanizmusa, egy napon talán a börtön is a sötét, nem felvilágosodott múlt részévé válik.

A fiatalkorú bűnelkövetőkhöz való viszonyulás jellemzően ezen, az általam felvázolt és pozitívnak gondolt fejlődést mutatja. Ezért is van az, hogy esetükben keresik és keressük – a *bírósági út helyett* – a *büntetés alternatíváit*, vagyis az olyan *gyermekvédelmi, pedagógiai megelőző és problémakezelő módszereket*, melyek büntetés, stigmatizáció és fájdalomokozás nélkül tudnák a veszélyeztetett és bűnelkövető gyermekeket és fiatalokat segíteni.

AICHHORN, A. (1925) *Verwahrloste Jugend.* Intern. Psa. Verlag, Wien.

BECKER, H. S. (1963) *Outsiders-Studies in the Sociology of Deviance.* New York.

BETTMER, F. (1986) *Probleme der Informalisierung Sozialer Kontrolle im Bereich Abweichenden Verhaltens.* In: Müller, S., Otto, U. H. (Hg): *Damit Erziehung nicht zur trafe wird.* Karin Böllert, KT-Verlag, Bielefeld, 45–75.

BOCZKÓ K. (1997) *A fiatalkori fogyatékos bűnelkövetők bűnözővé válásának okai.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Szakdolgozat, Budapest.

BRUNKHORST, H. (1986) *Sozialtherapie – Schuld – Strafe.* In: Müller, S., Otto, U. H. (Hsg.): *Damit Erziehung nicht zur Strafe wird.* Karin Böllert, KT-Verlag, Bielefeld, 17–27.

CHRISTIE, N. (1991) *A fájdalom korlátai.* Európa Könyvkiadó, Budapest.

DRIEBOLD, R. (1987) *Strafvollzug. (Strafvollzug und Resozialisierung.)* In: *Eyferth,* M. (Otto, U. H.) Thiersch, H.: *Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik.* Luchterland Verlag, Neuwied und Darmstadt, 1129–1147.

GÖNCZÖL K. (1991) *Bűnös szegények.* Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.

GYÖRGY J. (1967) *Az antiszociális személyiség.* Medicina, Budapest.

HARNACH-BECK, V. (1995) *Delinquentes Verhalten Jugendlicher aus sozialwissenschaftlicher Sicht.* In: *Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe.* Juventa Verlag, Weinheim/München, 317–325.

HEGYESI G. (1988) *Az ausztráliai gyermek- és családvédelem körében szerzett tapasztalatok.* A pszichopedagógusok klubjában elhangzott előadás.

HORVÁTH K. (1927) *Az erkölcsi fogyatékosok gyógypedagógiai védelme.* In: Magyar Gyógypedagógia, Budapest, 36–42.

KÁRMÁN E. (1919) *Az erkölcsileg fogyatékosok javító- és nevelőintézeteinek pedagógiai reformja.* In: *A gyermek,* Budapest, 88–98.

KÁRMÁN E. (1922) *A gyermekek erkölcsi hibái és erkölcsi betegségei. (Kriminálpedagógia).* Tudományos Könyvkiadó Vállalat, Budapest.

KLANICZAY S. (1993) *Esetek a gyermekpszichoterápia területéről.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest. (*Hermann Imrét* e kötetnek az *„Agresszióval kapcsolatos megfigyelések a gyermekpszichoterápiában"* című tanulmányában /42–50./ idézi a 42. oldalon.)

MIRIBUNG, J. (1978) *Die Resozialisirung Verwahrloster.* Jugend und Wolk, Wien–München.

MURÁNYI-KOVÁCS E-NÉ. (1976) *A gyermekkori személyiségzavarok pszichológiája.* Tankönyvkiadó, Budapest.

MYSCHKER, N., HOFFMANN, M. (1993) *Pädagogik hinter Gittern.* In: Neukäter, H., Wittrock, M. (Hrsg.) *Verhaltensstörungen.* Universität, Oldenburg. 43–52.

NEUKÄTER, H., WITTROCK, M. (1993) *Berufsorientierung für Schüler mit:*

Torda Ágnes

21.

AZ INTEGRÁLT ISKOLÁZTATÁS HATÁSA A GYERMEK SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉSÉRE

A FOGYATÉKOS GYERMEKEK INTEGRÁLT ISKOLÁZTATÁSÁNAK ELŐZMÉNYEI

Közoktatásunk annak reményével lépett át az új évezredbe, hogy múltból hozott problémáit hátrahagyva, jobbá és hatékonyabbá képes válni. Vannak és mindig voltak olyan feladatai a közoktatásnak, melyek megoldása nem lehetséges egy csapásra, hanem kísérletek és próbálkozások révén. Ilyen lassú fejlődésmenetet sejtet fogyatékos tanulóink integrált oktatásának az elterjedése. A kormányzat közoktatáspolitikai szándéka törvényben, rendeletekben testesül meg, ezek alapján fogalmazódnak meg az intézményi működést rögzítő szabályzatok. A mindennapok gyakorlata azonban gyakran eltérő vagy éppen ellenkező, mint a törvény vagy az annak szellemében működő intézmény törekvése. Elsősorban azokban a kérdésekben tapasztalható a szándék és a gyakorlat eltérése, amelyek nemcsak intézkedést vagy végrehajtást igényelnek, hanem személyességet, értelmi és érzelmi azonosulást vagy elkötelezettséget.

Ilyen bonyolult problémája a közoktatásnak, hogy miként tudja maga mögött hagyni a tanulók iskolarendszer szerint való differenciálását, és miként tudja megvalósítani a tanulók differenciálását az iskola szintjén, a pedagógiai folyamatban (Báthory, 1992). Az a kérdés, hogy fogyatékos tanulóink elkülönítetten, „szegregáltan" vagy ép társaikkal együtt „integráltan" folytassák iskolai tanulmányaikat, érzékelhetően megosztja a pedagógusokat és a szülőket. Annak ismerete is szükséges lenne, hogy miként vélekednek maguk az érintettek, vagyis a tanulók.

A hazai integrációs kutatások, elsősorban az integrált gyermekek nyomon követő vizsgálatai a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán (ma ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar) kezdődtek az 1980-as évek elején. Kezdetben a hallássérült, majd a későbbiekben a testi-, a látás-, az enyhe és a középsúlyos értelmi fogyatékos gyermekekre is kiterjesztve az integrált oktatás támogatását. A gyógypedagógiai kutatások egyidejűleg három irányban indultak: az integrációs modellek kidolgozása, spontán módon integrált gyermekekről adatgyűjtés, továbbá az integráció feltételeinek feltárása. Az ország egyetlen megyéjének teljes körű átvilágítása szerint spontán integrációban a tanköteles korúak 3,7%-a tanult, olyanok, akiknél korábban nem állapítottak meg fogyatékosságot (Csányi, 1995). A mért adatok tapasztalatai nem nevezhetők váratlannak, hiszen korábban is tudott volt, hogy elsősorban szülői kezdeményezésre sok helyütt létrejött a gyógypedagó-

giailag nem támogatott, spontán vagy ridegintegráció. A kutatások fő iránya éppen azt célozta meg, hogy az integráció a befogadó és a befogadott részéről egyaránt tudatos legyen, mert csakis ez utóbbi megoldás ígér tényleges előnyöket az integrált gyermekeknek, tanulóknak (Látókör, 1999).

A fogyatékos gyermekek integrált oktatásának mozgalmát nagyban segítette az 1993. évi LXXIX. közoktatásról szóló törvény, amely kihirdetése óta szinte minden évben módosult, de mindvégig megőrizte az integrációt hangsúlyozottan támogató szándékát. A tudatos, vállalt integráció tehát ma minden közoktatási intézmény részére lehetőség, a helyi önkormányzatok számára pedig kötelezettség. A közoktatásról szóló törvény 1999. évi egységes szerkezetbe foglalt szövegének 86. § (1) és (2) bekezdése rendelkezik arról, hogy a helyi önkormányzat feladatellátási kötelezettsége „magában foglalja a többi gyermekkel, tanulóval együtt nevelhető, oktatható testi, érzékszervi, enyhe értelmi, beszéd- és más fogyatékos tanulók ellátását is".

Az integráció kérdése tehát ma már így hangzik: milyen elvek és szempontok alapján lehetséges és eredményes az ép és a fogyatékos gyermekek együttnevelése? A választ integráltan tanuló fogyatékos gyermekek és szüleik élményeinek tükrében keressük.

A FOGADÓ KÖRNYEZET BEÁLLÍTÓDÁSÁRÓL

A gyógypedagógiának több évtizedes tapasztalata, hogy az épek és fogyatékosok együttnevelésének, oktatásának korábban is voltak sikeres példái, elsősorban olyan környezetben, ahol a gyermek védettséget élvezett és a tágabb közösség elfogadta. Az elfogadás forrása lehetett a település lakóinak összetartása, a gyermek szüleinek kiemelkedően jó szociális státusa vagy egyszerűen az a tény, hogy az intézmény alacsony követelménye a fogyatékos gyermek számára is elérhető közelségbe került. Többnyire természetesen arról volt szó, hogy a gyermek fogyatékossága sem jellegében, sem mértékében nem haladta meg azt a tűrési határt, amely elnézéssel, segítséggel, jóindulattal még kompenzálható. Az is jól ismert, hogy amíg a fogyatékosságnak látható jelei nincsenek, az óvodáskorú gyermekek spontán integrációja szinte észrevétlen szerveződik, az iskolakezdés idején az állandó szülői segítség és a pedagógiai bizakodás támogatja az így integrált gyermeket, azonban később már válságok és krízisek nehezítik a gyermek, a szülő és a pedagógus együttműködését. Olyan csapdahelyzet alakulhat ki, melyben a szülő már ragaszkodik korábban megszerzett jogaihoz, a pedagógus pedig már nem rendelkezik a beavatkozás eszközeivel, a gyermek így naponta megéli másságát.

Az integráció törvényi szabályozása egybeesik annak a közoktatási versenynek a kezdetével, amelynek tétje az intézmény színvonalának emelkedése vagy süllyedése. Ebben a versenyben az integráció sajátos szerepet tölt be, voltaképpen minősíti az intézményt és pedagógusait. A közoktatási intézmények többségében a fogyatékosnak diagnosztizált gyermekek jelentősebb számban való tudatos integrációja igen

lassú folyamat. Ennek többnyire nem az intézmény elutasító magatartása az oka, hanem a szükséges feltételek hiánya: pl. nincs elérhető közelségben gyógypedagógus, a település nem kapcsolódik rá az utazótanári szolgáltatásra, nincs támogató szakszolgálati háttér. Az integráció tudatos vállalása ugyanis azt kívánja a közoktatási intézménytől, hogy alapító okiratában szerepeltesse új tevékenységi körét, pedagógiai programjában és helyi tantervében pedig jelölje meg a rehabilitatív foglalkozások helyét, óraszámát és tartalmát.

Bármely közoktatási intézmény előzetes felkészülés nélkül vagy szándéka ellenére is integráló óvodává, iskolává válhat a más fogyatékosságok körébe tartozó tanulási zavarral küzdő vagy veszélyeztetett gyermekek, tanulók nevelésével-oktatásával. A részképességzavarok miatt különleges gondozásra jogosult gyermekeknek, tanulóknak a közoktatásban nincs kijelölt nevelési-oktatási intézményük, ily módon a gyermek, tanuló sajátos nevelési szükségletének megállapítása egyúttal korábbi közoktatási intézményét fogyatékost integráló óvodává, iskolává minősíti át. A nevelési-oktatási intézmények jó része elfogadja a váratlan helyzetet, s a továbbiakban törekszik az integrációhoz szükséges pedagógiai feltételek megteremtésére, megfelelően elfogadó intézményi magatartás kialakítására. Tapasztalataim szerint a „kényszerből integráló" intézmények ebben az átalakulási folyamatban egyre inkább azonosulnak feladataikkal és a későbbiekben nyitottá válnak értelmi-, érzékszervi, testi- vagy beszédfogyatékosok befogadására is.

Más intézmények azonban megpróbálnak kitérni a szükséges változások elől, s nem vesznek tudomást arról, hogy fogyatékos tanulót nevelnek-oktatnak. A feladatellátás elhárítása részben a pedagógiai ismeretek hiányából, részben a rehabilitációra jogosult szakemberek hiányából, részben a testület tradicionális és merev gondolkozásából adódik.

Hasonló adottságú és hasonló nagyságú közoktatási intézmények szolgáltatói versenyében már jelentősége van az integráció vállalásának vagy elkerülésének. Az integrációt elutasító intézmény akár alkalmazottai, akár a szolgáltatást igénylők számára azt a vélt többletet biztosítja, hogy az intézmény tiszta profilú marad, tehát gyermekei/tanulói és pedagógusai nem kényszerülnek a fogyatékossal való együttélésre, a fogyatékossághoz való alkalmazkodásra. Ezek az intézmények megfelelő indokok sorával igazolják, hogy miért nem lehetséges bekapcsolódniuk az integrációs mozgalomba. Többnyire olyan szülőkkel kooperálnak, akik maguk is azt szeretik, ha az iskola inkább tradicionálisan szerveződik, és nem kell új dolgokat megszokniuk vagy megérteniük. Pedagógusaik jellemző módon ragaszkodnak a korábban választott és bevezetett tanulásszervezési rendhez, s nehezen fogadnak el újabb és kevéssé ismert pedagógiai módszereket és eszközöket. Ezek az iskolák többnyire hangsúlyozottan tradicionális működésűek, már az is meghaladja erejüket, hogy integrációs szándékukat a jegyzőnek bejelentsék, s kialakítsák az integrációs felkészüléshez szükséges stratégiát.

Vannak azonban olyan közoktatási intézmények, amelyek tudatosan és felké-

szülve választják a fogyatékos tanulók integrálását, és éppen ezt tekintik olyan többletnek, amely megkülönbözteti és kiemeli őket a hasonló óvodák, alsó- vagy középfokú iskolák sorából. Ezek a közoktatási intézmények felismerték azt, hogy a máshol is elérhető szakkörök, a változatos szabadidős programok szervezése sem olyan erős értékképző tényező, mint a fogyatékos gyermekek, tanulók befogadásával az együttélés kialakítása, s az ebben rejlő személyiségfejlesztő erő hasznosítása. Az intézményi szándék sok esetben sajnos nem jár együtt a fogyatékos gyermekről való teljes körű gondoskodással. Leggyakrabban a megfelelő pedagógiai ismeretek és készültség, illetőleg a külső segítség hiánya nehezíti a gyermek különleges szükségleteinek elégséges szintű kielégítését. Mindezek ellenére a befogadó óvodák, iskolák példái és katalizátorai az integrációs mozgalomnak, kudarcaik és sikereik segítenek ennek a bonyolult helyzetnek a megismerésben.

A FOGYATÉKOS GYERMEK ELFOGADÁSÁT BEFOLYÁSOLÓ SZEMÉLYI TÉNYEZŐK

Az integrációs helyzet történései igen sokrétűek. E történések az integrációban érintett személyek belső-pszichikai, a személyek közötti kapcsolatok, az oktatás didaktikai, az intézmény és társadalmi környezetének hatásai szintjén vizsgálandók (Wocken, 1994). Ebben a bonyolult feltételrendszerben ez alkalommal a személyek belső-pszichikai, valamint kapcsolati szintjét próbáljuk megérteni, elsősorban az elfogadó-elutasító viselkedés dimenziók tükrében, a teljesség ígérete nélkül.

Eltekintve attól, hogy spontán vagy szándékos az integráció, az elfogadás-elutasítás a gyermekek, a szülők és a pedagógusok között is megfigyelhető. Természetesen a gyermekek nemcsak egymással, hanem pedagógusaikkal, és mindannyian a szülőkkel is érintkeznek, így szociális kapcsolatok sűrű hálója jön létre, amelyben a viszonyulások változékonyak, s érzékenyek. Terjedelmi korlátok folytán elsősorban az érkező szülők, illetve gyermekek kapcsolatainak elemzésére vállalkozunk, bár a legtöbb esetben a fogyatékos gyermekkel és családjával együtt tanárok is érkeznek a befogadó intézménybe, kik szintén új kapcsolati mezőkben minősülnek. Az érkezőkben közös, hogy mindnyájan idegenek, s helykeresők ebben az új szociális környezetben. A befogadóknak – gyermekeknek, szülőknek és pedagógusoknak – meg kell tanulniuk elfogadni a fogyatékosságot, amire aligha kellően felkészültek. A fogyatékossággal szembesülni átmenetileg ijesztő is lehet (Magyar, 1994) vagy ennél erősebb élmény, „mélyreható érzelmi megrázkódtatást vált ki belőlünk" (Wocken, 1994), tehát a fogyatékossal együtt élni, dolgozni nemcsak magasztos vállalás, mint ahogy azt a kívülállók gyakorta vélik, hanem egyúttal állandó törekvés a másság elfogadására. A másságszemlélet, bár egyén-egyén közötti kapcsolatban jelenik meg, hátterében csoportok véleménye tükröződik más csoportokról (Illyés, 1999).

Már az érkezés-fogadás helyzetek jelöléséből kitűnik, a szándékos/tudatos integráció feltétlen előnye, hogy mindenki azonosítható: fogyatékos gyermekről, a fogyatékos gyermek családjáról és gyógypedagógusról beszélünk. A gyermek fogyatékosságának megnevezése egyúttal azt is ígéri, hogy a szülők már megküzdöttek a gyermek állapota miatti szorongásukkal, és kezelni is tudják. Feltehetően ezek a szülők képesek legjobban ráhangolni gyermeküket, továbbá magukat és környezetüket – a megváltozott működés ellenére is – a fellelhető örömforrásokra és belső harmonizációra, mivel maguk is mernek örömöt találni fogyatékos gyermekükben.

Nem véletlen, hogy a jó képességű testi és érzékszervi fogyatékosok a sikeres integráció példái, mivel nem zavarják a fogadó intézményben korábban is folyó munkát, s ezen túl még kiemelkedő teljesítményekre is képesek (Csányi, 1995). A sikeresség hátterében feltehetően szerepe van annak is, hogy a korán felismert és markáns fogyatékosság kimondásával egy időben megindulhatott a szülő élményfeldolgozása, és így az iskoláskorra a szülői elfogadás megbízható támaszt jelent a gyermek számára.

Gyakori tapasztalat azonban, hogy a fentiekkel ellentétben a szülők részéről az integrált tanulás választása inkább a valóság elhárításának és nem a valóság vállalásának bizonyítéka. A fogyatékos gyermek integrálásával a szülő szinte letisztítja gyermekéről a fogyatékosság stigmáját, és a továbbiakban is a valóságtól egyre távolítva szemléli gyermeke problémáit. Egy tanulásban akadályozott, integrált fogyatékos gyermek felsőfokú végzettségű édesanyjával folytatott beszélgetés részletei: „nem is tudom, hogy van ott náluk az iskolában, ...nem szoktunk ilyesmiről beszélni, ...ott bent mindent megcsinálnak, otthonra már nem marad feladat, ...szerintem nem érdemli meg azokat a jegyeket, amiket beírnak neki, ...nem tudom, hogy van-e ott valaki, aki külön is foglalkozna vele, ...mintha lenne ott egy külön tanár is." Ugyancsak integrált, tanulásban akadályozott gyermek szüleivel folytatott beszélgetésből kiemelt idézetek: „azért jár oda, mert nem megy neki az olvasás, meg nem megy a matematika, ...olyan, mintha diszlexiás lenne, ha ezen lehetne segíteni, mindenben jobb eredményt érne el, ...osztályában nagyon csendes, sajnos sok területen mutat elmaradást, ...a bizottsági vizsgálat után azt mondták, hogy enyhe értelmi fogyatékos, ezért kell más iskolába járnia". Mindkét beszélgetésben – az eltérő közlések ellenére – a fogyatékosság szülői elutasítása mutatkozik meg. Az édesanya nem mutat érdeklődést az integrált iskoláztatás feltételei iránt, ennek gondját rábízza a pedagógusokra. A szülő megszervezi gyermeke integrációját, de ennek indoklásában továbbra is kerüli az értelmi fogyatékosságot mint kiváltó okot, ezt helyettesíti be a diszlexiával, ily módon a maga számára is redukálva a probléma súlyosságát.

Mindkét esetben hasonló a szülői motiváció, az integrációval megszűnik a gyermek másoktól való különbözősége, és helyébe lép a gyermek másokkal való azo-

nossága. Feltevésünket alátámasztja a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottságok azon tapasztalata (Metzger, 1999), hogy az integráltan tanuló gyermekek szülei számottevően többször kezdeményezik fogyatékos gyermekük állapotdiagnózisának módosítását, mint ahányan ezt kérik a szegregáltan tanuló, hasonló adottságú gyermekek esetében. Érdekes módon a hivatalból való felülvizsgálat kötelezettsége is különbséget tesz az integráltan és szegregáltan tanuló fogyatékosok tekintetében, az integráltan tanuló fogyatékosok rendszeres nyomon követését elrendelve.

Nagyon valószínű, hogy önmagában a tudatos integráció nem bizonyítéka a szülő fogyatékosságot elfogadó érzelmi ráhangoltságának, s ezért szülői szerepének alakulásában továbbra is az elutasítás belső élménye a meghatározó. Tapasztalataink szerint a gyermeknek rendkívül nehéz a szülő akár jelzésszerű elutasításával megbirkózni, de ha egyébként más területeken elfogadást tapasztal, akkor személyiségfejlődésében képes kompenzálni ezt a megvonást. Ilyen kiegyenlítő lehetőséget nyújtanak a jó iskolai eredmények és a pozitívan minősített iskolai magatartás.

Gyógypedagógiai pszichológiai tapasztalatok

A továbbiakban az integrált fogyatékos gyermekek kapcsolatainak alakulását követjük. Ennek egyik aspektusa, hogy a gyermek, a tanuló a közösséget, amelyben él és tanul, mennyire tartja befogadónak. Ugyanez a kérdés a csoport felől szemlélve így fogalmazódik meg: az érkező fogyatékos társ, aki velünk fog élni és tanulni, mennyire befogadható?

A fogyatékos tanuló az integrálással valóban elveszti fogyatékosságának intézményhez kötött stigmáit, tehát nem lesz például „kisegítős gyerek", de mássága továbbra is megmutatkozik, elsősorban a csakis reá irányuló megváltozott bánásmód és intézkedések miatt. A gyermek tudatában van különleges szükségleteinek, és a többiek felismerik különleges helyzetét. A kortárs csoport elfogadókészségét erősen befolyásolja az, hogy az integrált gyermek fogyatékossága mennyire szembetűnő. Könnyebb elfogadónak lenniük olyan gyermekekkel, akik számukra is definiálható módon fogyatékosok. Egy látássérült gyermek fogadására az óvodai csoport tagjai így reagáltak: „de hiszen van szeme ...nyitva van a szeme ...rám nézett ...tud menni" (Gregus, 1997). A fogyatékos gyermekkel való találkozás csalódást okozott számukra, előzetes fogyatékosképükhöz nem illeszkedett. Tapasztalható ez akkor is, ha értelmi, beszéd- vagy más fogyatékost integrálunk, akiknél nem fedezhetők fel külső nyomai a fogyatékosságnak. A kortárs gyermek zavarba jön, s a továbbiakban a fogyatékosra irányuló megkülönböztetett pedagógiai figyelem, a külön tanítás és törődés kivételes kedvezményeknek tűnnek fel szemében. Ezek elegendő okot adnak arra, hogy az integrált fogyatékos kisodródjon a közösség peremére, ami az integráció egyik reális veszélye.

Korábbi kutatásokból ismert, hogy az integrált, tanulásban akadályozott gyermekek szociometriai helyzete az osztályban általában alacsony, némelyeknek mégis sikerül osztályukban jó szociális értéket elérniük. A kedveltségi rangsor alakulását valószínűleg a következő tényezők befolyásolják: a gyermek iskolai teljesítménye, külső megjelenési képe, általános önértékelése, intelligenciája, esetleges feltűnő jegyei vagy magatartásmódja. Ezek a jellemzők azonban az integrációs és a speciális osztályokban egyaránt érvényesülnek, tehát a gyermek szociális státusa pusztán a rá kiterjesztett iskolaszervezési intézkedésektől nem fog javulni (Bless, 1991). Ez tehát azt a feltevésünket erősíti, hogy az elfogadás-elutasítás minősítés nem annyira a másságra, hanem sokkal inkább a gyermek személyiségére vonatkozik.

E célra összeállított kérdőívvel szociometriai vizsgálatokat végeztünk egy tanulásban akadályozott gyermekeket integráló általános iskola 1., 2., 3., 4. osztályaiban. Kérdéseinkkel többek között a kirekesztettség, az izoláció, a másság, a tanulási nehézség megítélését kértük a tanulóktól. Összesen 93 gyermeket kérdeztünk meg, közülük kilenc volt integrált fogyatékos. A kapott válaszok megerősítették előzetes feltevésünket, vagyis az integrált, tanulásban akadályozottak elfogadása vagy elutasítása elsősorban a személyiséghez kapcsolódik. A fogyatékos tanulók többsége nem peremhelyzetű vagy a közösségtől izolált, bár természetesen minden fogyatékos tanulót felsoroltak arra a kérdésre válaszolva, hogy „az osztályban kivel kell másképp bánni, mint a többiekkel?" (Torda, 1998; Aszalós, 1999). Hasonlóan jó szociális elfogadást tapasztaltak integrált hallássérült gyermekek nyomon követésében is (Perlusz, 1995; 1998).

Az integrációt segítő gyógypedagógiai terápiás munka modellje

A gyógypedagógiai terápiás munka jócskán megkésett, ha csak az integrációval egy időben kezdődik. Az integráció ugyanis egy közös munkafolyamat egyik állomása, melyben a szülő és gyermeke, valamint a gyógypedagógiai segítő közösen készülnek fel a befogadásra. Nyilvánvalóan legjobb eséllyel azok a tanulók integrálhatóak, akiknél a gyógypedagógus támogatása arra is kiterjedt, hogy a szülő feldolgozza a fogyatékosságot, és gyermekét képes legyen elfogadni olyannak, amilyen. Azok a szülők, és gyakran azok a pedagógusok, akik nem jutnak el az elfogadás kívánt szintjére, a gyermeknek elsősorban a fogyatékosságát látják, ezt a minőségét szinte lehasítják a személyiség egészéről, s mint különállót kezelik. Ilyen állapotokra utalnak az alábbi szülői megnyilvánulások: „egyébként annyira helyes és jó ...csak ez a probléma ne lenne, máskülönben olyan, mint a többi". A gyógypedagógiai segítő munka ezekben az esetekben – a szülőnek is szólóan – a gyermek belső, pszichés integrációját kívánja elérni, hogy a személyiség egésze harmonizálódjon.

A gyermek másság-élménye kifejezett és megélt, gyakran valóban zavarba ejtő számára, de ez még nem jelenti a fogyatékossághoz társuló további problémák megjelenését. Hazai felmérés szerint a pedagógusok arra a kérdésre, hogy milyen eltérést nem tud elképzelni az átlagostól normális gyermekközösségben: „első helyen a fizikai és szellemi fogyatékosságot és a magatartászavart említették" (Debreceni..., 1996). Ez azt jelenti, hogy az általuk felsorolt viselkedési jellemzők, mint a nagyfokú agresszivitás, erőszakosság, összeférhetetlenség, osztályhelyzetben hasonló nehézségek lehetnek, mint az ugyancsak általuk említett fizikai és szellemi fogyatékosságok. Ez csak megerősíti azt a feltevésünket, hogy a sikeres integráció valódi veszélyei a viselkedési problémák, amelyeket a befogadó környezet nehezen tolerál. Természetesen minden gyermekközösségben előfordulnak rosszalkodó, vagy az órát zavaró gyermekek, de integrált fogyatékosok esetében bonyolultabb hatásmechanizmusokat feltételezünk.

Arra keressük a választ, hogy az integráció mennyiben járul hozzá a fogyatékos gyermek terápiát igénylő viselkedésmódosulásához.

Dóri integrált fogyatékosként lett az általános iskola 3. osztályának tanulója. Ez a nap valóban nevezetes állomása volt annak a folyamatnak, mely a gyermek anamnéziséből ismertté vált. Édesanyja egyedül neveli, ez így volt születésétől fogva, mivel a szülők nem házasodtak össze és az anya nem is akarta, hogy a vér szerinti apa ismerje gyermekét. Az anya foglalkozásának komoly társadalmi rangja van, a megélhetés anyagi feltételeit egyedül is képes biztosítani, egyebekben időnként édesanyja segítségét veszi igénybe, mint pl. Dóri kísérése, felügyelete. Az anya önálló, független, magabiztos, mindezekhez szép, finom megjelenésű, nőies. A beszélgetést úgy irányítja, hogy csak sokára válnak érthetővé a száraz tények. Dóri veszélyeztetett terhességből, komplikációmentesen született, egészségesen. Az anya rövid ideig táplálta anyatejjel, megfelelő fejlődésmenet után, másfél éves korában került bölcsődébe. A problémamentes csecsemő- és óvodáskort követően, hirtelen szakadt rájuk a tanulási akadályozottság gondja. Négy óvodában töltött év után egy tanévre mentességet kapott az iskolakezdés alól, majd 8 éves korában első osztályos lett. Meglepő módon nem a lakóhelye szerinti általános iskolában, hanem attól jóval távolabb választott iskolában kezdett tanulni. Ennek az iskolának talán egyetlen előnye, hogy hetente hat alkalommal foglalkozott vele logopédus. Éppen ő volt az, aki az év végén szakértői bizottsági vizsgálatot javasolt. A gyermek vizsgálatát összegző szakvélemény szerint: a gyermek alacsony értelmi fejlettségű, a tanulási teljesítményzavar nyelvi eredetű, ezért tanulmányait logopédiai osztályban folytatja.

Alig kezdődik meg a tanév a kijelölt általános iskola logopédiai osztályában, az anya a pedagógusok kérésére ismét vizsgálatra viszi gyermekét a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottsághoz. Háromszor egymás után is vizsgálják Dórit, az első és az utolsó vizsgálat között három hónap telik el. A diagnózis: enyhe fokú értelmi fogyatékosság. A tanulásra kijelölt, enyhe fokban értelmi fogyatékosok általános iskoláját az anya nem akarja elfogadni, akkor kezd kutatni és

érdeklődni, hogy milyen egyéb megoldások jöhetnek szóba. Így kerül át Dóri egy olyan általános iskolába, ahol integrált fogyatékosként folytathatja tanulmányait. Miközben erről beszélünk, az édesanya állandóan elsírja magát, ilyeneket mond: „nagyon rendesek voltak, de borzasztó volt a bizottság előtt többször is megjelenni". Aztán ezt mondja: „nem tudok rágondolni se, hogy nekünk oda kellett menni. Ne haragudjon, de nem találom az ott kapott papirokat, nem tudom, miért kellett volna Dórinak abba az iskolába járnia".

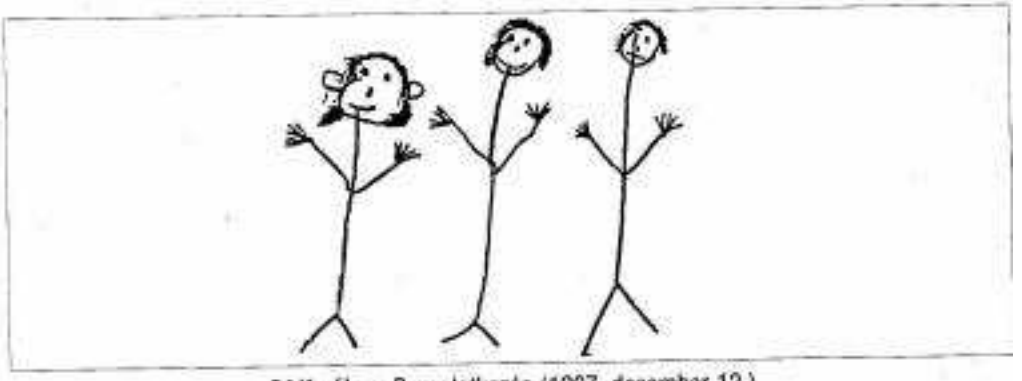
Az emlékek ébresztette fájdalom ugyanolyan intenzitású, mint annak idején volt. Az anya nem tud megbékélni a fogyatékosság tényével, s ismét kitűnik, hogy a kritikus élethelyzetekből nem feltétlenül a valódi események emléke lesz maradandó, hanem azoknak az élményeknek és hangulatoknak a nyoma, melyek nagy intenzitással kapcsolódnak az eseményhez.

A behelyezés, együttnevelés alapvető funkciója a fogyatékos gyermek szociális tanulásának segítése, egyik elérendő cél a szociális integráció. Az osztályban három integrált fogyatékos tanul, két tanulásban akadályozott kislány és egy hallássérült fiú.

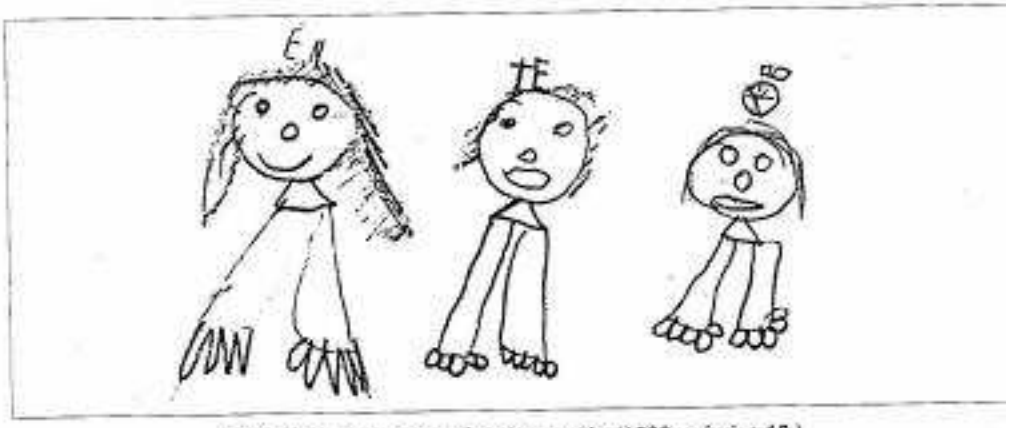
Dóri édesanyja az integrációról így beszél: „ők ketten a barátnőjével mégiscsak kirekesztettek, ...szokták őket csúfolni, hogy ti buták vagytok". Máskor ezt mondja: „á, szerintem, nem érdemli meg azt a jegyet, amit adnak neki". Ha az integrációs pedagógusról kérdezem: „Talán van ilyen – mondja. Igen, mintha lenne valaki, aki néha külön is tanítja őket. Ilyesmiket nem nagyon kérdezgetek".

Dóri terápiáját otthoni és iskolai rossz magaviselete miatt kezdeményezi az édesanya. Otthon egyáltalán nem fogad szót, dühöng, hisztizik. A pedagógus is többször utalt a magatartási problémákra. Dóri intelligens fogyatékos, ezt mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a kezdeményezett játékterápia első pillanatától fogva tudja, mit akar játszani, miben igényli a terapeuta bevonását, mit akar egyedül megjeleníteni, átélni. A játékhoz egy szép babát választ, amit Emmának nevez. Emma önfejű, nem hallgat a szüleire, külön akar költözni, hiába könyörögnek neki, hogy maradjon velük, ő hajóra száll és elhajózik Amerikába. Szállodában lakik, de egy nap rosszul lesz, és ebből megtudja, hogy kisbabát vár. Nem árulja el a szüleinek, pedig azok naponta telefonálnak, csak amikor anyja átrepül New Yorkba, és ott találja Emmát, szoknyája alatt egy kisbabával, akkor így kiált fel: „Emma, neked gyereked lesz!" Nem sokkal ezután megszületik a baba, az újszülött édesanyjától a Dóri nevet kapja. Amikor a terápiás óra befejeződik, Dóri ezt mondja: ez egy száz részes sorozat lesz, ez volt az első rész. S valóban, az eredetmítosz folytatódik. Hozzávetőleg a hatodik résznél tartunk, amikor Dóri – az álomhoz hasonlóan – sűríti az eseményeket. Dóri baba ebben a részben már iskolás, de tele van panasszal: „Utálnak a gyerekek, engem senki sem szeret, utálnak, utálnak, gyűlölnek, nem megyek holnap iskolába, elmegyek ebből az országból. Hol az apukám? Én egy milliomos kislánya vagyok". Kiabálva és izgatottan ismételgeti a panaszokat, siránkozik a baba nevében.

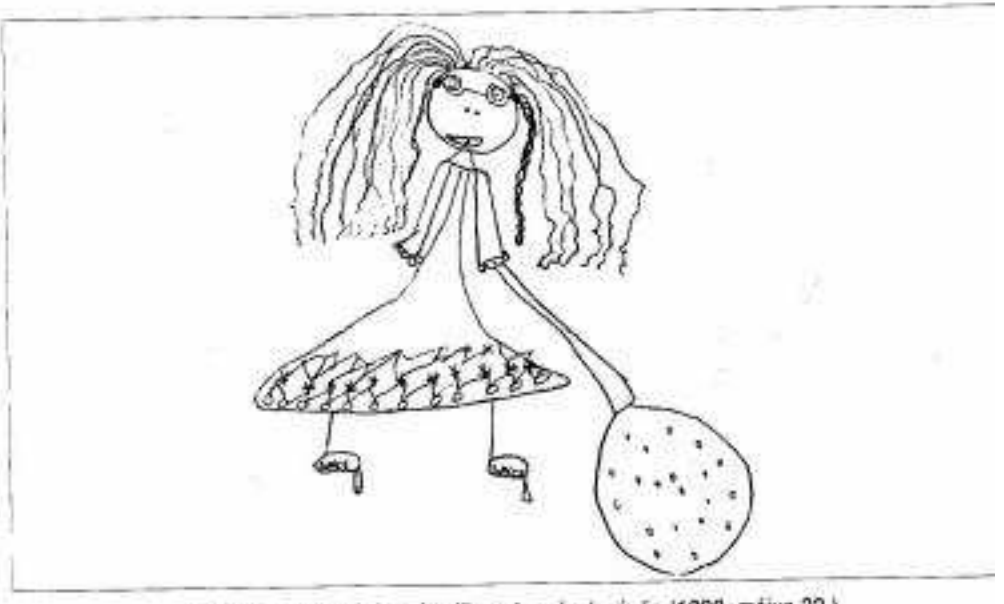
A terápia fél éven át tartott, heti egy alkalommal. Sikerességét leghitelesebben



21/1. ábra. Bemutatkozás (1997. december 12.)



21/2. ábra. A terápia első szakasza után (1998. március 10.)



21/3. ábra. A terápia második szakaszának végén (1998. május 22.)

Dóri rajzai illusztrálják. Az első találkozásunk során készült vonalas ábrázolású emberalakból fejlődött ki, mint bábból a pillangó, a hangsúlyozottan nőies kislány-ábrázolás *(21/1–3. ábra)*. Az eljátszott történet meghatározó motívuma a titok. A származás titka, az apa kilétének titka és a fogyatékosság titka. Más vagyok mint akinek látszom. Mások látják-e, hogy én más vagyok? Az anya nem képes megbékélni gyermeke másságával. Az integrációban is az elrejtés lehetősége vezeti.

Feltevésünk szerint az integráció pszichés veszélyei a többszörös elutasításban összegződnek. Ha a gyermek fogyatékosságát a szülő rejtetten, a gyermektársak vagy pedagógusok nyíltan elutasítják, akkor a gyermek ennek terhét már nem tudja tovább viselni. Az „én" és az elhárító mechanizmusok fejletlensége miatt ilyenkor borul fel a viselkedés vagy a személyiség szervezettsége, és adja át a helyét azoknak a diffúz megnyilvánulásoknak, melyek a környezet számára riasztóak. Mint minden tünet, ez is arra figyelmeztet bennünket, hogy elsősorban ránk számíthat a pszichés, szociális és kognitív rendjének helyreállításában.

Irodalom

ASZALÓS ZS. (1999) *Tanulásban akadályozott integrált tanulók társas viszonyainak alakulása.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Szakdolgozat, Budapest.

BÁTHORY Z. (1992) *Tanulók, iskolák – különbségek.* Tankönyvkiadó, Budapest.

BLESS, G. (1991) *A tanulásban akadályozottak integrációja – a szociális, emocionális és értelmi fejlődéssel kapcsolatos hatékonyságkutatás eredményei.* In: Csányi Y. (szerk.) *Együttnevelés-Speciális igényű tanulók az iskolában. Az integrált fejlesztés lehetősége.* Iskolafejlesztési Alapítvány. OKI Iskolafejlesztési Központ, Budapest (1995). 132–142.

CSÁNYI Y. (1995) *Speciális nevelési szükségletek-integrált iskolai fejlesztés, főiskolai kutatás.* In: Perlusz A. (szerk.) *Fogyatékos gyermekek integrált nevelése hazai kísérletek tükrében.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest. 5–17.

DEBRECENI VISELKEDÉS-PEDIÁTRIAI MUNKAKÖZÖSSÉG (1996) *Módszertani ajánlások speciális szükségletű gyermekek integrált neveléséhez.* In: Speciális pedagógia, 3. évf. 1., 1–18.

GREGUS J. (1997) *Speciális szükségletű gyermek integrált nevelése az óvodában.* Speciális Pedagógia, 3., 4. évf. 18–27.

ILLYÉS S. (1999) *Másság és emberi minőség.* In: Új Pedagógiai Szemle, 49., 3–10.

LÁTÓKÖR (1999) *Pro és kontra az integrációról.* In: *Új Pedagógiai Szemle* 10., XLIX. évf.

MAGYAR M. (1994) *Az integráció komplexitása.* Speciális Pedagógia, 1. évf. 22–25.

METZGER B. (1999) *Szakértői Bizottságok helyzete, feladatai, az együttműködés lehetőségei*. Előadás. A Nevelési Tanácsadók és Szakértői Bizottságok Regionális Tanácskozásán, Budapest.

PERLUSZ A. (1995) *Integráltan tanuló hallássérült gyermekek szociometriai vizsgálata*. ELTE. Záródolgozat. Budapest.

PERLUSZ A. (1998) *A hallássérült gyermekek hazai integrált nevelése-oktatása, különös tekintettel az integrált nevelést befolyásoló tényezőkre*. ELTE. Kandidátusi disszertáció. Budapest.

TORDA Á. (1998) *Az integráció pszichológiai aspektusai*. Integrált neveléssel foglalkozó intézmények III. találkozója. Budapest, Csepel. Előadás.

WOCKEN, H. (1988) *Integráció az iskolában*. In: Papp G. (szerk.) *Válogatás az integrált nevelés szakirodalmából*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest (1994). 7–19.

Vassné Kovács Emőke

22.

Integráció a logopédiában, különös tekintettel a diszlexiásokra

Az integráció és a szegregáció kérdésének történeti háttere

Az integráció és a szegregáció kérdése a logopédia területén sajátosan jelenik meg. Míg a 19. és a 20. század fordulóján a sérültek oktatását általában szegregáltan, gyógypedagógiai intézményekben tartják korszerűnek, addig a beszédhibások ellátása, a logopédia kialakulásának e kezdeti időszakában, integráltan valósul meg. Feltehetően fontos szerepet játszik ebben az a tény, hogy a beszédsérülés/beszédhiba a kommunikációt, a társadalmi beilleszkedést kevéssé gátolja, így a társadalom toleranciája magasabb. Ez nem azt jelenti, hogy a beszédhibák rejtettek maradnak, és hogy a kiküszöbölésükre nem próbálnak megoldást találni. A pöszeségre, gyakoriságán kívül, azért is korán felfigyelnek, mert az anyanyelvi nevelés és vele együtt a tiszta artikuláció igénye a 19. század közepétől hazánkban egyre nagyobb jelentőségűvé válik. A később meginduló logopédiai munkát a megelőző fonetikai kutatások és Szilágyinak (1835) a pöszeségről (selypségről) írt összefoglaló műve alapozza meg. Ebben nemcsak a létrehozó okokat és a hallható tüneteket írja le, de terápiás megoldást is közread. Másrészt Árvainak (cit. Bakos, 1955) az a – ma is elismerésre és követésre méltó – pedagógiai szemlélete, amely népiskolai tanítóktól nemcsak saját fonetikai ismereteik elmélyítését kívánja meg, hanem ezen ismereteknek a gyermekhez való közelhozását is, mégpedig az olvasás-írás tanítását megelőzően. Ezzel Árvai szerint tudatosabb, zavartalanabb betűelsajátítás válik lehetővé, amit tekinthetünk akár a „diszlexia-megelőzés" első alkalmazásának is, bár, mint tudjuk, a diszlexia témája csak az 1900-as évek első évtizedeiben válik közismertté Ranschburg (1916, 1928) és munkatársainak kutatásai révén, „legaszténia" néven. Az ajak- és/vagy szájpadhasadék az érthetetlen beszéd és a külső stigma ellenére feltehetően azért nem jelenik meg a korai közlésekben, mert arányuk a logopédiai kórformákon belül eléggé alacsony. Természetesen minden, a beszédhibákkal kapcsolatos közlés megemlíti a dadogókat és a kezelés fontosságát, de még az elkülönítés igénye nélkül.

A beszédhibások kezelésére alakult első intézmény az ún. „Orthophonikus Intézet"; külföldi minták figyelembevételével, a jogosultak körének felmérését követően, 1891-ben Aradon nyílik meg Roboz (1891) kezdeményezésére és vezetésével. A népiskolákban tanuló beszédhibás („dadogó, hebegő, selypítő", hallásukat

később elvesztő, „valamint más kiejtési hibában szenvedő") gyermekek, a beszédhiba súlyosságától függően, 3–10 hónapig járnak be kezelésre. (Igen jelentős tény, hogy a felnőttek ellátásáról is gondoskodik, *tanfolyami* formában, hiszen ez a kérdés ma sem teljesen megoldott.) Intézményében néptanítókat alkalmaz, akiket logopédusokká képez ki. Roboz tisztában van azzal, hogy a dadogók kezelése szakorvosi segítséget is igényel, ezért az orvos társigazgató „therapeuticus" kezelési feladatot is ellát.

Roboz, majd tanítványai *„gyógytanfolyamokat"* hoznak létre az akkori Magyarország legkülönbözőbb pontjain, ami az *ambulanter* kezelési forma széles körű elterjedését jelenti. A fővárosban 16 ilyen tanfolyam működéséről tudunk. A súlyos esetek (főként dadogók) hatékony kezelése érdekében külön *„beszédosztály"* létesítését tartja szükségesnek. Sarbó kezdeményezésére a főváros négy kerületében (III., VI., VII., VIII.) ez meg is valósul (Gordosné, 1972). Schulmann Adolf (1931) a „Gyógypedagógiai beszédiskolák szükségessége és azok szervezete" címmel megjelentetett cikkében a logopédia hazai történetében először adja közre a lehetséges szervezeti formákkal kapcsolatos, ma is korszerűnek tekinthető, átgondolt, kidolgozott elképzeléseit. „Ars poetica"-ja szerint *„minden egyes hibásan beszélő gyermeknek joga van arra, hogy megfelelő gyógypedagógiai ellátásban részesüljön"*. Figyelembe véve a beszédhiba típusát és súlyosságát, négyféle szervezeti forma létjogosultságáról fejti ki véleményét. A *gyógypedagógiai beszédtanfolyamokat* a felnőttek részére tartja szükségesnek. Gyermekek (főként általános pöszék és dadogók) számára viszont, az igényesebb kezelés érdekében, *beszédosztályok*, illetve *beszédiskolák* létrehozását javasolja (Schulmann, 1931).

Milyen előnyöket biztosít a Sulyomi-Schulmann elképzelte „gyógypedagógiai beszédiskola"? A népiskolák első osztályosainak szűrésével azonnal elkezdhetik a beszédhibások terápiáját. A logopédiai kórformáknak megfelelő terápiás módszerek alkalmazását a tanítást és kezelést végző gyógypedagógiai tanárok biztosítják. A pöszék esetében alkalmazott „hangfelfogási és artikulációs", valamint a „beszédmotorismus fejlesztésére alkalmas gyakorlatok"-at mai terminológiánk az artikuláció kialakításának előkészítő fázisának nevezi. A dadogó kezelésének azt a szemléletét, hogy „önérzetét erősítse, értéktudatát emelje, beszédfélelmétől, e legveszélyesebb psychikai bántalomtól megszabaditsa, egész egyéniségét a jó értelmében átalakítsa", a pszichoterápia ma is alapvetőnek tekinti.

Az osztályok maximális létszámát, napjainkra is érvényesen, 12–15 tanulóban határozza meg. *Internátusos intézmények* létrehozásával a kisebb helységekben lakó beszédhibások szakellátását kívánja biztosítani. Korszerű szemléletére utal, hogy a *szegregációt* csak *átmeneti* megoldásnak tekinti.

Budapesten és a nagyobb városokban egy-két gyógypedagógiai beszédiskola, a „főbb kerületekben pedig önálló beszédosztályok" felállítását tűzi célul. A beszédiskolák fontos feladatának tekinti a *tanácsadást* is. A *megelőzés* egyik formájaként a hibás beszédű gyermekek szüleit megfelelő nevelési és orvosi tanáccsal látja el. Impo-

náló, hogy az 1931-ben megfogalmazottak a legújabb *„más jellegű speciális iskola"*, a *többcélú intézmény* gyakorlatával megegyező elképzelések (Hegarty, 1995).

Szerzőnk a szervezeti formák kialakításakor az iskoláskoron túltekintve a beszédhibás tanulók jövőjére is gondol. Gyógypedagógiai tanár bevonásával létesítendő *pályaválasztási tanácsadó* szervezését tartja indokoltnak. A két világháború azonban – többek között – a logopédiai hálózat országos kiépítését is meggátolja. Emiatt Sulyomi-Schulmann értékes munkája torzó marad.

Hosszú szünet után, 1953-ban létesül egy rövid életű *logopédiai óvoda*, szervezetileg az akkori Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolához tartozóan. A Főiskola 1956-os (Bethlen térre való) átköltözését követően a gyermekek egy tanéven át (1957–58) még ugyanott, *logopédiai osztály*ban folytatják tanulmányaikat. 1960-ig tehát az ép beszédűekkel való *teljes oktatási integráció* a meghatározó az országban. A logopédiai hálózat a Beszédjavító Intézet 15 tanárából és néhány megyeszékhely logopédusából áll, akik *ambuláns* kezelést végeznek.

1960-ban jön létre a Sulyomi-Schulmann által megálmodott első, országos beiskolázású, *internátusos logopédiai intézet*, a *kőszegi Beszédjavító Általános Iskola és Nevelőotthon*. Ebben két második osztályt indítanak, amelyben súlyos dadogókat, pösze-dadogókat, diffúz pöszeket helyeznek el. 1983-tól a profil változásával nagyrészt diszlexiás, centrális pösze, diszfáziás gyermekek oktatása és kezelése folyik. A tantestület tagjainak legnagyobb része másoddiplomás gyógypedagógiai tanár. A *cél*: 2–3 éves intenzív foglalkozás után a családba való visszahelyezés, és egyben *integrálás, ambuláns* kezelési megsegítéssel a lakóhely szerinti iskolába.

1968-ban országosan kibővülnek az ambulanciák (megyei, járási, városi, intézményi szinten). A megnövekedett igényeket ennek ellenére sem tudják kielégíteni, mivel a logopédiai fejlesztő-terápiás munka hatókörébe a 60-as évek közepétől fokozatosan bekerül a diszlexia megelőzése, illetve korrekciója is. Ez egyrészt a pedagógiai pszichológia azon kutatási eredményének tudható be, mely szerint az iskolai kudarcokért leginkább a diszlexia megléte a felelős. Másrészt a nyelvészeti szakirodalom hatására a logopédusokban tudatosodik a nyelvi fejlődés egységes folyamata (a receptív-expresszív fejlődésre épülő olvasás és írás). Ennek ismeretében egyre több logopédus figyel fel a beszédhibások logopédiai korrekcióját követő diszlexiás panaszaira. Ellátásuk fokozatosan a szervezeti formák változását is befolyásolja.

1981-ben nyílik meg az első *logopédiai óvoda* (Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Gyakorló Logopédiai Óvoda), majd ezt követi 1984-ben, Meixner Ildikó szorgalmazására, az első, súlyos beszédhibások számára létesített *logopédiai osztály* a Baranyai Úti Általános Iskola keretein belül. Fürst Beáta motoros diszfáziás, általános pösze, dadogó, diszlexia-veszélyeztetett, halmozottan sérült gyermekek logopédiai kezelését végzi.

A kőszegi intézet tehermentesítése és az ország más régióiban élő súlyos esetek ellátása érdekében még egy *internátusos* általános iskola (Vác, 1990) kezdi meg munkáját.

A nyelvi zavar maradványtüneteit mutató, diszlexiás fiatalok középiskolai továbbtanulását teszi lehetővé 1993-tól az *Öveges József Szakközépiskola, Szakiskola és Gimnázium*.

A szegregáció indokoltsága, a kialakulását elősegítő tényezők: érvek, ellenérvek

Mi vezetett ezeknek a szegregált intézményeknek a létrehozásához akkor, amikor az elmúlt évtizedekben a gyógypedagógia más területein éppen az integráció elismeréséért, érvényesítéséért folynak sikeres modellkísérletek? A logopédusok szemléletének változása, vagy más tényezők indokolták ezt a tendenciát?

A beszédhibások kezelésének végső célja ma is a teljes társadalmi integráció mielőbbi megvalósítása, de a hozzá vezető út, az egyes szakaszok, színterek az életkortól, a beszédzavar súlyosságától függően egyénre szabott megoldást kívánnak (Gerebenné, 1996). A kérdés megválaszolásához a következőket kell figyelembe venni. Egyrészt a logopédia társtudományaiban bekövetkezett változás, differenciálódás és integrálódás következményeként kialakult *új tudományágak* (pl. pszicholingvisztika, neurolingvisztika, neuropszichológia, kognitív pszichológia, kognitív neuropszichológia, a gyermeknyelvkutatás új ágai) a logopédiai diagnosztikára és terápiára termékenyítőleg hatottak. Pontosabbá, differenciáltabbá tették a logopédiai kórformák megismerését, elkülönítését, az erre épülő fejlesztést-terápiát (V. Kovács, 1984). Másrészt, a gyógypedagógia más területeihez hasonlóan, szemléletváltáshoz vezetett a népesség összetételének megváltozása. A súlyosabb, gyakran halmozottan megjelenő logopédiai kórképek csak korai, sokoldalú, intenzív, az egyéni eltéréseket figyelembe vevő logopédiai munkával rendezhetők. Egyértelművé válik, hogy ez sem ambulanter formában (heti kétszeri kezeléssel), sem teljes óvodai integrációban nem oldható meg. Így merül fel fokozatosan a logopédiai óvodai csoportok, illetve logopédiai óvodák létrehozásának igénye.

A *logopédiai csoportok, óvodák* léte mellett szól a környezet – rogers-i elveket valló – elfogadó, megértő, támogató magatartása, amely a beszédben akadályozott gyermekek harmonikus személyiségfejlődését, s ezzel későbbi, zavartalan szocializációjukat a többségi iskolában nagymértékben segíti. A gyermekeknek nem kell naponta szembesülniük súlyos nyelvfejlődési elmaradásuk hátrányaival, nem frusztrálódnak, nem alakul ki náluk beszédgátlás, szorongó magatartás, mivel az elvárások a már elért eredményekre építenek. Ellenérvként hozható fel a megfelelő beszédmodell, az ép beszédű gyermekek kommunikációs késztetésének hiánya. Ezt azonban az ideális csoportlétszám, felnőtt-gyermek arány, a szakemberek napi – csoportos és egyéni fejlesztés folyamán nyújtott – beszédmintája kellően ellensúlyozza. A speciális foglalkozások ugyan a gyermekek szabadidős tevékenységét rövidítik meg,

de a játékos foglalkozási forma, a sok mozgásos elem, a fejlesztő eszközök használatának élvezete kárpótlást nyújt. A szegregáció megszűnését vagy fennmaradását (*logopédiai osztály*ba járás) elsősorban a nyelvi zavar súlyossága határozza meg.

A KÜLÖNBÖZŐ TÍPUSÚ, SÚLYOSSÁGÚ DISZLEXIÁSOK LEHETŐSÉGEI A KÖZOKTATÁSI RENDSZERBEN, AZ EGYES ÉLETSZAKASZOKBAN

Ma a diszlexiát egyértelműen a tanulási zavarok körébe sorolják, a diszgráfia és a diszkalkúlia kórképekkel együtt. A gyógypedagógiai-pszichológiai szemléletű meghatározás tanulási zavarnak tekinti „az intelligenciaszint alapján elvárhatónál lényegesen alacsonyabb tanulási teljesítményt, amely neurológiai deficit vagy funkciózavar talaján jön létre, sajátos kognitív tünetegyüttessel" (Zsoldos, Sarkady, 1991, 9.). A teljesítményzavarra épülő másodlagos tünetek megjelenését is gyakorinak tekintik a szerzők. Gyógypedagógiai szemléletük és kutatási eredményük alapján megjelenését – társuló tünetként – a különböző sérüléseknél (enyhe értelmi-, érzékszervi és beszédsérüléseknél) is lehetségesnek tartják.

Meixner a *diszlexiát* viszonyfogalomnak tekinti: „diszharmónia a gyermekkel szembeni jogos elvárások (pl. a gyermek adottságai), az olvasás-írás tanítására szánt idő és a gyakorlási mennyiség, valamint az eredmény között" (Meixner, 1993, 3.).

Az 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról *beszédfogyatékosok*at és *„más fogyatékos"*-okat határoz meg. A 23/1997. (VI. 4.) MKM rendelet 2. sz. melléklete a két csoportba tartozó típusokat és azok fejlesztésének irányelveit is összegzi. Az új terminológia szerint a *más fogyatékos* kategóriába tartoznak a diszlexiások is, akikre az alapokok és kiváltó tényezők kombinációja alapján a részképesség-zavar színes variációja lehet jellemző. Így pl. a különböző modalitások területén a percepió, az integráció eltérései, a beszéd- és nyelvi képesség, a laterális dominancia zavara, a saját testen és a térben való tájékozódás nehézségei állhatnak fenn. Az említett tünetek a figyelem és a rövid távú emlékezet zavarával is kombinálódhatnak. Ma a leglényegesebb tényezőnek a nyelvi képesség nem megfelelő fejlettségi szintjét tekintik. A megértési folyamatot (a magasabb nyelvi szintek működését) jelentősen befolyásolja a fonológiai feldolgozás minősége (Gósy, 1989). Ennek révén jut el a gyermek fokozatosan a beszéd tagolásához. A tagolási képességet a szótag szintjén vizsgálta 260 nagycsoportos óvodás bevonásával Kassai és Kovács (1992), hogy az olvasás és a szótag metanyelvi tudatossága közötti összefüggésről tájékozódjon. Kassai (1999) arról számol be, hogy az óvodáskor végén végzett felméréshez képest az első osztály végén végzett felmérésben 1. háromszorosára emelkedett a maximális teljesítményt nyújtó gyermekek aránya, 2. felére csökkent a szótagolásban elkövetett hibák aránya és 3. a szótagolási teljesítmény már nem függ össze a szavak szótagszá-

mával. Mindezek a pozitív változások az olvasástanulás hatására következtek be a szótag metanyelvi tudatosságában.

A másik nagy csoportból, a *beszédfogyatékosok (beszédben akadályozottak)* köréből a következő logopédiai kórformákhoz kapcsolódhat, társuló tünetként, diszlexia (Gerebenné, 1995).

A *megkésett beszédfejlődés*hez, amely „az expresszív beszéd időbeli, morfológiai-grammatikai (szintaktikai), fonológiai eltérése" megértési nehézségek nélkül (Gerebenné, 1995, 16.). A mozgásszerveződés kisebb mértékű eltérése, a többi tünettel (általános pöszeség, az aktív szókincs, a mondatalkotás alacsonyabb szintje, enyhe diszgrammatizmus) együtt, az életkor előrehaladtával fokozatosan rendeződik, de enyhébb fokú diszlexia iskoláskorban felléphet.

Luchsinger (1965) nevéhez fűződik az ún. beszédgyengeség tünetegyüttesének leírása, amelyre a logopédiai kórformák egymásra épülésén (megkésett beszédfejlődés, általános pöszeség, *diszlexia*, hadarás, esetleg dadogás és funkcionális diszfónia) kívül a pszichomotoros fejlődés, az egyoldali dominancia kialakulásának késése, amuzikalitás, szegényes szókincs, agrammatizmus is jellemző lehet.

„A *fejlődési diszfázia* az expresszív, receptív integratív beszéd időbeli és strukturális zavara, amely morfológiai-grammatikai (szintaktikai), fonológiai és szemantikai szinten különböző kombinációjú és súlyosságú tünetekben mutatkozik meg" (Gerebenné, 1995, 16.). Jellegzetes tünete a szó- és a mondatalkotás hiánya, vagy alacsony szintje. Gyakran társul hozzá centrális diszlália, valamint jellegzetes pszichikus funkciózavar.

A *centrális pöszeségre* inkonzekvens, az érthetetlenségig torzuló artikuláció, ezenkívül hangátvetés, -kihagyás, hangperszeveráció, hangbetoldás, a szóalak rövidítése jellemző.

A könnyebb áttekinthetőség érdekében az integráció és szegregáció hatékonyságát, indokoltságát, esetleges váltását három típuson mutatom be. Megjegyzem azonban, hogy azonos típuson belül is többféle tényező befolyásolja a szervezeti forma megválasztását, így pl. a diagnosztizálás időpontja, a kognitív fejlettség szintje, az egyéb képességzavarok, illetve az esetleges halmozottság fennállása, a gyermek érettsége, a család igénye, a logopédiai ellátottság, a kívánt szervezeti formák megléte. Ennek értelmében minden eset egyedi elbírálást igényel.

Integrációs lehetőségek

A *más fogyatékosok*at, a legsúlyosabb eseteket kivéve, a *logopédiai ambulanciákon* kezelik. A kezelésnek a részképességek fejlesztésén belül hosszú évtizedek óta kiemelt területe az akusztikai, a fonetikai és erre épülően a fonológiai szint fejlesztése (zörejek, zenei hangok, beszédhangok elkülönítése, felismerése különböző fonetikai helyzetekben, adott beszédhangokkal szavak keresése, ritmikus mondókák,

versek elsajátítása, szótagokra, fonémákra tagolás, szótagokból, fonémákból szavak szintézise stb.), ami egyúttal a diszlexia megelőzését, vagy a már kialakult zavar korrekcióját is segíti (Meixner, 1993; Vekerdi I., 1998).

Az elmúlt évtizedben, korszerű elméleti tudás és gyakorlati tapasztalat birtokában, mindezek kibővültek a metanyelvi tudatosság kialakítását/fejlesztését célzó gyakorlatokkal. Ez a logopédusok által kimunkált szakanyagok megjelentetésével vált országszerte lehetővé.

Az ambulanciák *(pedagógiai szakszolgálatok)* látják el a megkésett beszédfejlődésű és a *Luchsinger-féle* beszédgyenge gyermekeket is. Az időben feltárt esetekben a korszerű fejlesztés ambulanter formában is megoldhatja a tünetek rendeződését és a diszlexia megelőzését, mindkét logopédiai kórformában. A szakemberek kétféle intenzív, komplex kezelési formát tudnak nyújtani a számukra. Vagy heti három-négy alkalommal, egymást követően, két logopédiai csoportban fejlesztik őket (pl. a pöszeterápiát pszichomotoros fejlesztés, illetve a diszlexia megelőzése követi), vagy egyéni kezelésben részesülnek. Ez utóbbi lehetőség, az ambulanciák túlterheltsége miatt, csak kevés gyermek számára jelenthet megoldást. Marosits Istvánné tapasztalata alapján a többéves komplex kezelés hatása nagyon jó, a gyermekek általában integrálhatók a *többségi iskolába*, és jól megállják a helyüket. Ha azonban a tünetekhez beszédmegértési zavar is társul, úgy ez az iskolában szinte minden tantárgy elsajátítását megnehezítheti. Kellő számú logopédiai óvoda hiányában a centrális pöszeség maradványtüneteit, grafomotoros éretlenséget, diszkalkúlia-veszélyeztetettséget mutató, halmozottan beszédsérült gyermekek egy részének fejlesztését is az ambulanciákon látják el. Ugyanez érvényes azokra a beszédgyenge gyermekekre is, akiknél a tünetek összessége fellép, bár a zavartalan iskolakezdés érdekében náluk is indokolt lenne az átmeneti szegregáció biztosítása.

Az *integrált alsó tagozatos*, diszlexiás tanulókat *pedagógiai szakszolgálat* segíti a szókincsbővítés, a grammatikai készség fejlesztése, az olvasás színvonalának emelése (a biztos betűismeret, tempógyorsítás, az olvasottak megértése) érdekében.

A *felső tagozatos* korban diagnosztizált tanulókat Budapesten, a szegregált intézmények hiánya miatt, jelenleg szintén a pedagógiai szakszolgálatok munkatársai kezelik. Náluk már inkább a vizuális percepció, a rövid távú emlékezet, a morfológiai, szintaktikai szinten megnyilvánuló metanyelvi hiányosságok adják a leggyakoribb/legfeltűnőbb tüneteket. Az olvasásban a lassú tempó, a betűdifferenciálási, feladatmegtartási nehézség különféle variációi jelentkezhetnek. Ha a megértési zavar dominál, a fejlesztés eredménye csak 2-3 év múltán lesz érezhető. A diszlexia megélése, az esetleges méltatlan megítélés neurotikus tüneteket is kiválthat, sőt magatartási rendellenesség is felléphet. Ezeket a reedukáció folyamán Kovács Györgyné frusztrációmentes, felszabadult, megértő légkör teremtésével, a tanulók nyelvi kreativitását fejlesztő érdekes, izgalmas feladatok, rejtvények beiktatásával oldja fel. Az olvasási szinteket fokozatosan emelő szoftverek alkalmazása pedig még a helyes önértékelést is fejleszti.

Az életkor előrehaladtával egyre több, és a magasabb nyelvi szintek zavarára utaló tünet lép fel.

Újabban egyre több integrált *középiskolás koni* diszlexiás jelentkezik a pedagógiai szakszolgálatok logopédusainál, főként a helyesírás miatt. Ennek oka feltehetően az, hogy a korábban is fennálló nehézséget nem azonosították és kezelték. A finomabb tünetekre, a gyengébb tanulmányi eredményre sem a szülők, sem a pedagógusok nem figyelnek fel időben. Jó intellektusú gyermekeknél ugyanis a kialakított kompenzáló stratégia jól működik. Közepes tanulóknál viszont a követelményszint emelkedése, a megértés szerepének fokozódása miatt ez összeomlik. Ebben az életkorban a szemantikai szint zavara az uralkodó, mivel a tanulók nem ismerik az idegen szavakat, a jövevény- és a szakszavakat. Az átvitt értelem a szövegösszefüggés felfogását, a lényeg kiemelését az absztrakció hiányosságai, a logikai gondolkodás nehézségei gátolják. Az iskolai anyag elsajátítása így nagymértékben nehezítetté válik A metanyelvi tudatosság hiányosságaira utal a nyelvtani szabályok meg nem értése. Mondatokat, szöveget nem tudnak megfelelően elemezni a tanulók, ezért írásuk nyelvtani hibákkal teli. Ezeken túl a rövid távú emlékezet szűk kapacitása is hozzájárul az iskolai kudarcok fennmaradásához. Vannay Aladárné öt területet von be a terápiába. A *percepciót* fejlesztő gyakorlatok a vizuális és a verbális figyelem összpontosítását célozzák. Az *adott nyelvtani anyag feldolgozása* – az értelemre építve – a szófajok tudatos megismertetését tűzi célul. Az *értő olvasás* kialakítását árnyaltabb szavak megismertetésével, a szövegbe nem illő szavak felismertetésével, cseréjével, helytelen megfogalmazások, kifejezések javításával éri el. A *nyelvi fejlesztést* a nyelvi kreativitás, a metanyelvi tudatosság folyamatos kiépülése segíti, pl. anagrammák, keresztrejtvények, összetett szavakból alkotott szóláncok felhasználásával. Közmondások, szólások, állandósult szókapcsolatok, idegen szavak, régi szavak, összefoglalóan *frazeologizmusok* megismerése és alkalmazása az árnyaltabb kommunikáció kiépítését szolgálja. A többéves logopédiai munka eredményeként a helyesírásban és a nyelvi kreativitás kialakulásában látványos javulás következik be. Megtanulják a reedukációban részesülők a szótár használatát. Mindezek a fejlesztő eljárások elősegíthetik a többségi iskolában való megmaradást, de nem mindenkinek.

A SZEGREGÁCIÓ ELŐNYEI, A JELENLEGI MODELLEK

A *beszédfogyatékosok* közül a *fejlődési diszfázia* különféle típusait mutatók és a *centrális pöszék* számára a fejlesztés lehetőségeit egyértelműen az átmeneti vagy végleges szegregáció biztosítja. Ennek legfontosabb színtere a logopédiai óvoda. Az első, ma is működő ilyen óvoda (az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Gyakorló Logopédiai Óvodája) koncepciója az intenzív, sokoldalú, sérülésspecifikus fejlesztés, melynek alapja a mozgás-, a kommunikáció-, az anyanyelvi, valamint a vizuomotoros fejlesztés. A mozgásnak és a kommunikációnak a fejlesz-

tése magában foglalja *az Ayres-terápiát, a logopédiai ritmikát, a szorongó gyermekek oldását lehetővé tevő RIT terápiát*. Az anyanyelvi fejlesztés a beszéd indítását és korrekcióját egyaránt lényegesnek tekinti. A vizuomotoros készség kialakulását segíti a *Frostig-terápia*, a grafomotoros fejlesztés. Helyet kapnak a diszlexia és diszkalkúlia megelőzését célzó foglalkozások is, hiszen a végső cél az iskolára való felkészítés. Az e szervezeti formában folyó munka hatékonyságát jelzi, hogy a kikerülő gyermekek körülbelül 50%-a az *átmeneti szegregációt* követően a *többségi általános iskolában* folytatja tanulmányait, szükség esetén további logopédiai megsegítéssel. A kórforma súlyosságától, a kognitív képességek szintjétől függően a gyermekek egy része azonban *logopédiai osztályokban, iskolákban*, vagy *enyhén értelmileg sérültek osztályaiban*, elkülönülten tesz eleget tankötelezettségének.

Az iskoláskorú népesség fogyása, a beszéd- és a más fogyatékosok elhelyezésének növekvő igénye fokozatosan országszerte életre hívja a logopédiai osztályokat. A helyi sajátosságoknak megfelelően, többféle modell ismeretes. Budapesten a *Herman Ottó Általános Iskola* fokozatosan fejlődik szegregált intézménnyé beszédfogyatékosok, diszlexiások, diszkalkuliások számára. Az általános iskolai pedagógusok felkészítése sokféle speciális tanfolyamon (Ayres, Meixner, diszkalkúlia), képzésben (fejlesztő pedagógia, differenciáló pedagógia) történt. Az osztályok létszáma maximum 15 fő.

Az első és második osztályban az olvasás és az írás zavartalan elsajátítása érdekében a logopédiai terápia mindennapos. Az Ayres-terápia továbbfejlesztett változatát és a grafomotoros fejlesztést speciális segítségként iktatják be. Az írásbeli házi feladatok megoldását az iskola vállalja magára.

A Vácott működő Általános Iskola, Diákotthon és Gyermekotthon ugyan szegregált intézmény, de fogadja a város és környéke diszfáziás, diszlexiás, diszgráfiás, halmozottan sérült tanulóit. A társadalmi igény visszaigazolja ennek létjogosultságát, hiszen a 133 tanulóból 70 a helybeli, illetve környékbeli bejáró. A családnak a gyermek életében betöltött fontos szerepének ismeretében kollégiumi elhelyezést végső esetben és csak hatéves kor felett ajánlanak fel. Az Országos Közoktatási Intézet (OKI) által kidolgozott általános iskolai tantervet adaptálták, amelybe az Ayres-terápián kívül a gyermek RIT is beépült. A pedagógusok sokféle, a tanulási zavarban szenvedő gyermek számára hasznosítható tanfolyamot végeztek (Ayres, Delacato, Meixner, diszkalkúlia). A logopédiai segítség minden gyermek számára elérhető. A másodlagos tünetek feloldását nemcsak a pszichológus munkája, hanem a rehabilitációs órák zeneterápiai foglalkozásai, s a népitánc is szolgálja. A lehetőségeket kihasználva az intézményben a súlyos beszédhibásokból alakult énekkar is működik. *Kovalikné* a legfontosabb feladatnak az *integráció*, illetve *reintegráció* mielőbbi megvalósítását tartja. Az alsó tagozatból és a végzős negyedikes osztályosok közül évente a tanulóknak kb. 10%-a kerül vissza a többségi általános iskolába.

Az Öveges József Szakközépiskola, Szakmunkásképző és Gimnázium elsőként ismerte fel annak jelentőségét, hogy diszlexiások számára is lehetővé tegye a közép-

iskolai tanulást és az érettségi bizonyítvány megszerzését. Három szakmai orientációt (gépészet-fémtechnika, elektronika-elektrotechnika, környezetvédelem) tesz lehetővé. Az integráció két szintjét építette ki. A *teljes integrációt* a követelményeket maradéktalanul teljesíteni tudó diszlexiás tanulóknak teszik lehetővé. A súlyos nyelvi zavarban szenvedők *külön osztályokban* tanulnak ugyan, de a *szociális integráció* részükre is adott (pl. tanulmányi vagy sportversenyeken). A tantestület a diszlexiás sajátosságok figyelembevételével dolgozott ki speciális tantervet. Ennek értelmében a követelmények és az alkalmazott módszerek az eltérő adottságoknak megfelelően módosulnak. A tanulók, illetve a hatékonyabb oktatás érdekében a pedagógusok átcsoportosítják az órarendet és a tananyagot, valamint speciális módszereket alkalmaznak, így például nagyobb szerepet kap a számítástechnika és a multimédia felhasználása (Köpfné, 1998).

Az egyedi, új intézmény oktatómunkájának jobb megismerése érdekében álljanak itt a tanárok és tanulók által kitöltött kérdőívek feldolgozott eredményei.

A tanároktól a diszlexiás osztályokban folyó munka *eltéréseiről* kértem felvilágosítást. Megkérdeztem, hogy okoz-e nehézséget a feladatok elkészítése, több időt kell-e ezekre szánni, hogyan próbálják segíteni a tanulók felkészülését, milyen tünetek nehezítik szerintük a diszlexiás középiskolások tanulását, mennyire fejleszthetők, elképzelhető-e felsőfokú továbbtanulásuk, milyen okok befolyásolják ebben őket. A pedagógusok természetesnek tekintik a többlet időráfordítást anélkül, hogy ez bárkinek nehézséget okozna.

A diszlexiás tanulóknak nyújtott segítségben alapvető szempont a *személyiség formálása*. Ez főként a tanulást, a képességeknek megfelelő, teljesítményt gátló szorongás oldását, a megfelelő önértékelés kialakítását célozza. A korábban fennálló méltánytalan megítélés nehezen kiküszöbölhető következményét türelemmel, biztatással, dicsérettel, a pozitívumok kiemelésével, sikerorientált értékeléssel, a frusztrációs helyzet megelőzésével (pl. a sikertelenség feloldása személyre szabott követelménnyel, egyszerű pótfeladatok adásával), a kifejezőkészség nehézségeinek elfogadásával kívánják elérni. Továbbá szintfelmérésekre alapozó csoportokat (magyar, matematika), osztályokat hoznak létre, amelyek, bár az egyéni képességeket is figyelembe veszik, hasonló elvárásokra épülve, egyenletes színvonalú oktatást tesznek lehetővé. Az órarendbe mentálhigiénés foglalkozásokat is beépítenek.

A *nyelvi zavar* maradványtüneteinek felszámolását, a nyelvi fejlesztést szolgálja a szókincs magasabb szintű bővítése, pl. az idegen szavak magyarázatával, a megfelelő magyar kifejezések, valamint az egyes szaktárgyak alapvető szóanyagának megismertetésével, geometriában a szerkesztések szóbeli leírásával, azok matematikai nyelven való megfogalmazásával, a megértett fizikai törvények, definíciók szó szerinti megtanulásával. A szóbeli feleletet típusmondatok megformálásával készítik elő. Az elérendő célt segíti még az olvasás és az írás gyakorlása, az órai szöveg táblán való rögzítése, a fogalmak többszöri ismétlése.

A *módszertani segítségek* tárházából a pedagógusok a leglényegesebbnek a lassú

haladást, a visszatérő témafeldolgozást, sok példa nyújtását, a tankönyv-munkafüzet használatának engedélyezését, feladatlapok készítését, a feladatok közös tanórai megoldását, a gyakori szemléltetést tekintik, amely vizuális információátadással (rajz, képanyag, ábrák, videó, dia, írásvetítő), illetve multimédia alkalmazásával a legideálisabb. A részletes óravázlat kinyomtatása a tananyag követését, megértését segíti. Az érettségi vizsgára való felkészülést a tételvázlatok közreadása könnyíti meg. Az egyéni magyarázat, a korrepetálás a súlyosabb esetek lemaradását előzi meg. A kiscsoportos foglalkozás a nehezebb tantárgyak (pl. matematika, fizika) anyagának részletesebb megbeszélését, magyarázatát, feldolgozását teszi lehetővé.

Az ötéves munka tapasztalata alapján a pedagógusok rangsorolták a tananyag elsajátítását *legjobban nehezítő* tüneteket. Elsősorban a *figyelemkoncentráció* zavarát tartották meghatározónak, majd a fokozott fáradékonyságot (a magas óraszám miatt is), végül a *rövid távú emlékezet* zavarát. A nyelvi fejlettség alacsony szintje, érdekes módon, csak a legutolsó helyen szerepel, annak ellenére, hogy az erre utaló jegyeket (pl. a szavak értelmének bizonytalanságát, az ebből is fakadó olvasásértési nehézséget, az írásban, másolásban megjelenő hibákat, jegyzetelési nehézséget) gyakorinak tekintik. A pedagógusok szerint a középiskolai oktatást nehezíti, hogy a diszlexiás tanulók nem tudnak tanulni, és ebből eredően is hiányos náluk az általános iskolai tananyag ismerete. Ezt viszont a középiskolában már nem lehet pótolni. Mindezek ellenére a tanárok többsége reálisnak tartja, hogy a tanulók behozhatják a lemaradást.

A fiatalok *felsőfokú továbbtanulásáról* megoszlanak a vélemények. Legtöbben csak kis százalékuk számára ítélik elérhetőnek, mégpedig a tananyag mennyiségének ugrásszerű megnövekedése és a középiskolai segítség hiánya miatt.

Érdekes összevetni a pedagógusok tapasztalatait a tanulók véleményével. A 160 első- és másodéves tanuló adatai egyértelműsítik, hogy halmozott és súlyos beszédhibák esetén lehetséges az intézménybe a felvétel. Szinte minden logopédiai kórforma megjelenik: diszlexia, diszgráfia, továbbá esetenként diszkalkúlia, grafomotoros zavarral társulva. Feltehetően ez érvényes a felsőbb osztályok tanulóira is. Ennek a helyzetnek természetes következménye, hogy a 211 diszlexiásnak a humán tantárgyak elajátítása jelenti a legnagyobb nehézséget, a lassú, tévesztésekkel teli olvasás, az önálló szövegolvasás vagy a fogalmak, definíciók, összefüggések megértésének nehézsége miatt. A magyar nyelv 43%-uknak, az idegen nyelv 36%-uknak okoz gondot (Borbély, 1998). A fizika tanulása 42%-nak, többek között a fogalomalkotás, az összefüggésekben való gondolkodás gátoltsága miatt (Kádas, 1998), míg a matematika 36%-nak, a szegényes szakmai szókincs, a pontatlan megfogalmazás, a feladat lefordítása a matematika nyelvére, a szöveges példák értelmezése, a lényeg kiemelése miatt jelent gondot (Pál, 1998). A legjobban kedvelt tantárgyak: a kikapcsolódást jelentő testnevelés 63%-nak, valamint a földrajz 48%-nak és a biológia 30%-nak.

A tanulók megítélése szerint az órák anyagának *megértését*, követését a táblai váz-

lat segíti a legjobban (80%). A hallottak *elsajátítását* a verbális rövid távú memória gyengesége miatt (73%), pl. videofelvétel alkalmazása könnyíti meg (35%). Az órai magyarázatot követő tisztázó kérdések lehetősége (66%), a tanár lassúbb beszédtempójának igénylése (53%) a szövegértelmezés, a lényegkiemelés hiányosságait oldják fel. A számítógép használata feltehetően érdekessé teszi a tanulást, a szoftverek pedig segítik a bevésést (37%). Igen elgondolkodtató viszont, hogy az alkalmazott nyelvi fejlesztési anyagot csak néhány tanuló ítéli meg pozitívan. Ebből kiindulva feltehetően speciális fejlesztő anyag kidolgozására lenne szükség.

Örvendetes tény, hogy a 211 tanuló 80%-a szeretne továbbtanulni valamilyen szinten. Felsőfokú *továbbtanulási* szándékát 32,5%-uk jelezte. A megnevezett egyetemek, főiskolák realitása esetenként megkérdőjelezhető (Színművészeti Főiskola, ELTE Jogi Kar, Rendőrtiszti Főiskola, Katonai Főiskola, Testnevelési Egyetem, Műegyetem).

A diszlexiások jövőbeli integrációját meghatározó tényezők

A *jövőt* a diszlexiások együttnevelésének minél szélesebb körű megvalósítása kell hogy jelentse. Ezt egyrészt a logopédiával kapcsolatos leglényegesebb megválaszolatlan kérdések kutatása alapozhatná meg a különböző tudományok (orvostudomány, nyelvészet, pszichológia, gyógypedagógia) hazai képviselőinek összehangolt, a legújabb kutatási eredményekre támaszkodó munkájával. Másrészt a veszélyeztetettek korai felismerése, kiszűrése, sérülésspecifikus fejlesztése, szükség esetén az óvodáskorúak szegregált fejlesztése növelné meg a későbbi integráció lehetőségét. Ehhez az óvodai szűrőeljárások és tesztek (Meixner-féle aktív szókincsvizsgálat, a Kassai–Kovács-féle szóanalízis és verbális emlékezet vizsgálat, DPT, Inizan, MSSST, Sindelar) standardizálása, majd ezek elterjesztése (gyógypedagógusok, óvoda- és általános iskolai pedagógusok körében) meghatározó jelentőségű lenne.

Kedvező és vitatható törvényes lehetőségek

Az 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról rögzíti a beszéd- és más fogyatékos tanuló ellátását biztosító rendelkezéseket. A 23/1997. (VI. 4.) MKM rendelet az óvodai nevelés és iskolai oktatás irányelveit, az értelmezéshez szükséges beszédfogyatékos és más fogyatékos kategóriák leírását adja közre. Az 1998. évi törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról rögzíti, hogy ők a társadalom egyenlő méltóságú tagjai. A törvény célja a fogyatékosok jogainak és az érvényesítési eszközöknek a meghatározása, valamint a számukra nyújtandó komplex rehabilitáció szabályozása. Fontos kiegészítése a közoktatási törvénynek, hogy a

beszéd- és más fogyatékos tanulót a kompetens bizottság véleménye alapján egyes tantárgyakból, tantárgyrészekből az értékelés és minősítés alól mentesíti (1999. évi LXVIII. törvény 18. §).

A felsőoktatási törvényben pozitív megkülönböztetéssel kellene/lehetne biztosítani a diszlexiások diplomaszerzését, a nyelvvizsga követelményének kiiktatásával, egy speciális nyelvtanulási módszer kidolgozásáig. A felsőoktatási intézményekben szervezetten kellene/lehetne segíteni az arra rászorulókat. Végül a szegregált szervezeti keretek fenntartásával érvényesíteni a tanuló azon jogát, hogy egyéni adottságai alapján „állapotának, személyes adottságának megfelelő megkülönböztetett ellátásban – különleges gondozásban, rehabilitációs célú ellátásban – részesüljön".

Esetleírás

Egy 26 éves, súlyos motoros diszfáziás lány esete azt demonstrálja, hogy a szegregált intézményeknek minden szinten megvan a helyük és jelentőségük a logopédiai szervezeti formák között. A BGGYTF Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetében Gerebenné vizsgálta a 4 éves, az első terhességből született, jó családi körülmények (pedagógus szülők) között élő gyermeket. Beszédére akkor súlyos artikulációs eltérés, ugyanakkor a szintaktikai, grammatikai szint korának megfelelő fejlettsége volt jellemző. 7 éves koráig folyamatos logopédiai kezelésben részesül. Ennek eredményeként szókincsbeli elmaradását behozza, beszéde érthetővé válik. Jó intellektusára utal, hogy az általános iskolát közepes, illetve jó eredménnyel végzi el annak ellenére, hogy 8–14 éves kora között már nem kap logopédiai megsegítést. Nehézségei érthetően a magyar nyelv és irodalom elsajátításában vannak. Helyesírása nem felel meg az iskolai követelményeknek. A 8. osztály elvégzése után egészségügyi szakiskolában tanul tovább. Itt a magyar irodalom tanára kér újabb vizsgálatot, mert szerinte a lány beszéde gátolhatja majd a betegekkel való kapcsolatát. A 16 éves korában elvégzett GMP, olvasás- és írásvizsgálat súlyos észlelési eltérést mutat ki. Beszédére és írására ugyanazok a tünetek jellemzőek: nem észleli a magán- és a mássalhangzók időtartamának, illetve a zöngés-zöngétlen hangok eltérésének különbségét. Nyelvmozgása nem eléggé differenciált, beszéde elmosódott. A vizsgálatot követő kétéves logopédiai kezelés (Gerebenné) javulást eredményez. Tünetei beszédben nem, írásban viszont nagyrészt rendeződnek, grammatikai hibák maradványtünetként még megmaradnak. Információ felvétele is nehezített. Az érettségi megszerzésére megvan az igénye a jó intellektusú lánynak, de észlelési zavara miatt, 26 évesen, csak az Öveges József Szakközépiskolában nyílik erre lehetősége.

Irodalom

BAKOS J. (1955) *A szép magyar beszéd. (A magyar beszédművelés és beszédnevelés fejlődéstörténete)* Az Egri Tanárképző Főiskola Évkönyve, 27.

BORBÉLY I. (1998) *Néhány tapasztalat a dyslexiás tanulók középiskolai magyar nyelv és irodalom tanításában.* Módszertani Lapok (Speciális Pedagógia), 5., 5-7.

CSÉPE V. (2000) *Az olvasás- és írásképesség zavarai.* In.: Illyés S. (szerk.) *Gyógypedagógiai Alapismeretek.* Budapest, 239–278.

FEHÉRNÉ KOVÁCS ZS., VASSNÉ KOVÁCS E., VECSEY K. (1994) *A szegregáció mint az integráció előfeltétele.* Gyógypedagógiai Szemle, 4., 251–255.

FEHÉRNÉ KOVÁCS ZS. (1999) *Beszédhibás gyermekek és az óvodai integráció.* Kézirat.

GEREBENNÉ VÁRBIRÓ K. (1995) *Szempontok a nyelvi fejlődés zavarának értelmezéséhez.* In: Gerebenné Várbiró K. (szerk.) *Fejlődési diszfázia.* BGGYTF, Budapest. 7–27.

GEREBENNÉ VÁRBIRÓ K. (1996) *Kell-e nekünk beszédjavító általános iskola.* Kézirat.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1972) *A magyar logopédia kialakulása.* In: BGGYTF Évkönyve V., Budapest, 479–500.

GÓSY M. (1989) *Beszédészlelés.* In: *Lingistica Series A studia et dissertationes,* 2. MTA Nyelvtudományi Intézete, Budapest.

HEGARTY, S. (1995) *A speciális pedagógia jelen helyzete és perspektivái Európában.* In: Csányi Y. (szerk.) *A hallássérült gyermekek integrált nevelése.* BGGYTF. Budapest, 9–22.

KASSAI I. (1999) *Szótagtudat és olvasástanulás.* In: Kassai Ilona (szerk.) *Szótagfogalom – szótagrealizációk.* MTA Nyelvtudományi Intézet, Budapest, 153–166.

KASSAI I., KOVÁCS E. (1992) *A nyelvi készségek és a diszlexia kapcsolatáról.* Fejlesztő Pedagógia, 3–4. 54–56.

KÁDAS L. (1998) *Néhány gondolat a dyslexiás gyermekek középiskolai fizika tanulásáról.* In: *Módszertani Lapok (Speciális Pedagógia),* 5., 13–14.

KÖPF L.-NÉ (1998) *Beérik a gyümölcs.* In: *Módszertani Lapok (Speciális Pedagógia),* 5., 1–4.

LUCHSINGER, R., ARNOLD, G. E. (1965) *Voice-Speech-Language.* Wadsworth, Belmont.

MEIXNER I., JUSTHNÉ KÉRY H. (1967) *Az olvasástanítás pszichológiai alapjai.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

MEIXNER I., KOVÁCS T., VEKERDI ZS. (1971) *Módszertani közlemények I.* Magyar Pedagógiai Társaság, Debrecen.

MEIXNER I. (1993) *A dyslexia prevenció, reedukáció módszere.* BGGYTF, Budapest, 3.

PÁL T-NÉ. (1998) *A dyslexiás szakközépiskolai tanulók négyéves matematika tanítása során szerzett tapasztalatok összegzése.* Módszertani Lapok (Speciális Pedagógia), 5., 8–10.

RANSCHBURG P. (1916) Die Leseschwäche (Legasthenie) und Rechenschwäche (Aritmasthenie) der Schulkinder im Lichte des Experiments. Springer Verlag, Berlin.

RANSCHBURG P. (1916) (1928) Die Lese- und Schreibstörungen des Kinderalters. Ihre Psychologie, Physiologie, Pathologie, heilpädagogische und medizinische Therapie. Marhold, Halle.

ROBOZ J. (1891) In: *Kalauz*, IV., 8., 128.

ROSTA K., SOÓS B., KISHÁZI G. (1997) *Logopédiai Óvoda*. Fejlesztő Pedagógia, 4-5., 44–48.

ROSTA K. (1996) (szerk.) *Tanits meg engem!* Logopédiai Kiadó, Budapest.

SARKADY K., ZSOLDOS M. (1992/1993) *Koncepcionális kérdések a tanulási zavar fogalom körül*. Magyar Pszichológiai Szemle, 32–33., 3-4. és 259–270.

SCHULMANN A. (1926) *A beszédhibások és a beszéd gyógypedagógiai védelme*. In: *Magyar Gyógypedagógia*, 7–10., 161–169.

SCHULMANN A. (1931) *Gyógypedagógiai beszédiskolák szükségessége és azok szervezete*. In: *Siketnémák és Vakok Oktatásügye*, 3–4., 79–81.

SCHULMANN A. (1931) *Gyógypedagógiai beszédiskolák szükségessége és azok szervezete*. In: *Siketnémák és Vakok Oktatásügye*, 5-6., 133–137.

SEDLAK, F.-SINDELAR, B. (1998) *„De jó, már én is tudom"!* Zsoldos M. és Ringhoffer J-né. (összeáll.) BGGYTF, Budapest.

SZILÁGYI J. (1835) *A selypségről*. In: *Tudományos Gyüjtemény* IV., 4., 61–126

VASSNÉ KOVÁCS E. (1984) *A magyar logopédia legújabb fejlődése*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 12., 201–203.

VASSNÉ KOVÁCS E. (1997) *Diszlexia*. In: Báthory Z., Falus I. (szerk.) *Pedagógiai lexikon*, Keraban Kiadó, Budapest. I/294.

VASSNÉ KOVÁCS E., FEHÉRNÉ KOVÁCS ZS. (1996) *Nyelvi fejlődésükben akadályozott gyermekek olvasási készségének szintje az utóvizsgálatok tükrében*. In: Gósy M. (szerk.) *Gyermekkori beszédészlelési zavarok*. Nikol, Budapest. 200–216.

VASSNÉ KOVÁCS E., FEHÉRNÉ KOVÁCS ZS. (1995) *Változó szervezeti formák a logopédiában*. Fejlesztő Pedagógia, 4., 40–42.

VASSNÉ KOVÁCS E. (1982) *Verbális kommunikáció, mint az írásbeli kommunikáció előfeltétele*. In: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 39., 5., 510–521.

VEKERDI I. (1998) *Nyelvi játékok az óvodában*. In: *Beszédgyógyítás*, 2., 15–77.

ZSOLDOS M., SARKADY K. (1991) *Szűrőeljárás óvodáskorban a (specifikus) tanulási zavar lehetőségének vizsgálatára*. MSSST. BGGYTF, Budapest, 9.

Perlusz Andrea

23.

A HALLÁSSÉRÜLT GYERMEKEK NYELVI FEJLESZTÉSE A HALLÓK ISKOLÁJÁBAN

Míg korábban a hallássérült gyermekek oktatásában, nevelésében a szegregált út volt a szakszerű segítség szempontjából az egyetlen lehetőség, addig napjainkban az integrált nevelés a speciális intézményi elhelyezés egyenrangú alternatívájaként jelenik meg. A hallássérült gyermekek számára létrehozott speciális oktató-nevelő intézmények mai gyermekpopulációja „a nemzetközi trendnek megfelelően a súlyos és halmozott sérülések kategóriái felé tolódik, s a többi gyermek vonatkozásában evvel párhuzamosan nőni fog az integrálást kísérő segítségnyújtásra való igény" (Csányi, 1999). Az integrált nevelés szélesebb körűvé válásának előmozdítására az 1993. évi Közoktatási törvény olyan pozitív diszkriminációs intézkedéseket tartalmaz, melyek egyrészt a speciális nevelési szükségletek kielégítését, másrészt a többségi intézmények fogadókészségének növelését célozzák. Az alternatív iskolák és pedagógiák megjelenése, valamint a tanulólétszámok általános csökkenése szintén ösztönzően hat a speciális nevelési szükségletű, így a hallássérült gyermekek többségi iskolai ellátására is. Szélesítette az integráció lehetőségét a hallássérülés diagnosztizálását, illetve a korai hallókészülékes ellátást célzó módszerek finomodása, a hallókészülék technológiájának robamos fejlődése, az új műtéti eljárások megjelenése, illetve a korai irányított családi nevelés szélesebb körűvé válása is. Ugyanakkor a hallássérült gyermekek megjelenése a többségi intézményekben merőben új helyzetet teremtett e populáció speciális oktatási-nevelési szükségleteinek kielégítése, illetve az integrált oktatási-nevelési folyamatban résztvevők szerepe, feladatai tekintetében. A többségi intézmények „nyitása" a speciális nevelési szükségletű tanulók felvételére egyben a hagyományos iskolai koncepciótól való eltávolodást is jelenti, annak – legalább részleges – elfogadását, hogy a heterogén csoportok sokszínűsége, a pedagógusok módszertani alkalmazkodása a különböző oktatási-nevelési szükségletekhez kiaknázatlan lehetőségeket hordoz az oktatás színvonalának emelésére. Az integrált neveléshez szükséges komplex kapcsolatrendszer (gyermek, szülő, pedagógus, gyógypedagógus) kialakításának és működtetésének még nincsenek kellő hagyományai a hazai viszonyok között. Éppen a fentiekben vázoltak esetlegessége miatt a hallássérült gyermekek sikeres integrált nevelésére nincsen biztosan összeállítható feltételrendszer. Vélhetően a körülmények együttes hatása, konstellá-

ciója – köztük a folyamatban résztvevőktől függő számos szubjektív faktor – befolyásolja az integrált nevelés hatékonyságát (Perlusz, 1998). Az elméletileg kedvezőnek ítélt feltételek mellett is tapasztalható sikertelen integráció, ugyanakkor a kedvezőtlen körülmények között is találhatunk sikeres esetet. Mivel az integrált nevelés kimenetele nem határozható meg egyértelműen előre, s hogy sikeres-e, az csak az integrált nevelés folyamatában derül ki, ezért a sikeres integráció kulcsa a gyermek haladásának rendszeres felülvizsgálata, s a szükséges intézkedések (több segítség, iskolaváltás, speciális intézményi elhelyezés) megtétele.

A HALLÁSSÉRÜLÉS HATÁSA A TANULÁSI FOLYAMATRA

A hallássérülés önmagában és elsődleges következményei révén is befolyásolja a hallássérült gyermekek tanulását. A hallássérülés súlyosságától függően az auditív információknak csak egy része jut el a hallássérült gyermekhez. A hallási feltételek (a hang, a közlés minősége, a hangforrás távolsága, az akusztikus környezet jellemzői), illetve a hallássérült gyermek hallókészülékkel korrigált hallása meghatározóak a tekintetben, hogy a gyermek milyen mennyiségű és minőségű információ meghallására képes. A szájról olvasás, mint az akusztikus benyomások kiegészítő forrása is befolyásolja – ha egyénenként különböző mértékben is – a hallássérült gyermekek információ felvételét. A hallássérülés következtében a beszédelsajátítás folyamata minőségi és mennyiségi tekintetben is zavart szenved. A hallássérülés súlyosságától függően a beszédtanulás folyamata elhúzódik, esetleg önmagától nem, csak speciális gyógypedagógiai segítséggel indul meg. A meglassúbbodott nyelvfejlődésen túl a hallássérülés a már kialakult beszédfunkciók sérülését is maga után vonhatja. A zavarok elsősorban a következő beszédfunkciók területén jelentkeznek:

– *Az artikuláció hibái*. A kiejtésbeli hibák azokat a beszédhangokat érintik, melyeket a gyermek nem jól hall. Mivel a gyermeknek nincs, vagy gyenge a visszajelzése a hibás képzésről, ezért artikulációs hibáit csak a hallókészülék alkalmazásával, valamint az egyéni speciális nevelési szükségletekhez igazodó hallás-beszédnevelési eljárásokkal képes eredményesen kijavítani.

– *A beszéd szupraszegmentális elemeinek* (hangsúly, hanglejtés, ritmus, tempó stb.) *hiánya, helytelensége*. A hallássérült gyermekek beszéde dallamtalanabb, ritmustalanabb lehet, mely ronthatja a beszédérthetőséget.

– *Grammatikai hibák*. Mivel a magyar nyelvben a ragok általában hangsúlytalan, szövégi pozícióban vannak, a hallássérült gyermek aktív beszédmegnyilvánulása során előfordulhat a toldalékok, névelők, névmások elhagyása, vagy inadekvát alkalmazása, illetve szórendi és egyeztetési problémák. A grammatikai hibák rendszeres olvasással, illetve irányított társalgásokkal csökkenthetők.

– *Szűkös szókincs*. A szókincsbeli elmaradás annál inkább tapasztalható, minél

súlyosabb a hallássérülés. A hallássérült gyermekek korlátozott szókincse minőségi eltérést is mutat az úgynevezett szűkített nyelvi kóddal beszélő gyermekek szókincsbeli hiányosságaihoz viszonyítva. Ennek oka, hogy a hallássérült gyermek beszédelsajátítása – részben vagy egészében – mesterséges tanulási folyamat eredménye, vagyis szókincséből egyszerű, hétköznapi fogalmak is hiányozhatnak, a magasabb szintű kifejezések ismerete mellett. A szókincs elmaradása a halló személyekkel való minél több társalgási szituáció, az ismeretlen szavak, fogalmak tisztázása, illetve az olvasás révén csökken.

Az integráltan tanuló hallássérült gyermekek körében végzett egyik hazai vizsgálat (Perlusz, 1998) a hallássérült gyermekek általános tanulási teljesítményére ható tényezőket elemezte. A vizsgálatot az indokolta, hogy amennyiben a hallássérültek tanulási teljesítményére a vizsgált faktorok önmagukban is kimutatható hatással vannak, úgy e tényezők mentén meghatározhatóvá válik, hogy melyik gyermek lesz képes a jó általános teljesítmény elérésére a többségi iskolákban. A kutatás hipotézise azonban az volt, hogy azok a hallássérült gyermekekre speciálisan jellemző tényezők, melyek feltételezhetően hatnak e tanulók iskolai teljesítményeire, csak ritkán ragadhatók meg önmagukban, mivel az esetek többségében a befolyásoló tényezők olyan konstellációjával találkozunk, melyek között az egyes tényezők meglétének vagy hiányának nincs döntő jelentősége. Ennek vélhető oka, hogy a hiányzó feltételt a többi tényező hatása elfedi, kompenzálja, vagyis a szóba jöhető faktorok nem önmagukban, hanem számos más tényező (pl. intelligencia, nyelvi kompetencia, gyógypedagógiai kompenzáció stb.) hatásrendszerében hatnak. Erről az alapvetésről kiindulva a kutatás során az integrált hallássérült gyermekek általános teljesítményére az alábbi tényezők hatásának vizsgálata történt meg:

1. a hallássérülés foka,
2. a társuló fogyatékosság megléte,
3. a beszédérthetőség,
4. a beszédértés,
5. a hallókészülékes ellátás ideje,
6. az URH adó-vevő készülék alkalmazása,
7. a korai fejlesztésben való részvétel,
8. a gyógypedagógiai segítségnyújtás,
9. a szülői aktivitás.

A vizsgált kilenc tényező közül az integrált hallássérült gyermekek általános tanulási teljesítményére a társuló fogyatékosság, a beszédérthetőség és a beszédértés mutatott szignifikáns hatást. E tényezők a komplex hatásrendszerből kiemelkedve önállóan is befolyásolják az integrált hallássérült tanulók általános teljesítményét. A vizsgálat eredményei megerősítik, hogy a hallássérülés nem közvetlenül, hanem a nyelvi funkciókon keresztül hat a hallássérült gyermekek tanulási folyamatára. A

gyermek beszédérthetősége feltételezhetően az iskolában nagy számban előforduló verbális megnyilatkozást igénylő helyzeteken keresztül befolyásolja az általános teljesítmény megítélését, a beszédértési nehézségeket mutató hallássérült gyermekeknek pedig a tananyag követése okozhat problémákat. Ugyanakkor az alacsony szintű beszédértés hátterében is sokféle tényező állhat, mint a szájról olvasási készség gyengesége, és a szókincsbeli hiányosságok, melyek eltérő módon teszik lehetővé a más tényezők általi kompenzációt. A tananyag közvetítésének a módja is befolyásolhatja, hogy az alacsony beszédértési szinten álló tanulók milyen mértékben tapasztalnak nehézségeket az iskolai tanulás során. A hazai többségi iskolákban domináns frontális óravezetés, valamint az előadás és a tanári magyarázat erős hangsúlya nyilvánvalóan nehezíti az alacsony beszédértési szinten álló tanulók haladását. További figyelembe veendő tényező, hogy amennyiben a tanuló erőteljesen támaszkodik beszédmegértésben a szájról olvasásra, akkor beszédértésére hatással lehet a közlő érthetősége, illetve az, hogy a közlés során látja-e a beszélőt.

A HALLÁSSÉRÜLT GYERMEKEK SPECIÁLIS NEVELÉSI ÉS OKTATÁSI SZÜKSÉGLETEI INTEGRÁLT KÖRNYEZETBEN

A hallássérült gyermekek speciális nevelési és oktatási szükségletei két egymástól jól elkülöníthető területet ölelnek fel: az egyik csoportba azok a szervezési, illetve oktatásszervezési kérdések tartoznak, melyekkel megkönnyíthető a hallássérült gyermek egyenrangú részvétele az oktatás-nevelés folyamatában, illetve biztosítható a halló gyermekekével azonos hozzáférhetősége az iskolai információkhoz. A másik csoportba azok a speciális figyelmet igénylő területek sorolhatók, melyeknél a hallássérült gyermek várhatóan nehézségeket mutat, illetve ahol indokolt az egyéni szükségleteknek megfelelő bánásmód az oktatás során. A hallássérült gyermek érdekében tett szervezési, oktatásszervezési változtatások némelyike nem problematikus sem a fogadó intézmény, sem a fogadó pedagógus szempontjából. Ugyanakkor bizonyos változtatások nagymértékben függnek az intézmények infrastruktúrájától, illetve a fogadó pedagógus(ok) szándékától és készségétől e változtatások véghezvitelére. A tanulásszervezés területén végrehajtott egyes módosítások azonban nemcsak a hallássérült gyermek számára teremtenek kedvező prediszpozíciót a tanuláshoz, hanem a többi gyermek tanulását is megkönnyíthetik. „A tanárok általában úgy találják, hogy a tanulás ilyen módon való előkészítése a többi tanulót is segíti, mert a tananyag gondos és részletes átgondolását teszi lehetővé" (Wood, D., Webster, A. 1989, 179.). A szervezés, oktatásszervezés legfontosabb változtatásai a következők:

– optimális akusztikai feltételek (csendes tanterem, a hangvisszaverődés csökkentése stb.);

– az ültetés (a hallássérült gyermeknek látnia kell a pedagógust, az osztálytársait, a táblát és az írásvetítőt);

– a szájról olvasás lehetővé tétele (a pedagógus ne járkáljon előadás közben, ne beszéljen hosszasan, miközben a táblára ír stb.);

– támpontok nyújtása a tanítási óra követéséhez (az órák során a témaváltás jelzése, a tematikus egységek összefoglalása, összetett feladatok írásban megadva, az óravázlat párhuzamos, fokozatos bemutatása az írásvetítőn stb.);

– vizuális szemléltetés a megértés elősegítésére (a hallássérült gyermek tanulását jobban segíti a vizuális szemléltetés, mint az átlagos gyermekét);

– az órai vázlatok, jegyzetek utólagos biztosítása (a hallássérült gyermek számára problémát jelenthet, különösen a felső tagozaton a hosszabb tanári magyarázat (előadás) egyidejű követése és jegyzetelése, mivel a gyermek nem tud egyszerre figyelni, szájról olvasni és írni);

– az iskolával kapcsolatos mindennemű tudnivaló írásban történő közlése (az iskolában sok fontos információ hangzik el az órák végén, s ha a tanár nem hangsúlyozza ezeket kellően, nem jutnak el hallássérült gyermekhez);

– a tananyag differenciált feldolgozása;

– együttműködő tanulási formák alkalmazása (a feladatmegoldás a tanulók együttműködését és kölcsönös támogatását követeli meg, mely különösen hasznos az integrált hallássérült gyermek számára).

A hallássérült gyermekek speciális oktatási-nevelési szükségletei a fentieken túlmenően az iskolai követelmények teljesítésével állnak szoros kapcsolatban. E szükségletek figyelembe vétele nélkül a hallássérült gyermekek sok esetben nem képesek a potenciálisan elvárható eredmények elérésére, hibáik a feladatok meg nem értéséből, esetleg hibás értelmezéséből erednek. Ugyanakkor a speciális szükségletek figyelembe vétele nem jelenthet túlzott mértékű pozitív diszkriminációt sem, mivel ez a gyermek szociális beilleszkedésének zavaraihoz, esetleg önértékelési nehézségekhez vezethet. A segítségnyújtásban a „szükséges, de éppen elégséges" határvonal megtalálása nem könnyű feladat, azt feltételezi, hogy a pedagógus mindenre kiterjedően ismeri a hallássérült gyermek speciális oktatási-nevelési szükségleteit. A hallássérült gyermekek speciális szükségletei az alábbi területeket érintik:

1. Szóbeli közlések, illetve írásbeli utasítások megértési nehézségei. A szókincsbeli hiányosságok, illetve az utasítások félreértése miatt pontatlan, hibás feladatmegoldás fordulhat elő, mely rontja a gyermek teljesítményét.

2. Szövegértési nehézségek. Oka a szűkebb szókincs, a szinonimák ismeretének hiánya (a gyermek csak a szó alapjelentését ismeri, s az átvitt értelmű közlést is e jelentés mentén magyarázza), illetve a mondatok helytelen tagolása. A szövegértési problémák – ha csökkenő mértékben is – általában fennmaradnak az iskoláztatás évei alatt. Jóllehet a hallássérült gyermek egyre több szót és kifejezést ismer meg, a szövegek nyelvi szintje folyamatosan emelkedik.

3. Olvasástechnikai problémák (pl. a lassabb olvasási tempó). Az iskoláztatás kezdeti szakaszát jellemzik, mivel az olvasott szöveg szókészletének egy része esetleg még ismeretlen a hallássérült gyermek számára.

4. Grammatikai és helyesírási hibák a beszéd és az írásbeli munkák során.

5. Tollbamondás. Sokszor olyan szavakat kell a gyermeknek leírnia, amelyek jelentését nem ismeri, másrészt nem hallja, és nem tudja pontosan leolvasni a diktált szót.

6. Fogalmazási problémák. A fogalmazás olyan összetett feladat, mely többféle nyelvi készség (szókincs, fogalmazási készség, grammatikai készség, helyesírás) megfelelő szintjét igényli.

A felsoroltakat megerősítik azok a vizsgálati eredmények, melyek a korábban idézett hazai kutatás (Perlusz, 1998) e témakörére vonatkoztak. A vizsgálat egyik kérdése arra irányult, hogy mely területeken igénylik a legtöbb segítséget az integrált hallássérült gyermekek a tanulás során. A segítségnyújtást igénylő területek az előfordulás gyakorisága szerint a következők voltak: szómagyarázat, matematika, a feladat megbeszélése, helyesírás, szórend, ragozás, fogalmazás, verstanulás, verselemzés, lényegkiemelés, tartalom elmondása, idegen nyelv. Látható, hogy a hallássérült gyermekek leginkább azokon a területeken igénylik a segítséget, melyek szoros összefüggésben vannak a nyelvvel. Ugyanakkor az is megfigyelhető, hogy sok esetben nem a feladat megoldásához, hanem a feladatmegoldás előkészítéséhez igényelnek segítséget, mely a szómagyarázatban, a feladat megbeszélésében és az utasítások megértetésében jelenik meg. A matematika területén megmutatkozó gyakori segítségnyújtási igény is arra utalhat, hogy a hallássérült gyermekeknek szükségük van a szöveges feladatok instrukcióinak, illetve az elvont fogalmakkal dolgozó matematikai nyelv magyarázatára.

A hallássérült gyermekek speciális nehézségei miatt körültekintésre van szükség az ellenőrzés és az értékelés során. A gyermek valódi tudásáról, egyéni fejlődéséről kell számot adni az alulértékelés (pl. a tollbamondás rossz eredménye tükröződik a nyelvtan osztályzaton), illetve a felülértékelés (a pedagógus túlságosan elnéző a gyermekkel) veszélyének elkerülésével.

A speciális nevelési szükségletű, ezen belül a hallássérült tanulók számára is lehetővé teszi a közoktatási törvény a felmentést az egyes tantárgyak tanulása, illetve értékelése alól. Hallássérült gyermek esetében általában ez az ének, illetve az idegen nyelv tantárgyakat érintheti. Az elbírálás során a gyermek kedve, teherbírása a döntő szempont. Mivel az integrált nevelés elsődleges célja éppen az, hogy a hallássérült gyermek a lehető legtöbb területen szerezzen a halló kortársakkal azonos tapasztalatokat, így a részvétel alóli felmentés csak igen indokolt esetben javasolható.

Az integrált tanítási-tanulási folyamatban résztvevők és a komplex kapcsolatrendszer jellemzői

Az integrált oktatás-nevelés a speciális nevelési szükségletű gyermekek hagyományos képzési rendszerétől eltérő helyzetet teremt e populáció, illetve az őket segítő gyógypedagógusok számára. Nincs ez másképp a többségi intézmények pedagógusai tekintetében sem. Az integrált nevelés egy olyan komplex kapcsolatrendszer optimális működését feltételezi, melyben a hallássérült gyermek, a szülő, a fogadó pedagógus és az integrációt segítő gyógypedagógus egymással szoros kapcsolatban, mintegy fogaskerekekként egymásba kapcsolódva tevékenykedik a siker érdekében. A hallássérült gyermek számára – különösen, ha korábban nem járt speciális intézménybe – az integrált nevelés természetes élethelyzetet jelent. A többségi intézmény fogadó pedagógusa és a gyógypedagógus azonban az integrációt megelőzően más munkaformában, és eltérő munkastílusban dolgozott, a kétféle kompetencia sok esetben még érintőlegesen sem találkozott egymással. Mint Flieger rámutat: „...manapság az integratív pedagógia irányában érdeklődést mutató pedagógusok jelentős hányadának nem állt módjában megismerni az integrált oktatás elemeit, s ugyanígy nem volt alkalma arra sem, hogy egy nem szelektáló iskolarendszerben dolgozhasson. Belső elképzeléseiket és beállítódásaikat arról, hogy voltaképpen mi is az iskola, az oktatás vagy a tanulás, s hogy mindezek hogyan működnek, mindenekelőtt azok a saját maguk által szerzett tapasztalatok határozzák meg, melyeket – másra lehetőségük nem lévén – a szegregált, szelekciós mechanizmusoktól terhelt iskolarendszerben szereztek" (Flieger, 1997).

A többségi pedagógusok informálása a hallássérült gyermek speciális nevelési szükségleteiről, az oktató-nevelő munka kisebb módosításainak véghezvitele e szükségletek mind jobb kielégítése érdekében, illetve a fogadó pedagógus segítése az integráció folyamatában a gyógypedagógus feladata. E feladatok szinte hangsúlyosabbak, mint a gyermeknek nyújtott közvetlen gyógypedagógiai segítség, hiszen a gyermek sikeres haladásáért az integrált nevelés során a gyermek pedagógusa, a gyógypedagógus és a szülők együttesen vállalják a felelősséget. Ugyanakkor a hallássérült gyermekek integrált környezetben való segítése a gyógypedagógus feladatkörét is jelentősen módosítja. Munkája eltér a hagyományos gyógypedagógiai tevékenységtől, melynek lényege a fogyatékos gyermek szükségleteihez igazodó, hátránykompenzáló, fejlesztő eljárások alkalmazása elsősorban kis létszámú, szükségleteit tekintve „homogénnek" tekinthető gyermekcsoportban, illetve gyermek-terapeuta interperszonális helyzetben. Az integrált nevelési helyzetben végzett gyógypedagógiai tevékenység nem elsősorban az egyes tanulóval való közvetlen foglalkozást jelenti, hanem „célja, hogy az általános iskola pedagógusai váljanak a speciális megsegítés kulcsfiguráivá" (Johnstone, 1997). Ennek érdekében a gyógypedagógusoknak a hallássérült gyermekek speciális szükségletei iránti elkötelezettséget, illet-

ve az ellátásukhoz szükséges szaktudást át kell adniuk a többségi pedagógusnak, hiszen ő az, aki a mindennapok nehézségeit átéli a hallássérült gyermekkel.

A megváltozott feltételek között az integrációt segítő gyógypedagógus feladata az alábbiakra terjed ki:

– a hallássérült gyermek számára a fogadó intézmény megtalálása;
– a fogadó pedagógus, a fogadó közeg informálása a hallássérült gyermek speciális szükségleteiről;
– a fogadó pedagógus segítése (konzultáció);
– a hallássérült gyermek speciális segédeszközeinek ellenőrzése, optimális használatának biztosítása;
– az integrált nevelés feltételrendszerének optimálissá tétele (tanulásszervezési kérdések, szociális beilleszkedés segítése, törvényi lehetőségek megvalósítása stb.);
– a hallássérült gyermek egyéni gyógypedagógiai fejlesztése;
– kapcsolattartás a hallássérült gyermek szüleivel, illetve a hallássérültek ellátásában közreműködő más intézményekkel.

Amint a fentiekből is látható, a sokrétű feladat közül a gyermeknek nyújtott gyógypedagógiai segítség csak egy, melynek mértékét a hallássérült gyermek aktuális szükségletei határozzák meg. Ezek a szükségletek nagyon eltérőek lehetnek, a gyógypedagógus heti rendszeres foglalkozásától a gyermek pedagógusával, illetve a szülőkkel történő havi konzultációig. Az igény a gyógypedagógiai segítségnyújtásra azonban bármikor megváltozhat, vagyis szükségessé válhat a korábbi ritkább alkalmakról áttérni a rendszeres megsegítésre és viszont. Ezért is fontos, hogy az integrált nevelés során rendszeresen felmérjék a gyermek haladását, s a szükséges intézkedéseket mindig a gyermek aktuális igényeihez igazítsák. A hallássérült gyermekre irányuló gyógypedagógiai segítségnyújtás a hallássérülésből adódó nyelvi és tanulási nehézségek korrekciójára terjed ki egyéni foglalkozások keretében. E foglalkozások a szükségletek felmerülésével arányosan, főleg az alábbi területeket érinthetik: szókincsbővítés, grammatikai fejlesztés célzott társalgások révén, szisztematikusan felépített szókincsfejlesztés (témakörök szerint haladva), közös olvasás, szöveges matematikai feladatok megértetése, a szóbeli és az írásbeli kifejezőkészség fejlesztése, a beszéd érthetőségének javítása. A hallássérült gyermekkel való egyéni foglalkozás azonban nem vezethet a segítő szakember és az általános iskola pedagógusa közötti kapcsolat beszűküléséhez, hiszen a segítségnyújtás csak a gyermek pedagógusával való rendszeres kapcsolattartás révén tud pontosan azokra a területekre koncentrálni, ahol a gyermek nehézségei megmutatkoznak. Annak ellenére, hogy a speciális gyógypedagógiai segítségnyújtás hozzáférhetősége az integráció sikeressége szempontjából kulcsfontosságú tényező, hazai viszonylatban még nem beszélhetünk a segítségnyújtás egységes és átfogó rendszerének kiépüléséről. A már korábban is idézett, a hallássérült gyermekek hazai integrációjának helyzetét leíró

kutatás (Perlusz, 1998) eredményei szerint az integrált hallássérült tanulók több, mint 40%-a nem részesül semmilyen gyógypedagógiai segítségnyújtásban. Ugyanakkor a vizsgálatból az is kiderül, hogy az ellátott hallássérült gyermekek esetében a segítségnyújtás meglehetősen heterogén szervezeti keretek között (nevelési tanácsadó, audiológiai szakrendelés, logopédiai hálózat, korai fejlesztő központ, speciális iskolák mellett működő pedagógiai szakszolgálat stb.), egymástól eltérő gyógypedagógiai kompetenciájú szakemberek (szurdopedagógus, logopédus stb.) révén valósul meg. E tény már önmagában is felveti a tartalmában és hatékonyságában azonos színvonalú segítségnyújtás kérdését. A hazai helyzetről alkotott képet tovább árnyalja, hogy az ellátott integrált hallássérült gyermekeknek csak 30%-a kap helyben, a fogadó többségi általános iskolában gyógypedagógiai segítséget. Ez az ún. utazótanári hálózat hiányosságaira utal, s arra enged következtetni, hogy a többi gyermek esetében a gyermeket ellátó gyógypedagógus és a fogadó pedagógus együttműködése nem, vagy csak csekély mértékben valósul meg. Ilyen körülmények között azonban a hallássérült gyermekek speciális oktatási-nevelési szükségleteinek kielégítése a fogadó intézményekben nem lehet kellően hatékony. „Amennyiben nem vagyunk tudatában annak, hogy mi történik abban az iskolában, vagy osztályban, ahol elhelyezzük a gyermeket, hogyan tudhatnánk, hogy milyen kiegészítő segítséget kell, ha kell egyáltalán biztosítani, és hogyan dönthetnénk el, milyen tanácsot kell adni az osztályok tanárainak?" (Lynas, 1979, 170.). Az integrált hallássérült gyermekek hazai ellátásában az utazótanári hálózat kiépülése minőségi javulást eredményezne, illetve lehetővé tenné az integráció kiszélesítését. Ugyanakkor az integrált nevelésben nagy múltra visszatekintő országok modelljei, illetve már néhány hazai kezdeményezés is lehetővé teszi az integrált nevelés segítésének egy korszerűbb módját, melynek során a speciális nevelési szükségletű gyermekek a kiegészítő támogatást az osztályteremben kapják meg. E változat előnye, hogy könnyebb az integráció szereplői közötti kommunikáció, illetve elkerülhető a speciális nevelési szükségletű gyermek elmozdításával járó stigmatizáció (Wood, Webster, 1989). Lynas (1992) az osztályon belüli megsegítés alábbi előnyeit sorolja fel:

– ha a gyógypedagógus jelen van a hallássérült gyermek osztályában, úgy az osztálymunkához igazodó azonnali segítséget tud nyújtani a gyermek számára;
– a gyermekek a többségi osztályban maradhatnak, s a segítő tanár itt talál alkalmat a speciális területek fejlesztésére is;
– a segítő tanár alkalmanként és szükség esetén segítséget nyújthat az osztály más tanulóinak is;
– a segítő tanár jelenléte az osztályban érzékenyebbé teheti az osztály pedagógusát és a többi tanulót is a hallássérült tanuló speciális szükségletei iránt.

A fenti modell – a gyógypedagógus foglalkoztatása a többségi intézményben – előnye az utazótanári megsegítéssel szemben, hogy meg tudja oldani az iskolában

nap mint nap aktuálisan felmerülő problémákat, valamint nem kell megbirkóznia azzal, hogy mire is fordítsa a rendelkezésére álló viszonylag rövid időt. A segítségnyújtás e módjának veszélye ugyanakkor, hogy „a hallássérült tanuló túlságosan függőségbe kerül a tanárától, s nem eléggé igyekszik a problémák önálló megoldására" (Lynas, 1992). A speciális nevelési szükségletű gyermekek osztálytermen belüli megsegítése a különböző képzettségű és kompetenciájú pedagógusok kooperatív, partneri viszonyban történő együttműködését feltételezi, mely sok tanár számára még nehezen egyeztethető össze a hagyományos tanári szereppel.

Az integrált nevelési helyzet komplex kapcsolatrendszerének a gyermeken, a fogadó pedagóguson és a gyógypedagóguson túl a hallássérült gyermek szülei is részét képezik. Jelenlétük, aktív együttműködésük hangsúlyosabb, mint a speciális nevelési szükségleteket nem mutató gyermekek szüleinek szerepe gyermekük iskoláztatásában. Az integrált nevelés során ugyanis a hallássérült gyermeknek a halló közösség magasabb elvárásainak kell megfelelnie. Míg a gyermek speciális iskolai elhelyezése a szülőket bizonyos tekintetben tehermentesíti, addig az integrált elhelyezés esetén a gyermek optimális fejlődéséért a gyermeket tanító pedagógus és a szülők együttesen vállalják a felelősséget. Mivel a gyermek mellett többnyire nincs mindennap gyógypedagógus, ezért a gyógypedagógus segítő tevékenysége inkább útmutatás a szülők és a fogadó pedagógus számára. A szülők fokozott szerepvállalása az alábbi területeket érinti:

– szoros kapcsolattartás a fogadó intézménnyel, a gyermek pedagógusával. Ennek különös jelentősége van az integrált nevelés kezdetén, illetve felső tagozatra, új intézménybe kerülésnél, de az átlagosnál nagyobb gyakoriság mindvégig jellemző marad;

– a gyermeknek biztosított rendszeres tanulási segítségnyújtás. A szülőknek ismerniük kell az iskolai történéseket, a tanítási órák anyagait, illetve azt, hogy a hallássérült gyermeknek milyen kiegészítő foglalkozásra, tanulásra van szüksége ahhoz, hogy a többi gyermekkel egyenrangúan tudjon részt venni az iskola életében.

A hallássérült gyermekek hazai integrációjának vizsgálata során (Perlusz, 1998) a megkérdezett pedagógusok közel 90%-a úgy nyilatkozott, hogy a szülők nagymértékű támogatása nélkül nem tudnák eredményesen oktatni a hallássérült gyermeket. Véleményük szerint a szülők fokozott szerepvállalása elsősorban a gyermeknek nyújtott tanulási segítségben nyilvánul meg. Ezt megerősítették azok az eredmények, melyek az integrált hallássérült gyermekek tanulási szokásaira vonatkoztak. A többségi intézményekben tanuló hallássérült gyermekek több mint 60%-a legalább napi két órát tölt a másnapra való felkészüléssel, s e tanulók 70%-ának napi segítségnyújtásra van szüksége, melyet a legtöbb esetben a szülők biztosítanak. A hallássérült gyermekek szüleinek több mint 60%-át a fogadó pedagógusok az igen aktív szülők közé sorolták. Ennek hátterében a felelősségérzeten túl feltételezhetően

az áll, hogy igyekeznek megfelelni a vélt iskolai elvárásoknak annak érdekében, hogy a gyermek oktatása, nevelése során esetleg tapasztalt nehézségek ellenére is megtartsák a pedagógusok jóindulatát. Ugyanakkor ahhoz, hogy a hallássérült gyermek szülei a lehető legnagyobb mértékben felelősséget vállalhassanak a hallássérült gyermek haladásáért, arra is szükség van, hogy az iskola, illetve a fogadó pedagógus olyan aktív partnerekként kezelje őket, akik értékes módon közreműködhetnek gyermekük oktatásában. A szülők ugyanis általában nagyon jól ismerik gyermekeiket, s ez a tudás sok esetben kiaknázatlan marad. Ainscow és Muncey (1989) a tanároknak az általuk oktatott gyermekek szüleihez való hozzáállását az alábbi négy kategóriába sorolják:

– az akadályozó kategóriába azok a szülők tartoznak, akik a tanárok véleménye szerint nem fordítanak kellő figyelmet gyermekük előmenetelére;
– a tanárok erőforrásként is használhatják a szülőket, bevonva őket bizonyos feladatok elvégzésébe;
– a szülők partnerként történő elfogadása a tanár-szülő kapcsolat ideális együttműködési formája;
– végül a pedagógusok egy része a szülőket fogyasztóknak tekinti, akik az iskolai szolgáltatás igénybevételére jogosultak.

A szerzők a fenti szerepek kapcsán arra hívják fel a figyelmet, hogy a tanárok szülőkhöz való hozzáállása a velük szembeni viselkedésükben is tükröződik, vagyis „van egy rejtett program" a tanár és a szülő találkozásainak viszonylagos formalitása mögött.

Összegezés

A hallássérült gyermekek integrált nevelésének sikeressége a befogadó többségi iskola és a helyben biztosított gyógypedagógiai tevékenység összehangolásán múlik. A hallássérülés oktatási-nevelési kihatásainak figyelembe vétele, a hallássérült gyermek speciális szükségleteinek kielégítése az integrációban résztvevők folyamatos együttműködését és partneri elfogadását feltételezi. A hazai viszonyok között – annak ellenére, hogy a feltételek még nem kellően biztosítottak – is széleskörűen valósul meg a hallássérült gyermekek integrált nevelése, ennek sikere azonban a fogadó intézmény, a többségi pedagógus, a hallássérült gyermek, az integrációt segítő gyógypedagógus és a szülők kedvező egymásra találásán, az integrált nevelés tényezőinek aktuális együttjárásán múlik, a folyamatban még sok az – egyébként kiküszöbölhető – esetleges elem. A hallássérült gyermekek integrált nevelésének széles körű elterjedéséhez a feladatot éppen az jelenti, hogy a folyamatban dolgozók ezen esetlegességek szerepét a minimálisra csökkentsék. Az integrált nevelés sikeres kivitelezése, amint az az eddigi kedvező tapasztalatok alapján leszűrhető, nemcsak a hallássérült gyermek számára, hanem a fogadó közösségek és a fogadó pedagógus számára is előnyökkel jár. Ez tük-

röződik a fogadó pedagógusok véleményében is: „Egészséges gyermekeim megtanulták tisztelni a másságot. Nagyon örülök az emberségüknek."

„Elsősorban az osztályközösség szempontjából van pozitív hatása. Türelmesebbek, megértőbbek, toleránsabbak lettek egymással szemben a gyermekek, mióta R. az osztályban van."

„Segíthettem V.-nek. Óriási a nevelő ereje a többi gyermek számára, hogy velünk van. Nekem is ad sikerélményt."

Végezetül egy nem problémamentes, de mégis sikeresnek mondható integrációs eset bemutatása következik.

Esetleírás

B. M. súlyos fokú, idegi eredetű hallássérüléssel született. A szülőkben a gagyogás elhalása után, a gyermek egy éves kora körül merült fel a hallássérülés gyanúja, amit a családban nevelkedő két idősebb gyermek normális beszédfejlődése is megerősített. A hallássérülést a gyermek másfél éves korában diagnosztizálták, s ekkor kapott hallókészüléket is. A gyermek a hallókészüléket gyorsan megszokta. Az óvodáskort megelőzően a gyermek korai fejlesztésben részesült. Ennek keretében kezdetben heti két, később heti egy alkalommal foglalkozott vele szurdopedagógus, gyógypedagógus. A korai fejlesztésbe a szülők intenzíven bekapcsolódtak. A gyógypedagógussal konzultálva a mindennapos otthoni tevékenységeket a hallás- és a beszédfejlesztés szolgálatába állították. Ezt erősítette az intenzív nyelvi környezet is a családban, a halló testvérek gazdag beszédpéldája. A gyermek beszédfejlődése lassan bár, de megindult. A szülők hallássérült gyermekük számára halló óvodát képzeltek el, mellyel a gyermekkel foglalkozó gyógypedagógus is egyetértett. A szülők kérésére a Hallásvizsgáló Szakértői Bizottság támogatta a gyermek integrált óvodai elhelyezését. A gyermek óvodai beilleszkedése a fogadó közeg, illetve az óvónők kedvező hozzáállásának, valamint a gyermek alkalmazkodó személyiségének köszönhetően problémamentesen zajlott. A halló kortárscsoport kommunikációs késztetése, illetve a folytatódó gyógypedagógiai segítségnyújtás hatására a gyermek beszédértése és beszédszintje tovább fejlődött. Az iskolaválasztás kérdése a gyermek hetedik életévében merült fel. A szülők továbbra is integrált elhelyezést képzeltek el. Figyelembe véve a gyermek akkori nyelvi szintjét, a szülők egy alternatív iskola első osztályába kívánták beíratni. Az iskola pozitív hozzáállása, az egyéni különbségeket figyelembe vevő tanulásszervezése valóban ígéretesnek tűnt, a bizottság is támogatta a szülők választását. A gyermek az új közösségbe könnyen beilleszkedett, pedagógusai elfogadták. Az első tanévet sikeresen fejezte be. A második osztály folyamán kezdtek jelentkezni az első problémák. A szülők és a gyermekkel foglalkozó gyógypedagógus egyetértettek abban, hogy a gyermek bizonyos iskolai tevékenységekben nem tud a társaival egyenrangúan részt venni (pl. a hosszú, naponta felolvasott meséket nem érti meg),

ugyanakkor szellemi kapacitása az oktatás folyamán nincs kellően kihasználva. A kezdeti intenziv fejlődés megtorpanni látszott. A második tanév végére a szülőkben megérlelődött az iskolaváltás gondolata. A szülők szerették volna a hallássérült gyermeket ugyanabba az általános iskolába beíratni, amelyet másik gyermekük számára is választottak. A gyógypedagógus az igazgatóval, illetve a tanítóval megbeszélte a problémát, s ők vállalkoztak a hallássérült gyermek fogadására. A gyermek tudásszintjét felmérve az új iskolában az osztály megismétlése tűnt célszerűnek, a két testvér az iskola két párhuzamos osztályában kezdte meg tanulmányait. Az osztályismétlés meghozta a várt eredményeket. Beilleszkedése problémamentes volt, új társaival jól megtalálta a hangot. A gyermek megerősödött a már megszerzett ismeretekben, illetve lehetősége nyílt a hiányok pótlására. Fejlődése saját ütemének megfelelő, szókincse rohamosan gyarapszik, komolyabb tanulmányi problémája nincs. Jelenleg harmadik osztályba jár, heti egy alkalommal szurdopedagógus, egy alkalommal pedig logopédus foglalkozik vele. A szülők, a gyógypedagógus és a tanárai is optimisták a gyermek haladása tekintetében, s úgy gondolják, hogy képes lesz arra, hogy az általános iskolai tanulmányait integráltan fejezze be. Ez pedig kellő alapot adhat számára a középfokon történő továbbtanuláshoz.

Irodalom

AINSCOW, M., MUNCEY, J. (1989) *Attitűdök és kapcsolatok*. In: Csányi Y. (Szerk.): *A hallássérült gyermekek integrált nevelése*. BGGYTF, Budapest. 1995, 75–90.

CSÁNYI Y. (1999) *Változásban a hallássérültek pedagógiája*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 1. 1–9.

FLIEGER, P. (1979) *A tanárok integrált oktatással kapcsolatos beállitódásainak változása – Metodikai megfontolások a pedagógus továbbképzésekhez*. In: Zászkaliczky P. et al. (Szerk).: *A gyógypedagógia új útjai*. Vydavatel'stvo Liečreh Gúth, Bratislava, 1997, 217–226.

JOHNSTONE, D. (1997) *A forráskőzpontok szerepe az inkluzív oktatás megalapozásában*. In: Zászkaliczky P. et al. (szerk.): *A gyógypedagógia új útjai*. Vydavatel'stvo Liečreh Gúth, Bratislava, 1997. 315–324.

LYNAS, W. (1979) *A hallássérült gyermekek a többségi iskolában*. In: Csányi Y. (Szerk.): *A hallássérült gyermekek integrált nevelése* BGGYTF, Budapest, 1995. 167–182.

LYNAS, W. (1992) *Hallássérült tanulók többségi iskolákban történő ellátásának különböző típusai*. In: Csányi Y. (Szerk.): *A hallássérült gyermekek integrált nevelése*. BGGYTF, Budapest, 1995. 157–166.

PERLUSZ A. (1998) *A hallássérült gyermekek hazai integrált oktatás-nevelése, különös tekintettel az integrált nevelést befolyásoló tényezőkre*. Kandidátusi értekezés.

WOOD, A., WEBSTER, D. (1989) *A hallássérült gyermekek*. In: Csányi Y. (Szerk.): *A beszéd-nyelv fejlesztésének módszerei hallássérülteknél*. BGGYTF, Budapest, 1994. 120–188.

Földiné Angyalossy Zsuzsa

24.

A TANÍTÁSI-TANULÁSI FOLYAMAT SZERVEZÉSE INTEGRÁLTAN TANULÓ VAK GYERMEKEKNÉL

„Minden lehetséges, amit közösen, szívvel-lélekkel akarunk."

Gorkij

A VAK GYERMEKEK ISKOLAI NEVELÉSÉNEK, OKTATÁSÁNAK FŐBB IRÁNYZATAI

A történelem során, a 18. századtól kezdődően, a vak gyermekek pedagógiai ellátása elsősorban speciális intézményekben, *szegregált körülmények* között folyt.

Az első vaknevelő intézetet 1784-ben Párizsban alapította V. Haüy. Az általa felfedezett tapintható dombornyomású könyv lehetővé tette az iskoláztatást. Olvasásra megtanították a gyermekeket, de az írás elsajátítására még nem volt lehetőség ebben a korban. A párizsi kezdeményezés világszerte követőkre talált, Franciaországon kívül Európa számos országában és Amerikában is létrehoztak intézeteket (Méhes, 1962; Gordosné, 1962).

Hazánkban a szakirodalmi források ugyan eltérőek, de feltehetőleg Klein János gondolatából kiindulva Beitl Rafael tanító indítványozta az ország nádoránál azt, hogy a vak gyermekek számára létesítsenek intézményt. Az 1825. évi országgyűlést követően néhány gyermekkel meg is kezdődött a foglalkozás (Gordosné, 1998). Az elkülönített intézményrendszer kialakulásával együtt megjelentek olyan próbálkozások is, melyek az *együttnevelés* mellett érveltek. Ezen érvek alapja elsősorban a családi nevelés fejlesztő hatásának hangsúlyozása, a látókkal való zavartalanabb kapcsolat kialakítása, a látóktól való tanulási lehetőségek kiemelése volt. 1846-ban Bécsben pl. rendeletileg kötelezték a vak és aliglátó gyermekeket a népiskola látogatására (Méhes, 1962, 7.).

Magyarországon Mihályik Szidor *A vakokról* c. művében említi: „...joggal lehet követelni azt, hogy a mit a vakgyermek minden különösen ráfordított időveszteget és nélkül a többi gyermekekkel együtt puszta hallomásból az iskolában elsajátíthat, attól őt elzárni nem volna szabad. A törvény nem is zárja ki, de kizárja a gyakorlat" (Mihályik, 1870, 186.).

Később Pivár Ignác azt javasolja a szülőknek, hogy „Ha végül gyermeketek a folyamodók nagy száma miatt az intézetbe felvehető nem volna, irassátok be őt

községetek iskolájába, annak tanítóját pedig kérjétek meg, hogy az oktatásban szükséges tudnivalókat" tudja meg az iskola igazgatójától és kérje tőle a szükséges taneszközöket (Pivár, 1898, 85.).

Herodek Károly *Közérdekű tudnivalók a vakokról* c. munkájából ismeretes, hogy az 1868. évi XXXVIII.t.-c. értelmében a vakot nem zárják ki a népiskolából, néhány dolgot az épérzékűekkel együtt is tanulhat, ilyenek pl.: ének, hittan, nyelvtan, fejbeli számolás és történelem. A gyermekek többsége a szegényebb néprétegből kerül ki, a szülők dolgoznak, s így a legtöbb vak gyermek egész napra elzáródik a külvilágtól. „...nagy szükség van a népiskolába járatásra; mihelyt a gyermek tankötelés korba lép, óhajtandó, hogy a népiskolába azonnal beirattassék." Megemlíti, hogy a gyermekeknél könyörületesség fölébresztésre is felhasználható, ha kellő pedagógiai érzékkel rendelkeznek a tanítók (Herodek, 1903, 91.). Ezeken kívül még számos röpirat, tanulmány tesz említést arról, hogy a vak gyermekek sem az óvodákból, sem az elemi iskolákból nincsenek kizárva.

Szily Adolf *A vakoknak együttes tanítása látókkal* 1910-ben megjelent cikke ismerteti a korabeli amerikai gyakorlatot: a külön tanító feladatát, amely a Braille tanítására, a feladatok kijavítására, ügyességi gyakorlatok vezetésére terjed ki. A külön taneszközöket a tanfelügyelő szolgáltatja, a tankönyveket külön nyomdában készítik. Felsőbb osztályokban már nincs külön vakok tanítója, de szükség szerint támogatja a tanfelügyelő vagy a külön tanító őket (Szily, 1910, 119.).

Jármer Lajos *Vakok és látók együttes nevelése és oktatása* c., 1931-ben megjelent tanulmánya az óvodáskorúak nevelés-oktatásának összekapcsolását hangsúlyozza: elképzelései szerint a vakok óvodája nyissa ki kapuit a látók előtt, s fele-fele arányban tanulhatnának együtt a gyermekek. Az óvodában tanított tárgyakat, a fogalmak játékos ismertetését, a közös játékok tartalmát megvizsgálva csak a rajzolást tartja szinte megvalósíthatatlannak. Nem zárja ki azonban! A síkidomok ábrázolására képesek a vakok is. Az, hogy milyen technikai eszközökkel, milyen módszerekkel valósítható ez meg, nem derül ki írásából. A vak gyermek „Ha megszokja, hogy mindig a látók között van, nem fog félni tőlük, nem is gondol arra, hogy bántalmazhatják, igyekszik gyermeki jogait és szórakozásait magának biztosítani, aminek jó hatása a gyermek későbbi éveiben is előnyösen fog mutatkozni. ...a pedagógus feladata az, hogy megfelelő formát és módokat találjon arra, hogy a figyelmet mindig a szükséges irányba terelje és bizonyára minden jó pedagógus megtalálja a módját, hogyan lehet a tanítást oly mederbe terelni, hogy az látóra és vakra egyaránt hasznos legyen" (Jármer, 1931, 210–211.).

A VAKOK SZOCIALIZÁCIÓJA, INTEGRÁCIÓJUK FELTÉTELEI

Általános megfogalmazásban a *szocializáció az a folyamat, melynek során a személyiség állandóan igazodik az őt körülvevő közösségi, társadalmi, környezeti feltételekhez.* Az

új szemléletű szocializációs elméletek interdiszciplinárisan orientáltak, magukba foglalják a pszichológia és a pedagógia nézőpontjait is. Arra keresnek választ, hogy az ember egyéni életét mennyiben és hogyan befolyásolják a társadalmi, gazdasági, környezeti, kulturális és családi viszonyok. Vizsgálják azt is, hogyan lehet az egyén életét oly módon befolyásolni, hogy önálló, szociálisan cselekvőképes, ugyanakkor jól kooperáló személyiség jöjjön létre. A folyamat lényegét más-más szemszögből közelítik meg az egyes elméletek. Ezen belül két fő irányvonal különíthető el: a pszichológiai és a szociológiai. Ezen túl is sokféle változat ismert aszerint, hogy milyen irányból próbálják meghatározni a szocializációs folyamatot (pl. tanuláselméleti, fejlődéslélektani vagy rendszerelméleti, cselekvéselméleti alapokon). Az eltérések ellenére is közel azonosnak tekinthetők a főbb kérdéskörök, a kulcsfogalmak. Ilyen pl. a *kommunikáció* (Marton, 1995).

A vak gyermekek számára már az első pillanattól kezdve nagy jelentősége van a hangnak, a nonverbális és verbális kommunikációnak. Nagy szerepet játszanak a korai fejlesztő szakemberek abban, hogy megfelelő kommunikáció, interakció alakulhasson ki a sérült gyermek és környezete között. Az irányított családi és iskoláskor előtti speciális egyéni fejlesztés, terápia, a csoportfoglalkozások mind-mind hatékonyabbá teszik a szocializálódási folyamatot. A vak gyermek ép és/vagy enyhébb fokban sérült érzékszervein kívül elsősorban szavak útján szerzi információit. A szavak önmagukban azonban nem elegendőek, tartalmat is kell adni azoknak. Így elkerülhető a verbalizmus, így lesz képes partnerként viselkedni az ép társakkal való kapcsolatteremtés során.

A vak gyermek hátrányos helyzetben van a tárgyi és a személyi környezettel való interakció megindulásában és fenntartásában, s ezen keresztül az én-fejlődés, az én és nem-én elkülönülése terén is. A fejlesztés során a tárgyak látás nélküli megismerését (hallható, tapintható, mozgásban átélhető stb.), a metakommunikáció hallható (hangsúly, dallam stb.), érezhető (ölelés, kézszorítás, simogatás, mozgással kísért játék stb.) összetevőinek alkalmazását tanulja meg. Lehetősége nyílik arra, hogy sokoldalú kapcsolatba lépjen személyi és tárgyi környezetével. Emellett küzdenie kell az elszigetelődés, a túlzott introverzió, az én-központúság ellen, és törekednie kell a mások iránti nyitottságra, érdeklődésre, empátiára.

Ha a család elszigetelten él, nem teremt kapcsolatot környezetével, a gyermek sem lesz képes a társadalom életében való hatékony részvételhez szükséges szabályok, normák, cselekvési modellek, magatartásformák elsajátítására. A környezet felelős azért, hogy a vak gyermekben kialakul-e az önbizalom, az aktivitás és az életszeretet.

A külön iskoláztatással megteremtődött az iskoláskorú sérült gyermekek társadalmi szegregációja. Ennek következménye lett az a diszkrimináció, mely optimális feltételek megléte mellett is nehezíti, gátolja a társadalmi integrációt (Gordosné, 1981).

A társadalmi elvárások, normák határozzák meg azokat a kritériumokat, ame-

lyek alapján valaki különleges bánásmódot igénylő csoportba kerül. A 20. század végére a gyógypedagógia központi kérdésévé vált az elkülönített iskoláztatás és a fogyatékosok társadalmi integrációja közötti ellentmondás feloldása, megszüntetése. Az 1993. évi közoktatási törvény, a szülők törekvése arra, hogy sérült gyermeküket a családban neveljék, az iskolák nyitottabbá válása megteremtette annak a lehetőségét (de nem minden feltételét!), hogy a sérült gyermekek együtt járhassanak ép társaikkal iskolába. Napjainkban, a törvény adta lehetőségekkel élve az országban egyre több vak tanuló vesz részt integráltan az oktatásban. A tapasztalatok azt mutatják, hogy korai fejlesztéssel, bölcsődei/óvodai integrációval, megfelelő tájékoztatással, a fogadó pedagógusok felkészítésével, utazótanári megsegítéssel, tanfolyamok tartásával képesek jól működni ezek a modell értékű megoldások.

A Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központ munkatársai (gyógypedagógiai-pszichológiai-szakorvosi) segítséget nyújtanak a lakóhelyen történő iskolaválasztáshoz, együttműködve a jegyzővel. Csak a bizottságtól kapott javaslat teszi ugyanis lehetővé, hogy a fogadó iskola emelt összegű támogatást kapjon a vak gyermek neveléséhez, oktatásához.

A családi háttér és az integrálásra javasolt gyermek személyisége is nagyon fontos e tekintetben. A vak gyermek társadalmi beilleszkedése szempontjából nagy jelentősége van a család mindennapi életében való résztvételnek, a látó gyermekekkel, felnőttekkel való kapcsolatoknak. A látó társak, a tanárok és a szűkebb-tágabb környezet ily módon lesz képes arra, hogy reális ismereteket szerezzen a vakokról: ismerje korlátaikat, képességeiket, erősségeiket.

Az *inkluzív oktatás* csak *megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel* rendelkező iskolákban valósulhat meg.

Az integráció objektív feltételei

Az *objektív feltételeket* a különféle gyógyászati segédeszközök, a speciális taneszközök, az osztály létszáma, speciális berendezési tárgyak, az épület hozzáférhetősége jelentik. A pontírású tankönyveket, speciális eszközöket az alapfokú oktatásban integráltan résztvevő tanulók számára elsősorban a budapesti vakok iskolája biztosítja. Emellett a Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége szervezi a segédeszközök forgalmazását, új segédeszközöket kutat fel, fejleszt ki és szerez be, Braille-nyomdát és hangfelvevő stúdiót üzemeltet, Braille- és hangoskönyvtárat tart fenn, tananyagot, szakirodalmat, egyéb irodalmi és tájékoztató műveket készít, kulturális rendezvényeket szervez, árulja a tanuláshoz szükséges segédanyagokat – szótárak, kalkulátorok, kötelező olvasmányok, verses kötetek, hangkazetták stb. (Erhartné, 1998). Sok esetben a szülő és/vagy a gyógypedagógus utazótanár adaptálja a tankönyvet, vagy annak részleteit. Fontos, hogy a kezdetektől használhasson a tanuló magnetofont, rögzíthesse a tanórán és más iskolai helyzetekben elhangzottakat.

A *szubjektív tényezők* nem határozhatók meg könnyen. Ilyenek pl. „a fogadó pedagógus szemlélete, módszerei, segítőkészsége, kreativitása, a pedagógiai asszisztens jelenléte és hozzáértése, a szülők hozzáállása, aktivitása, a gyógypedagógus kellő érzékenysége a probléma iránt, valamint szakmai tudása, és végül magának a gyermeknek a személyiségjegyei" (Csányi, 2000, 391.).

Az integrált nevelést megelőzően a *fogadó iskola* pedagógusa (igazgatója) felveszi a kapcsolatot a speciális iskolával (módszertani központtal), ahol találkozik azzal az *utazótanárral*, aki a későbbiekben segítségére lesz munkája megszervezésében: tanfolyamra invitálja, hospitálási, tapasztalatszerzési lehetőséget biztosít számára. Ez a látogatás kölcsönös: az utazótanár segít a vak gyermek fogadásának előkészületeiben, meglátogatja a gyermeket a családban, hospitál a tanítási órákon, megfelelő könyvek, útmutatók, jegyzetek ajánlásával bővíti a fogadó pedagógus ismereteit. Elkészíti azokat a feladatlapokat, órai vázlatokat, amikre a vak gyermek pedagógusai megkérik, átírja a pontírásban készített dolgozatokat síkírásba, segít a tantárgyi felzárkóztatásban, a speciális ismeretek megszerzésében. Rendszeres kapcsolatot tart a gyermekkel, a pedagógusokkal és a szülőkkel egyaránt.

A pedagógiai programnak, a tantervnek, az egyéni fejlesztési tervnek, a tananyagnak, a pedagógusok módszereinek is meg kell felelniük a vak gyermek speciális igényeinek. A látássérültek gyógypedagógusa és az általános iskolában tanító pedagógus közötti módszertani információcsere minden esetben kölcsönösségen és rugalmasságon alapul. Az egyéni bánásmód, a differenciált oktatás a gyógypedagógus vezetésével megvalósítható teammunka eredménye A speciális fejlesztés általános elveinek ismertetésén túl konkrét, gyakorlati segítségre is szüksége van a fogadó iskolák pedagógusainak: pl. a törvény által biztosított normatív támogatás felhasználása, a tájékoztatók tartása: várható nehézségek, nevelési módszerek és követelmények, tankönyvválasztás, a speciális eszközök használata, szemléltetési módok alkalmazhatósága a különféle órákon, a követelmények szintje és korlátai, a segítségadás és a megkülönböztetett bánásmód mértéke, a gyermek ültetése, a szakemberek (gyógytornász, logopédus, mozgástréner, gépírás oktató) munkájának koordinálása.

A vakok budapesti iskolájának vezetői és tanárai 1993-ban felismerték, hogy segíteniük kell azokat a családokat, iskolákat, ahol próbálkoznak az új lehetőséggel. Azóta évről évre növekszik azoknak a fő- és mellékfoglalkozású gyógypedagógusoknak a száma, akik országos szinten látnak el utazótanári feladatokat.

Az utazótanárok rendszeresen vagy szükség szerint keresik fel a fogadó intézményeket. A látogatások száma és időtartama az integráltan tanuló gyermek igényeitől függ. A vakok iskolája is szakított korábbi gyakorlatával (előkészítő, átmeneti majd 8 osztály), s az átjárhatóság érdekében alkalmazkodott a többségi iskolák felépítéséhez, követelményrendszeréhez.

Az integráció szubjektív feltételei közül kiemelt jelentőségű a *család szerepe*. A

szülők segítenek a sikeres beilleszkedésben, informálják a pedagógust a gyermek fejlődéséről, megoldják azokat a kisebb-nagyobb problémákat, amikre az iskolai idő alatt nem kerülhetett sor (pl. gyakorlás, szemléltetés, tankönyv-adaptáció – hangos vagy pontírású változat, a mindennapi élet tevékenységeire, önkiszolgálásra nevelés, önálló tanulásra ösztönzés).

A sikeres együttnevelés a *gyermek* személyiségén is múlik, a szorgalmas, jó képességű, kooperatív gyermek könnyebben beilleszkedik, jobb tanulmányi eredményeket ér el.

A VAKOK MEGVÁLTOZOTT INFORMÁCIÓSZERZÉSI LEHETŐSÉGEI, A TANÍTÁSI-TANULÁSI FOLYAMAT SPECIFIKUMAI

Napjainkban fontos kérdéssé vált, hogyan valósulhat meg az egyéni nevelési szükségletnek megfelelő, a minden gyermek közreműködését biztosító tanítási-tanulási folyamat.

A *differenciálás módszere* az, amelynek segítségével a pedagógus a tanulás folyamatát az egyén szükségleteihez igazítja, segíti az alkalmazkodást. Az egyénekhez igazodás során a pedagógus felfigyel a vak gyermek erősségeire, gyenge pontjaira, tanulási stílusára, képességeire, az eltérő feltételek között végbemenő ismeretszerzésre. Ennek birtokában teremti meg azokat a feltételeket (eszköztár, módszerek, egyéni, páros, csoportmunka, egyéni tempóban történő haladási lehetőség stb.), melyek eredményessé teszik az oktatást. A pedagógusoknak az értékeléskor figyelembe kell venniük a sérülés okozta nehézségeket.

„A vak gyermekek nevelésének-oktatásának speciális feladatai: sérülésspecifikus módszerek, szemléltető- és segédeszközök (tiflotechnika) segítségével a mozgás és tájékozódás fejlesztése, a tapintásra és hallásra épített fogalomalkotás feltételeinek biztosítása, a sérülés másodlagos kihatásainak (téves, hiányos fogalmak, rossz testtartás, negatív személyiségjegyek) korrekciója, illetve megelőzése" (Csocsánné, 1997, II/349.).

A pedagógusoknak tudniuk kell, hogy:

– a vakság hatással van a személy szenzomotoros és kognitív fejlődésére, szocializációjára;

– a vakok *ismeretszerzése* elsősorban tapintáson, halláson alapul, kiegészítve a szag- és ízérzékeléssel;

– az ismeretszerzés a Braille-féle pontírásra épül;

– a *beszédfejlődés* alaki szempontból nem mutat eltérést a látó gyerekekétől, sőt gyakori, hogy felnőttes stílusban társalognak. Az egyes fogalmak tartalmi háttere azonban nem minden esetben felel meg a valóságnak, függ az egyéni tapasztalatoktól, a környezet irányításától és segítésétől;

– *hallás*uk segítségével igen pontosan tájékozódnak környezetükben. Az apró

zörejek, hangok számukra fontos útbaigazítást adnak a körülöttük lévő változásokról (valaki közeledik, milyen tárggyal, eszközzel foglalatoskodik a közel lévő személy, mikor lehet átmenni az úttesten stb.);

– a *tárgyak megismerése* elsődlegesen *tapintás* útján történik. Az egyes részleteket aktív szellemi munkával kell összerakniuk, melyeket szukcesszíve építenek egybe. A tárgyak megismerésekor gyakran keresnek egy olyan tapintással érzékelhető, különös jegyet, amely alapján a későbbiek során is biztosan felismerhetik azt. Ez a jegy nem minden esetben egyezik meg a látók számára is lényeges jeggyel;

– a látókhoz képest a legegyszerűbbnek tűnő cselekvéshez is fokozott emlékező és kombináló képességre van szükség. Ezért az *iskoláztatás során célirányosan és kiemelten kell fejleszteni az épen maradt érzékszerveket, az emlékezetet, a figyelmet, a gondolkodást.*

Olvasás, írás megváltozott feltételekkel

A vakok esetében az oktatás alaprendszerét a *Braille-rendszer* képezi. A Braille-betűket egy ujjbegy nagyságú területen három sorban és két oszlopban elhelyezett 6 pont variálásával 1829-ben alkotta meg Louis Braille, aki maga is vak volt. A Braille-féle írásmód az egész világon elterjedt, minden nemzet átalakította a saját hangzóira (Csocsánné, 1997, I/199.). Ezzel a rendszerrel már óvodás korában megismertetik – esetenként a szülők bevonásával – a vak gyermekeket a gyógypedagógusok. Így ideális esetben – hasonlóan sok látó társához – olvasó, író diákként íratják be az általános iskolába.

Az eszközök használatának bevezetésekor megismerkednek a gyermekek a hatrekeszes dobozzal (oldalainak számával, méretével), azzal, hogyan helyezzék maguk elé, majd a helyzeti elnevezéseket játékos formában begyakorolják: bal felső, bal középső, bal alsó, jobb felső, jobb középső, jobb alsó. A feladatok elvégzése során nemcsak a rekeszek helyét gyakorolják, hanem fejlesztik a tapintást, a figyelmet és a megtartó emlékezetet is. Ezek után térnek rá a számozás szerinti elnevezésre (egyes, kettes, hármas stb. rekesz). Minden újabb eszköz (kis hatrekeszes doboz, gombás és szöges tábla) használatakor összehasonlítják az újat a megelőzővel, s a fokozatokat betartva ismerkednek meg velük, s ekkor kezdetét veheti az írás és olvasás elsajátíttatása.

Az *írás* eszközei: pontírógép (Picht-gép, Perkins Brailler, „Mónika", Tatrapoint) és speciális vastagságú és szilárdságú papír (rajzlap, illetve braille-papír). Az egyes betűk leírásakor a mutató-, a középső és a gyűrűsujj egyidejű használatával egyszerre nyomja le a gyermek a billentyűket, a hüvelykujj a szóközbillentyű működtetését szolgálja. Későbbi eszköz a Braille-tábla, a pontozó és a papír.

A látók iskoláinak betűtanítási sorrendje nem egyezik meg a vakok betűtanítási sorrendjével, ezért differenciálni szükséges. A betűtanítás menete elhúzódik, mert fokozatosan kell kialakítani a finom diszkriminációs érzést, a jó ponttapintást, a kombiná-

ciók biztos érzékelését, és csak ezek után lehet rátérni a pontkombinációknak az ismertetésére.

A Braille-ábécé valamennyi betűje más és más összetételű: külön-külön betűformát jelentenek a rövid és hosszú magánhangzók, a kétjegyű mássalhangzók. A kettős mássalhangzók kettőzött leírása eltér a látókétől, pl.: vissza – viszsza. Nagybetű a Braille-ábécében nincs, csak jele van (4-es és 6-os pont egyszerre történő lenyomása), ez a jel mindig a nagybetűvel írandó szó elé kerül, szóköz nélkül.

A *pontírógép* használat közben zajt okoz, de ez nem olyan mértékű, hogy a társak munkáját akadályozná, vagy a hangos beszédet elnyomná. A pontírás rendszere, technikája miatt a tanulók nem tudnak minden írásbeli feladatot úgy megoldani, mint a látók. Csak a hagyományos írásjeleket használják, nem alkalmazható kiemelés aláhúzással, bekarikázással stb. Mindent újra le kell írni az ilyen jellegű feladatoknál. A gép a lap újrabefűzésekor elnyomja a pontokat, így pl. feladatlapot nem célszerű kitölteni vele (dolgozhatnak feladatlapokkal úgy, hogy külön lapra írják le a válaszokat).

Nagyobb gyermekek megtanulják a *Braille-tábla* használatát is (jobbról balra haladva a pontösszetételek tükörképét kell leszúrni ahhoz, hogy olvasható szöveget kapjanak). Az írásra jellemző, hogy lassú és fárasztó. Hátránya, hogy csak a lap kivétele után lehet a leírtakat ellenőrizni. A táblán való írást jegyzeteléskor, rövid szövegek, adatok lejegyzésénél használják elsősorban.

A vak gyermekek *helyesírási* problémái gyakoribbak, ezért állandó korrigálásra, tudatosításra van szükség esetükben. A hibák javítása fokozott nehézségekbe ütközik, mert nem látja át munkáját, vagy egyszerűen csak nem ellenőrzi. Az észrevett hibát a hat pont egyszerre történő leütésével lehet korrigálni írás közben vagy a szöveg végén ismételt leírással. Szinte mindennapos javítás, másoltatás szükséges ahhoz, hogy a látókkal azonos helyesírási készség-szintre jussanak. A szabályok megtanulása azonban nem jelenthet gondot (tankönyvből, jegyzetekből, hangszalagról). A mondatelemzés – ha lehetőség van rá – csak szóban történjen. Írásbeli elemzéskor az újbóli leírások miatt több időre van szükség. Ágrajz készítése nem valósítható meg.

Az írás és olvasás tempója lassúbb, mint a látóké, ezért az írásbeli munkára *több időt kell hagyni*. Nem szabad azonban felmenteni őket az írásbeli munkák alól, történjen ez az órán, vagy házi feladat gyanánt. Ha a tanító/tanár nem ismeri a pontírást, akkor is tudja ellenőrizni a tanuló munkáját: felolvastatja vele, vagy átírathatja az utazótanárral, vagy a gyermek környezetében élő olyan személlyel, aki ismeri azt.

Az olvasmányok feldolgozásakor:

– a bemutató olvasás kellő hangsúlyozása, érthetősége a vakok szempontjából igen nagy jelentőségű, mert kedvelik a változatos felolvasást, figyelmük önkéntelenül a tartalomra terelődik. A tanulók figyelmét lehetőleg ne zavarja külső zaj, mozgás;

– a gondolategységek megbeszélése utáni vázlat írását végezze el a többiekkel a

tanuló, de kaphatja írásbeli házi feladatként is;

– a szöveg adott részeinek megkeresése lassabban történik, így a másolás is;

– meg kell küzdeni a képi valóság hiányával, helyette a művek elemzésekor a hangulati azonosulásra kell nagyobb hangsúlyt fektetni. Sok konkrét tárgy megismerését kell biztosítani az órán vagy a tanulmányi séták, kirándulások során;

– a zenei montázsok utalhatnak a hangok világában élő gyermek számára az irodalmi mű tartalmi, hangulati és szerkezeti sajátosságaira is;

– a szómagyarázatokra több időt kell fordítani;

– a költői eszközök ismeretét a vak gyermeknek is meg kell tanulnia, továbbtanulás esetén szüksége lesz rá.

Az elméleti, irodalomtörténeti vonatkozások memorizálása nem okoz gondot, folyamatosan fejleszteni kell őket, az értelmezést gyakorta kell ellenőrizni.

Fogalmazások készítésekor a vak tanulók hajlamosak a terjengősségre. Legkedveltebb műfaj az elbeszélő fogalmazás. Mindig ellenőrizni kell bizonyos fogalmak tartalmát.

A *dramatizálások* (bábozás) aktív részesei lehetnek a vak gyermekek, megfelelő irányítással fejlődik beszédkészségük, mozgásos kultúrájuk.

A tananyaghoz kapcsolódó *múzeum- és színházlátogatások*ból nem szabad kizárni a vak tanulókat sem; a látottak, a történések pontos leírásával egy látó társ mindig segítheti a megértést.

A megváltozott olvasási, írási feltételekhez igazodva minden vak tanuló képes írásbeli munka végzésére, olvasás útján szerzett információfelvételre.

A *gépírás* ugyan nem szerepel a tantárgyak között, de a vak gyermekek számára fontos az elsajátítása. E tantárgy a látókkal való kapcsolattartás fontos eszköze, önálló életvitelük segítője lesz. Az írógép, illetve a számítógép használatának elsajátításával bármilyen írásbeli munkát elvégez, s megfelelő kijelzővel (hangos vagy pontírású) önálló munkavégzésre képes.

*Könyvtári ismeret*eik nem feltétlenül tudnak megfelelni a látókkal szemben támasztott követelményeknek, mivel korlátozott a pontírásos könyveket kölcsönző könyvtár anyaga. Gyakori, hogy csak „hangos" könyvként (előadóművészek által felolvasott, hangkazettára rögzített változat) kölcsönözhető a mű (Kovács, 1982; Földiné, Hartdégen, 1995).

A TERMÉSZETI ÉS A TÁRSADALMI KÖRNYEZET MEGISMERÉSE

A látás kiesése miatt a vak gyermekek környezet-megismerési lehetőségei megváltoznak; a *környezetismeret* tantárgy keretén belül sok lehetőség van arra, hogy ép érzékszerveiken keresztül ismerjék meg a tanulók környezetüket. A szegregált iskola tananyagában speciális tárgykörök is találhatóak: pl. tájékozódási gyakorlatok, ér-

zékszervi gyakorlatok, ízlelési és szaglási gyakorlatok, s különbség van pl. a bemutatás alkalmazásában is. A vak gyermeket az iskolában kell sokszor olyan tapasztalathoz juttatni, amelyekhez a látó gyermek spontán módon is eljuthat. Olyan tárgyakat is a kezébe kell adni, amikre látóknál elég csak utalni, emlékeztetni.

Kiemelt helyen áll a *bemutatás* (érzékeltetés). Látó gyermekek többnyire már az óra előtt találkoztak az életben a szemléltetésre kerülő tárggyal, vagy legalábbis képen látták, van róla összképük: tudják, milyen az alakja. A pedagógusnak egy megindult folyamatba kell ilyenkor beleavatkoznia, irányítania annak további útját. A vak gyermekeknél előfordulhat, hogy már az első mozzanatnál is közre kell működni.

Valódi tárggyal való ismerkedéskor számára nem ugyanazok lesznek a lényeges jegyek, mint a látóknál. Kiemelt szerepe lesz a hangjának, a tapintásának, a szagának stb.

A *tanulmányi sétáknak, kirándulásoknak* a vak gyermek életében még nagyobb szerepe van, mint látó társainál, fejlődik térbeli tájékozódóképessége, s ezáltal mozgásbiztonsága, megismeri szűkebb és tágabb környezetében azokat a támpontokat, melyek segítik a közlekedésben, az anyaggyűjtés során új ismeretek birtokába jut.

Az *élő növények szemléltetésekor* olyan jegyeket emelünk ki, melyek lehetővé teszik a későbbi felismerést, pl. illat (paradicsom, hagyma), tapintás (szúrós, bütykös szár), el(fel)törésekor adott hang (a szár sajátos reccsenése összeszorításkor, a csonthéjas gyümölcsök magjának keménysége, feltörés közbeni hangja).

Az *élő állatok bemutatása* (pl. cica, kutya, nyúl, tyúk) gyakran nehézségekbe ütközik, de néhány esetben (osztálytársnál, kirándulás alkalmával) megvalósítható, nem kell a részletes érzékeltetésre törekedni, a preparátumok, a hanggyűjtemények segítenek a további tapasztalatok gyűjtésében.

A *modellek* sem jelentik ugyanazt, hiszen az eredetinek csak az alakját adják vissza, így a vak tanuló csak olyan képzetekhez juthat, amit az életben nem biztos, hogy fel tud használni.

Az *élettelen tárgyak bemutatása* is fontos (kiemelten vagy valós környezetükben); ha ez az órán nem lehetséges, akkor a szülők segítségét is kérjük. A tárgy bemutatását – lehetőség szerint – össze kell kapcsolni a tárggyal kapcsolatos funkció bemutatásával (a tűvel varrni kell; a kalapáccsal szöget lehet beverni a fába, a falba stb.).

Csaknem mindegyik *kísérletnél* meg lehet találni a módot arra, hogy a jelenség mozzanatait a vak tanuló is figyelemmel tudja kísérni. Meg kell ismernie a kísérleti eszközöket, majd közvetíteni kell a történéseket, ha a lényeges rész nem is érzékelhető. Az események menetét nyomon követve „tapasztalati úton" ismerkednek meg egy-egy jelenséggel (hallják a gyufa sercenését, érzik a keletkező hőt, szagokat, értesülnek a látók megnyilvánulásairól). A terepasztal használata kiemelten fontos pl. a felszíni formák szemléltetésekor (vizes homokkal dolgozzunk, mert tapintás útján így érzékelhetőek az egyes alakzatok anélkül, hogy szétrombolná akaratlanul is a gyermek).

Vakok számára *domború térképek* állnak rendelkezésre, de házilag is tapinthatóvá tehető a „látó" térkép, pl. ragasztó, fonalak, különböző tapintású anyagok segítsé-

gével. Használatuk bevezetésekor kiindulási támpontokat keresünk, amelyeket megtalálva biztosan tud tájékozódni rajta a vak diák. Fontos, hogy a térképek ne legyenek túl aprólékosak! A lényegesebb feliratokat pontírásban kis papírlapokra írva fel lehet ragasztani a megfelelő helyekre.

Az *elbeszélések* legyenek rövidek és érdekesek, a beszélgetésekbe vonjuk be a vak gyermeket is. A *gyakorlatok* során minden anyagot, eszközt meg kell mutatni a tanulónak a munka elvégzéséhez szükséges sikeres mozdulatokkal egyetemben. Az állandó *ellenőrzésre* gondot kell fordítani, szükség esetén újra meg kell mutatni a gyakorlat végzésének módját. *A pedagógus megszervezheti a tanulók közötti kölcsönös segítségnyújtást.* A *gyakorlatok* során kiemelten kell ügyelni a rendre, minden tárgyat úgy helyezzenek el, hogy ne sodorják le a szükséges dolgokat, s azonnal megtalálják, ha szükségük van rá. Az *ismeretek megszilárdításakor* a látók által rendelkezésre álló eszközök hiányoznak vagy csak részben adottak (táblai rajz, vázlat stb.), de a táblán végzett munka szöveggel kísérésével, a gyakoribb részösszefoglalásokkal megkönnyíthetjük az anyag logikai rögzítését (Pálhegyi, 1982; Földiné, Hartdégen, 1995).

Matematikai ismeretek

A *matematika* oktatása a vakoknál kiemelt szerepet játszik, hiszen nagy jelentősége van „az intellektuális képességek fejlesztésében és pozitív transzferhatása szinte valamennyi tantárgy tanulását segíti,..." Fejben általában gyorsan és hibátlanul képesek számolni, de a számolási stratégiák megválasztásában rugalmatlanok, „szeretik a »megszokott« eljárásokat, a betanult, gépies módszereket" (Csocsánné, 1995, 2–3.). A számfogalom kialakulása során a tapintási, hallási információknak nagy a szerepük. A közvetlen élmények csak megfelelő pedagógiai segítséggel, módszerekkel és eszközökkel biztosíthatók. Sajátosan szerkesztett eszközök szolgálják a biztonságos manipulációt. Előtérbe kerülnek a szöges, gombás, mágneses rögzítésű munkaeszközök, a tálcával, rekesszel, fiókokkal ellátott eszközök, melyek pontosan megadható támpontokkal segítik a feladatok végrehajtását.

A *színesrúd-készlet* a vakok oktatásában is felhasználható. A rudaknak az egység választásától függő viszonylagos nagysága, tehát a változó „neve" a döntő jelentőségű. A rudakat rekeszes dobozokban tárolják és az elhelyezést a támpontok helyes és pontos meghatározása teszi lehetővé. A rudak nagyságának megállapításakor a tanuló mér, manipulációs tevékenységet folytat.

A matematika oktatása során felhasználhatók a *látók számára készült eszközök*, némi módosítással: tanulói szöges tábla, a Dienes-készlet, kiegészítve tapintható helyiérték táblázattal, a logikai készlet (4-féle tapintási felülettel, és az elmozdulásukat megakadályozó rácsos táblával), dobókockák (kitapintható számképpel), a Minimat készlet (tálcákra rakosgatva).

A *számegyenes* a számsor egyes elemeit jeleníti meg. Amíg a látók egyszerre több

számot látnak, addig a vakok számára tapintható beosztással készített papír- vagy műanyag csík (tűzőkapocs, pontírás felhasználásával) ezt nem teszi lehetővé. A számok bejelölése nagy helyet foglal el, egyszerre csak egy vagy két számot tud tapintani, „Így nem teljesül az a szemléltető hatás, hogy a számegyenes egy adott, »megjelenített« szakasza több szám egymáshoz viszonyított helyét is jól mutassa" (Csocsánné, 1982, 63.).

A vak gyermeknek szüksége van még *átalakított mérőeszközökre*, pl. vonalzóra, szögmérőre, óramodellre stb. Az űrmértékeknél hitelesített mérőedényekkel, tömegmérésnél a többiek által is használt eszközökkel dolgozhatnak, a leolvasást a látó társak végzik. Az állandó sokoldalú összehasonlításra, az önálló mérésekre a vakoknak nagy szükségük van. A világ bizonyos jelenségei azonban csak közvetve ismerhetőek meg (pl. egy torony magassága, az árok, a kút mélysége). Az ilyen jelenségek helyes elképzeléséhez a gondolkozás szintjén, megfelelő számú konkrét ismeretre van szükség.

A *szóbeli műveletvégzés kiemelten* fontos helyet tölt be a vakok oktatásában. „A szóbeli algoritmusok készségszintre emelését már az alsó tagozat végéig követelményként jelöli a tanterv. Ez a folyamat igényli az emlékezet fejlettségét, ugyanakkor továbbfejleszti ezt. A gyors és pontos szóbeli számolást nem a »mechanikus« műveletvégzés jellemzi, hanem az elemi számolási készség olyan kombinatív alkalmazása, amely igen jó logikus gondolkodást igényel. Kiválasztani a leggyorsabb eljárást, helyesen alkalmazni a műveletek tulajdonságairól tanult ismereteket, ez olyan készség, amely fokozatos és tervszerű fejlesztéssel magas szintre emelhető" (Csocsánné, Fintáné, 1982, 48.). Gyors, pontos „fejszámolási" készségüknek számtalan helyzetben vehetik hasznát, ha megfelelő alkalmat biztosítanak számukra (pl.: versenyfeladatoknál, vetélkedők, tanulmányi versenyek során stb.).

Az írásbeli műveletvégzés helyettesítője 1975-től a vakok iskolájában az *abakusz* számolótábla. Ez az eszköz alkalmas nagy számkörben 2 és 10 között bármelyik számrendszerben a négy alapművelet, valamint a gyökvonás végzésére, számok, adatok lejegyzésére egész és törtszámokkal. Szemlélteti a számok alaki és helyiértékét, a haptikus észlelés kritériumainak megfelelően és segíti a mennyiség és az elvont szám közötti absztrakciós folyamat kialakulását; fejleszti a fejszámolási készséget, a manipulációt, az összerendezett ujjmozgást, a kis térben való tájékozódást, a figyelmet és az emlékezetet (Csocsánné, 1994). A számolás megkönnyítéséhez a tanulók hang, illetve pontírású kijelzővel ellátott kalkulátorokat használhatnak.

A vak diákok matematika oktatásában a *legnagyobb nehézség*et azok a témakörök jelentik, amelyek *rajz*oláshoz, *szerkesztés*hez, *ábrázolás*hoz kötöttek. A vak tanulók számára egy-egy ábra sokkal bonyolultabbá teheti a megértést, mint a látóknál, akiket segít ezeknek a tanulmányozása. A vakok iskolájában az ún. szimbolikus ábrák készítését és értelmezését megtanulják a gyermekek, tehát a látókkal végzett közös munka során is lehetőséget kell biztosítani erre (domború térképek, függvények, mértani ábrák, fizikai, kémiai folyamatábrák használata, esetenként készítése). Egy-

szerű rajzok készíthetők derelyevágó és rajzlap/műanyag fólia (vagy csomagolófólia) segítségével. A vak tanuló is készíthet rajzokat: ha a csomagolófóliát gumilapra feszítve golyóstollal/ceruzával/körzővel húzzák a vonalat, domború lesz az ábra. Ily módon – speciális mérőeszközöket használva – egyszerűbb szerkesztésekre képesek. Ez a módszer alkalmas a függvények ábrázolására is. A geometrián kívül a fizika, a kémia, a biológia, a földrajz tanulásában is segíti. Az elemi geometriai alakzatokat kemény kartonból kivágott sablonnal tehetjük szemléletessé. A szögestábla segítségével is megkönnyíthető a geometriai alakzatok megismerése: a szögek a csúcsokat, a köréjük feszített gumi az oldalakat jelöli (Csocsánné, 1982).

Megfelelő motiválással a vak tanuló együtt tud dolgozni a többiekkel, nem kell felmenteni a nehezebb témák megtanulása alól, de fokozottabban kell ellenőrizni azt, hogy megértette-e a problémát, elég magyarázatot kapott-e.

Mozgás és tájékozódásra nevelés (testnevelés és sport)

A *testnevelés órák* alól csak orvosi utasításra menthető fel a vak tanuló. *Megfelelő be-, illetve megmutatással, a testrészek beállításával végre tudják hajtani a különböző mozdulatokat, gyakorlatokat.* A tanáron kívül egy-két látó társa is segíthet. Futhatnak, páros gyakorlatokat végezhetnek együtt. Amelyik feladatot csak lehet, kísérjék hangokkal (pl. futhat, részt vehet a sorversenyekben hang irányában stb.). A speciális iskolában használatos csörgőlabda segítségével a súlyos fokban látássérültek is részt vehetnek a labdajátkokban, és a kisebbek is képessé válhatnak – kellő begyakorlás után – a hagyományos labdával való közös játékra. *A vak gyermekek mozgásigénye ugyanakkora, mint ép társaiké.* Amennyiben nem mozoghatnak eleget, olyan mozgásformákat alakítanak ki helyettük, melyek visszatetszést kelthetnek a többiekben (egy helyben pörgés, forgás, testük előre-hátra himbálása stb.). A sokat és helyesen mozgó gyermekből lehet csak jó tartású, sportolni szerető, edzett fiatal, felnőtt!

A *sport* nevelő hatása fontos szerepet tölt be a vakok életében is. Azon túl, hogy segíti a látók társadalmába való beilleszkedést, külsőleg és belsőleg is formálja a tanulókat, edzetté, egészségesebbé teszi őket, erőt ad a kudarcok elviseléséhez, leküzdéséhez.

A Vak Diákok Sportegyesületének atlétikai, goalball, torball, úszás, sakk, ritmikus sportgimnasztika, küzdősport, tandemkerékpár, turisztikai, sífutó és vízitúra szakosztálya működik. E széles paletta alapján látható, hogy a vak gyermekek, fiatalok is képesek sportolni, mozogni a szemészetileg megengedett keretek között (Vitkay, 1995; Földiné, Hartdégen, 1995). A *víz* olyan közeg, ahol egyenrangú partnerként versenyezhet a vak diák a látó társakkal. A *téli sport*oknak aktív részese lehet kellő hangirányítással, látó kísérővel, és megtanulhat lovagolni is. Minden eszközt, terepet lépésről lépésre meg kell ismertetni velük.

Az *ének-zene* órákon való aktív részvételnek nincs akadálya, a vak gyermekek hallás útján megtanulják a dalokat, elemzik a zenehallgatás anyagát, visszaadják a dal ritmusát. A zenetörténeti részeket lejegyzetelik vagy magnetofonról visszahallgatva tanulják. Az énekkar munkájába a jó hallású, jó hangú vak diákokat is bevonják. A kottaolvasás alól felmenthetők, mert a pontírású kotta nagyon bonyolult. Zenei téren kimagasló eredmények elérésére képes néhány vak gyermek, fiatal.

A vak gyermek számára is meg kell adni az *alkotás* örömét. A kreativitás, az önkifejezés az agyagozás, szövés, kosárfonás, üvegrogyasztás, tűzzománc dísztárgyak készítése során is fejlődik.

A mindennapos tevékenységek elsajátítása

A vak gyermek életében igen nagy szerepet játszik az *önállóságra nevelés*. Szerencsés, ha az iskolakezdés előtt is foglalkozott vele korai fejlesztő gyógypedagógus és a család is támogatta őt (nem korlátozta a mozgásában, nem csinált meg mindent helyette), de az új környezetében is törekedni kell arra, hogy egyre kevesebb segítségre szoruljon. Ehhez azonban a vak gyermeknek feltétlenül ismernie kell az őt körülvevő környezetet. Végig kell vezetni – a mozgástréner útmutatása alapján – ezeken a helyeken (osztályterem és berendezése, más termek felépítése, a mellékhelyiség és berendezése, az ebédlő helye, a folyosó és az arról nyíló helyiségek sorrendje, a lépcsők elhelyezkedése stb.). Az iskola épületével való ismerkedéskor engedni kell, hogy a vak diák maga is keressen támpontokat. Ismertetni kell vele az ablakok és az ajtók helyét, nyílási irányukat. Érintse is meg azokat. Fontos, hogy a látók által adott információk mindig világosak és egyértelműek legyenek; mondani kell a jobbra, balra, mellette stb. szavakat. Váratlan akadállyal vak és látó egyaránt szembesülhet. A vak embert azonban tájékoztatni kell a változásról. Fehér botot hazánkban ritkán használnak a fiatalabb látássérültek, de önállóbbá válásuk érdekében az integráltan tanulók már kisiskolás korukban *képzett trénertől* megtanulják a használatát.

Leesett tárgy megkeresésében csak akkor segítsünk, ha túl messze került a gyermektől, vagy olyan helyre gurult (pl. a szekrény alá), ahol a látónak is nehéz rátalálni.

Az *evőeszközök* használatát – optimális esetben – már kis korában elsajátítja a vak tanuló is (a kését esetleg nem). Tud vizet tölteni (másképp, mint a látók: a súly alapján érzékeli a mennyiséget, vagy ujját helyezi a pohár peremére), meg tud teríteni. Az önkiszolgáló étteremben vagy azt kell megszervezni, hogy ő az asztalnál kaphassa meg az ételt vagy fokozottabban oda kell figyelni arra, hogy elkerülje az ütközést. A tányérhoz viszonyítva határozza meg valaki a pohár és egyéb eszközök helyét, mondja el, hogy mi az ebéd, s mi hol található a tányéron.

A vak gyermekek önálló életre való felkészülése a szülői ház segítőkészségén, türelmén alapul: segítik-e tanulásában, megismertetik-e vele a szűkebb és a tágabb környezetében levő tárgyakat/személyeket (kirándulás, bevásárlás, múzeum-/színház-/kiállításlátogatás stb.), hagyják-e tevékenykedni, megmutatják-e neki, hogyan működnek a háztartási eszközök, hogy mi mire való a konyhában stb. A mindennapi életben való boldoguláshoz a gyermeknek mindazokat a cselekedeteket, eljárásokat ismernie kell – módosított változatban, kedvező feltételek megteremtésével – amelyeket a társadalom többi tagjának. Néhány egyszerű példa: ízléses megjelenés; a ruha színe, visszája, helye, moshatósága, vasalhatósága (anyaga); a mosógép használata; a kézi mosás technikája; a vasaló használata; gombvarrás; a konyhai eszközök helye, anyaga, használata; az élelmiszer beszerzési helye, elkészítési módja, fogyasztása; mosogatás; a szekrények rendje (jelzéssel ellátott ruhadarabok, színek szerint csoportosítva); stb. A felsoroltak alapján látható, hogy a tanítási órák anyaga is több ponton kapcsolódhat az ismeretek elsajátításához.

MEGBESZÉLÉS

A speciális szükségletek megjelenése a többségi általános iskolában egyre gyakoribbá válik. A megváltozott feltételekkel, módszerekkel, eszközökkel való tanítás-tanulás abban az esetben megfelelő, ha a sérült gyermek is aktívan bekapcsolódik a tanulásba, ha az oktatás-nevelés során figyelembe veszik speciális igényeit, ha sok a gyakorlati példa és elegendő idő van a megismerésre, a gyakorlásra, ha folyamatos az értékelés. A gyermek legyen motivált. Eredményesen tanulni csak jó légkörben, segítőkész társak között, a sérülést és annak következményeit ismerő tanárok közreműködésével lehet. A túlzott védelem ellenkező hatást vált ki: a társak elfordulását, a gyermek önbizalmának csökkenését. A szülőkkel való kapcsolat kiemelt jelentőségű, hiszen gyakran otthon szerezheti csak meg azokat a kiegészítő ismereteket, melyekre az iskolában nem kerülhetett sor, s gyakori, hogy a szülőre vár a tananyag felolvasása is. A speciális iskolák és a tanárképző főiskolák is indítanak olyan tanfolyamokat, amelyeken a pedagógusakat felkészítik a vak gyermekek fogadására. A megfelelően, kellő körültekintéssel előkészített integráció működőképes, a gyermekek megállják a helyüket az épek közösségében A vak gyermek képes írni, olvasni, beszélgetni, vitázni, sportolni, hegyet mászni, úszni, vannak ötletei stb. Szeret és viszont szeretik, nem fordul befelé; vannak problémái, gondjai, örömei, hasonlóak szociális környezete tagjaiéval; hibázhat, okulhat tévedésein.

A vak diákok száma évről évre nő a többségi iskolákban s ezáltal formálják társaik vakokról kialakított beállítódását, előítéleteit, miközben erősödnek kapcsolataik kortársaikkal. Az iskolák akkor válnak mindenki számára hatékonnyá, ha a peda-

gógusok alkalmazkodnak a gyermekek különböző tanulási stílusához és üteméhez, egyéni differenciálást alkalmaznak (Csányi, 2000).

A kutatások (Felzárkózás az Európai Felsőoktatáshoz Alap, MKM), egy-egy gyermek nevelésének, oktatásának nyomon követése, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karán tanuló látássérültek pedagógiája szakos hallgatóinak esetismertetései, szakdolgozatai azt bizonyítják, hogy a fogadó iskolák igyekeznek befogadókká (inkluzívakká) válni.

Esetismertetés

T. koraszülött vak kislány. Már a szülést követő hetekben a szülők tudomására hozták, hogy baj van a gyermek látásával. A szülők T. három és fél éves korában a helyi óvodában jelentkeztek felvételre. Közben havonta jártak a gyermekkel Budapestre a Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság korai fejlesztőihez, akik a többségi óvodát javasolták. A látó gyermekek szülei természetesen fogadták a hírt, hogy a kislány az ő gyermekükkel együtt fog óvodába járni. Az első szülői értekezleten az óvónő elmondta, hogy a kis létszámú, osztatlan csoportban biztonságos, nyugodt, családias légkör uralkodik, s nem fognak hátrányba kerülni az ép látású gyermekek. Sőt! Megtanulhatják elfogadni a másságot, fejlődhet alkalmazkodóképességük.

A kislány viselkedése, értelmi képessége a korának megfelelő volt, mozgása azonban visszamaradott, összerendezetlen. Önállóan nem mert közlekedni, csak kapaszkodva állt meg. Az óvodába szoktatás fokozatosan történt: két hétig naponta 2 órát töltött édesanyjával együtt a többiekkel, akik elfogadták, s T. is jól érezte magát közöttük. Ezt követően már egyedül is ott lehetett hagyni. Folytatták a környezettel való megismertetését, próbálkoztak önálló helyváltoztatással: a szekrénysorba kapaszkodva jutott el az építőszőnyegig, s szívesen rakosgatta ott a kockákat. Az óvodában eltöltött idő hosszabbodtával az udvarra is megpróbálták kivezetni, de T. sírni kezdett, kapaszkodott az óvónőbe. Családlátogatásra ment az óvónő, ahol megtudta, hogy otthon is csak a lakásban érzi jól magát. A szomszédból gyakran áthallatszik a fűrészgép hangja, ez lehetett az oka T. ellenkezésének. Ekkor arra gondolt az óvónő, hogy talán túl korai volt az óvodai elhelyezés. Egy teljes embert kívánt: ölben érezte csak jól magát, játszani nem akart, ha letették, csak feküdt tétlenül. Elölről kezdték tehát a beszoktatást, sikerrel! Egyszercsak elindult – félénken, de egyedül is ment. Egy év kellett ahhoz, hogy önállóan közlekedjen a csoportszobában. Játszott egyedül és társaival is. A lányok bevonták a szerepjátékokba. Ismét megpróbálkoztak az udvari játékok fokozatos ismertetésével, szívesen hintázott, homokozott. Önbizalma nőtt, kiegyensúlyozott lett. Öt éves korától egyedül ment ki a mosdóba, önállóan használta a WC-t, tisztálkodott.

T. kedves, érzelmileg kiegyensúlyozott, vidám, a legapróbb dolgoknak is örül-

ni tudó gyermek, igyekszik minden ismeretet elsajátítani. Nagy önfegyelemmel rendelkezett, társaival nyílt, közvetlen, barátkozó volt. A közös tevékenységekben, foglalkozásokon mindig részt vett. Természetesen több munkát, odafigyelést kívánt, mint a többiek.

A matematikai foglalkozásokra tapintható eszközöket készített számára az óvónő, s felhasználták az ép érzékszervek általi ismeretszerzés lehetőségét, elsősorban valós tárgyak segítségével. Az irodalmi és a zenei anyag nem okozott különösebb problémát.

Arra is figyelni kellett, hogy a szavakat tartalommal is megtöltsék, amit lehetett több módon is megtapasztaltattak vele (hallás, tapintás, szaglás, ízlelelés, bőrérzékelés stb.).

A körjátékokban, páros táncokban ő is részt tudott venni, csak előtte meg kellett mutatni neki az adott mozgást. Testnevelés során szorult a legtöbb segítségre: a dajka, a társak jó partnerek voltak ebben. A vizuális tevékenységek helyett vagdosott, tépett, gyurmázott, válogatott stb.

Az óvónő egyénileg is sokat foglalkozott T.-vel: izomerősítés, tapintásfejlesztés, a térbeli tájékozódóképesség fejlesztése stb. Az óvónő soha nem maradt magára, budapesti gyógypedagógusok, főiskolai hallgatók/oktatók segítették munkáját hospitálási, konzultálási lehetőséggel a vakok speciális intézményében, szakirodalom ajánlásával (Földiné, Hartdégen, 1995).

T. közel 7 éves volt, amikor a lakóhelyéhez közel sikerült egy olyan tiflopedagógus gyógypedagógust találni, aki elkezdte tanítani a kislánynak a pontírást és a pontolvasást. Az ő útmutatása alapján az óvónő tanította az olvasást, az édesapa pedig az írást. Segítségükre volt még egy főiskolai hallgató is, aki kutatási program keretében 2 hetente foglalkozott T. speciális fejlesztésével, iskolai előkészítésével.

A Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság munkatársai T.-t 1995-ben iskolaérettnek találták: „...javasoljuk, hogy integrált tanulóként kezdje meg tanulmányait a helyi általános iskola 1. osztályában. ...További harmonikus fejlődése érdekében speciális módszerek biztosítására feltétlenül szükség van." Ez utóbbiakat sikerült is megadni számára.

Az óvodában eltelt négy év alatt a társak megtanulták elfogadni a másságot, megtanulták, hogyan segítsék a rászorulót, az alkalmazkodóképességük finomult.

T. összevont osztályban (1–3.) kezdte meg tanulmányait gyógypedagógiai utazótanári (gyakorisága: alkalmi, heti vagy havi) segítségadás mellett. Továbbra is elfogadták másságát, hiszen ismerték már az óvodából, de az újonnan jövők számára is jó példát mutattak a „régi" osztálytársak. A tanítónő szintén óvodás korától ismerte T.-t. Még az iskolakezdés előtt megtanulta a magyar Braille-t, majd később a németet is, így T. munkáit kijavította, feladatait ki tudta jelölni, esetenként meg tudta írni. Számára ez nagy segítséget jelentett a gyermekkel való foglalkozás során. T. jelenleg felső tagozatos egy közeli faluban. Tanárainak egy része ismeri a Braille-t, igyekeznek a specialitások figyelembevételével T. számára megteremteni az ideális

feltételeket. Jelenleg „csak" utazótanári segítséget kap, de mindig lehetőség van arra, hogy elsősorban mozgásbeli és az eszközhasználattal kapcsolatos lemaradását pótolják, meglévő tudását kiegészítsék speciális ismeretekkel.

T. integrációját tudatosan előkészítették, folyamatosan figyelemmel kísérték. Az integráció nem lett volna sikeres a szülők odaadása, okos gyermekszeretete; a tiflopedagógusok segítsége, s a lelkes óvónő, tanítónő, tanári gárda felelősségteljes munkája és T. pozitív személyisége, tanulni vágyása nélkül. A vak kislány fejlődéséről, az óvodai, majd az iskolai életről három videofilm készült eddig. További folytatásra is sor kerül abban a reményben, hogy megtekintésével segíteni lehet az érdeklődő befogadó intézmények pedagógusainak munkáját (Földiné, 2000).

Irodalom

CSÁNYI Y. (2000) *A speciális nevelési szükségletű gyermekek és fiatalok integrált nevelése-oktatása*. In: Illyés Sándor (szerk.) Gyógypedagógiai alapismeretek. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 377–408.

CSOCSÁNNÉ HORVÁTH E., FINTÁNÉ ŐRSI A. (1982) *Út az érettségig*. Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége – MM, Budapest, 46–48.

CSOCSÁN L.-NÉ (1982) *A matematika tanítása*. In: Kovács Cs. (szerk.) *A vakok általános iskolája tantárgypedagógiái II*. 34–67.

CSOCSÁN L.-NÉ (1982) *A rajz-ábrázolás tanítása*. In: Kovács Cs. (szerk) *A vakok általános iskolája tantárgypedagógiái II*. 81–100.

CSOCSÁNNÉ HORVÁTH E. (1994) *Abakusz és/vagy szorobán – korszerű régi számolóeszközök*. Gyógypedagógiai Szemle, 3., 187–195.

CSOCSÁNNÉ HORVÁTH E. (1995) *A matematika előkészítése vak gyermekeknek*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Tiflopedagógiai Tanszék, Budapest.

CSOCSÁNNÉ HORVÁTH E. (1997) *Braille írás-olvasás; látássérültek nevelési folyamata*. In: *Pedagógiai lexikon I–III*. Keraban, Budapest, I/199., II/348–349.

CSOCSÁN E. (1998) *Európai trendek a látássérültek pedagógiájában* (Elmélkedések egy jubileum kapcsán) In: Gordosné Szabó A. (szerk.) *Látássérültek Magyarországon*. Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége. Budapest, 183–191.

ERHARTNÉ MOLNÁR K. (1998) A Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége ma. In: Gordosné Szabó A. (szerk.) *Látássérültek Magyarországon*. MVGYOSZ, Budapest, 42–52.

FÖLDINÉ ANGYALOSSY ZS., HARTDÉGEN J.-NÉ (1995) *Látók között. Útmutató súlyos fokban látássérült tanulók neveléséhez általános iskolai tanítók és tanárok számára*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógia Tanárképző Főiskola, Budapest.

FÖLDINÉ ANGYALOSSY ZS. (2000) *A vak vagy fényérzékeny gyermekek integrált nevelése-oktatása*. Útmutató a szakértői bizottságoknak (kézirat).

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1962) *Gyógypedagógia történet I. Egyetemes gyógypedagógia történet a XX. századig.* Tankönyvkiadó, Budapest (1. kiadás 1962, 20. kiadás 1992).

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1981) *A szocializációs folyamat és a fogyatékos egyén.* Gyógypedagógiai Szemle, 2., 16–29.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1998) *A látássérültek ügyének alakulása Magyarországon – az első figyelemfelhívástól napjainkig,* In: Gordosné Szabó A. (szerk.) *Látássérültek Magyarországon.* Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége, Budapest, 11–42.

HERODEK K. (1903) *Közérdekű tudnivalók a vakokról* In: Tóth Gy. (szerk.) *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia történet"-hez IV. (Tiflopedagógiai-történet).* Tankönyvkiadó, Budapest, 1982, 90–100.

ILLYÉS GY.-NÉ, ILLYÉS S., JANKOVICH L.-NÉ, LÁNYI M.-NÉ (1968) *Gyógypedagógiai pszichológia.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

JÁRMER L. (1931) *Vakok és látók együttes nevelése, oktatása* In: Tóth Gy. (szerk.): *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia történet"-hez IV. (Tiflopedagógiai-történet).* Tankönyvkiadó, Budapest, 1982, 207–211.

KOVÁCS CS. (1982) *Írástanítás pontírógéppel* In: Kovács Csongor (szerk.): *A vakok általános iskolája tantárgypedagógiái II.* Tankönyvkiadó, Budapest, 26–32.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1982) *A fogyatékosok szocializációjának lehetséges útjai.* Gyógypedagógiai Szemle, 4., 279–285.

MARTON K. (1995) *A kommunikáció szerepe a fogyatékos személyek szocializációjában* In: Zászkaliczky Péter (szerk.): *„...önmagában véve senki sem..."* Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből Lányiné Engelmayer Ágnes 65. születésnapjára. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 198–205.

MÉHES J. (1962) *Ophthalmodefektológia.* Tankönyvkiadó, Budapest.

MÉHES J. (1990) *Tiflopedagógia.* Tankönyvkiadó, Budapest.

MIHÁLYIK SZ. (1870) *A vakokról.* Vakok Általános Iskolája és Diákotthona, Budapest, fakszimile kiadás, 2000.

PÁLHEGYI F. (1969) *Környezetismeret (érzékeltetés)* In: Kovács Cs. (szerk.) *A látási fogyatékosok tanításának módszertana I.* Tankönyvkiadó, Budapest, 7–64.

PÁLHEGYI F. (1978) *A látássérült gyermek pszichoszociális környezete.* In: *Magyar Pszichológiai Szemle,* 3., 241–245.

PÁLHEGYI F. (1981) *A látás nélkül meghódított világ.* Fejezetek a vakok pszichológiájához. Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége, Budapest.

PÁLHEGYI F. (1982) *Személyiséglélektani kalauz.* Tankönyvkiadó, Budapest.

PÁLHEGYI F. (szerk.) (1992) *Mit tegyünk, hogy életük teljesebb legyen?* Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége, Budapest.

PIVÁR I. (1898) A látó és vak gyermekek szüleihez In: Tóth Gy. (szerk.) *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia történet"-hez IV. (Tiflopedagógiai-történet).* Tankönyvkiadó, Budapest, 1982, 82–85.

SZILY A. (1910) *A vakoknak együttes tanítása a látókkal* In: Tóth Gy. (szerk.): *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia történet"-hez IV. (Tiflopedagógiai-történet).* Tankönyvkiadó, Budapest, 118–122.

VITKAY L.-NÉ (1995) *Testnevelés és sport.* Gyógypedagógiai Szemle, Különszám, 66–71.

„Kéz a kézben" Útmutató a családban élő, valamint bölcsődébe, óvodába integrált látássérült kisgyermekek szülei és nevelői számára (1994) Összeállította és írta: Bágya Ferencné, Fogarassy Eszter, Molnár Béláné, Szüle Bálintné, Újváry Istvánné, Zelenka Zsófia és egy édesanya, aki a nevét nem kívánta nyilvánosságra hozni. Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság kiadványa, Budapest.

1993. évi LXXIX. sz. törvény a közoktatásról.

Rózsáné Czigány Enikő

25.

PSZICHOPEDAGÓGIAI FOGLALKOZTATÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

A mindennapi élet minden élménye – legyen az, pozitív vagy negatív – alkalmazkodókészséget igényel. Ha a pszichés alkalmazkodás egy bizonyos küszöböt meghalad, akkor beszélhetünk az alkalmazkodás zavaráról, mely egyenes arányban áll a stresszhatással. A gyermekek kórházi tartózkodása, a betegség élménye is pszichés ártalmak forrása lehet, melynek következtében kialakulhat a hospitalizáció.

A PSZICHOPEDAGÓGIA LÉTJOGOSULTSÁGA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

A pszichopedagógia a gyógypedagógia azon ága, mely a különböző okok miatt súlyos érzelmi sérülések következményeként viselkedési és teljesítményzavarokat mutató gyermekekkel foglalkozik. A fentiekben leírtakból, s e meghatározásból következik, hogy a kórházi foglalkoztatás, utógondozás a pszichopedagógiai munka szerves része.

A pszichopedagógiai munka egészségügyben való *létjogosultságát* nemcsak az önmeghatározás *támasztja alá*, hanem a *WHO egészség meghatározása* is: Az egészség az egyén testi, szellemi és szociális jóllétének állapota és nem csupán a betegség, illetve a testi nyomorúság hiánya. ...Tágabb értelemben az egészség az egyén testi és szellemi működési egyensúlyának összessége. Ezt részben veleszületett tényezők befolyásolják, részben pedig az egyénnek a környezettel szemben elfoglalt helyzete határozza meg. Az egyén egészségérzetét testi és lelki egyensúlya, munkakészsége, munkakedve, a szűkebb és tágabb környezetével való viszonya alakítja ki.

A kórházi tehetetlenség, kiszolgáltatottság, a helyhez kötöttség és a tájékoztatás hiányából adódó félelmek már sokunk által megélt, szépirodalmi művekben is megírt tapasztalatok. 1988-ban az Európa Parlament által rögzített *„A kórházban kezelt gyermekek Chartája"*, 6. pontja kimondja „...életkoruk szerint csoportosítva, lehetőséget kell nyújtani számukra, hogy játszhassanak, szórakozzanak, életkoruknak megfelelő nevelő tevékenységben részesülhessenek, teljes biztonságban." A 7. pont: „A kórházban megfelelő fizikai, érzelmi és nevelő környezetet kell kialakítani a beteg gyermek számára, mind a felszerelést, mind pedig a személyzet, és a biztonságot

illetően." Mindezen jogok gyakorlatban történő megvalósításában a pszichopedagógiai munkának is fontos szerepe van.

Történeti előzmények

Évszázadok óta ismert az „ex emotione" megbetegedés fogalma, mely tartósan éledt újra a 18. században. A kórházi munka előzményeként Európában az 1800-as évek közepén jöttek létre az erdei iskolák, melyek célja – a korszak népbetegsége – a tuberkulózis megfékezése volt. Kezdetben a beteg gyermekek gyógyítása volt az elsődleges cél, de később az általános gyengeségben szenvedő, testileg gyengén fejlett, vérszegény, valamint a családi körülményeik miatt veszélyeztetett, nehezen nevelhető gyermekekre is kiterjesztették tevékenységüket. Ezáltal a gyógyító tevékenység mellett megjelent a prevenció, amelyben a szabadban folyó oktatás egészségnevelő hatása is szerepet kapott.

Az erdei iskolákkal párhuzamosan alakultak ki a „szabad levegős" iskolák, melyek a test edzésére, a játékra, a pihenésre, a természet nevelő, személyiségformáló hatására helyezték a hangsúlyt.

A századfordulót követően Európa-szerte számos iskolaszanatórium jött létre, melyekben az orvosi felügyelet melletti utókezelésre és a prevencióra is lehetőség volt.

Magyarországon 1889-ben a „Szünidei Gyermektelep Egyesület" hozta létre az első üdülőiskolákat jótékony céllal. Az első erdei iskola 1909-ben alakult Szombathelyen.

A *kórházi „lélekápolásról"* már az *1899*-ben tartott *„Gyermekvédelmi kongresszus"* kiadványa is említést tesz, melyben a gyermekvédő intézeteket részletezve a 2. csoportba sorolja a gyermekkórházakat.

1911-ben Révész Margit gyermekorvos szervezésével és vezetésével megkezdte működését a hűvösvölgyi Gyógypedagógiai Gyermekszanatórium, ahol főként a nehezen nevelhető gyermekek és fiatalok gyógyító nevelésével foglalkoztak. Munkájuk lényegét Révész Margit így összegzi: „Elsősorban közös nevezőre igyekszünk hozni az orvosi vizsgálat adatait a nevelői megfigyelés eredményeivel, melyek az egyén szerkezeti keresztmetszetét és időbeli hosszmetszetét adják meg. E kettős látás révén kialakul az egyén több kiterjedésben való sajátos elhelyezkedése. Ezek után következik a közösen megállapított munkaterv. A kiindulás az egyén megismert sajátosságaira támaszkodik, további programja pedig arra a célra sűrűsödik egybe, hogy a hátrányos tulajdonságok erejét lecsökkentse. Ezen belső áthangolás irányát és határait az orvosi vizsgálat szerkezeti tételei szabják meg, de a kivitel munkájában az oroszlánrész a nevelői tevékenységben nyugszik" (Révész, 1934, 119.).

Az első magyarországi iskolaszanatórium megalakulásáról ad hírt a „Gyermekvédelem Lapja" 1913. évi 7. száma. Az iskolaszanatóriumban a gyermekek egészsé-

gi állapotához és életkorához igazodó rövidített tanórákat, illetve délutáni foglalkozásokat vezettek, s ha a gyermekek állapota úgy kívánta, mindezt ágyhoz kötötten.

A két világháború között a tuberkulózis hazánkban is tovább szedte áldozatait. E tény, a húszas évek végén, a harmincas évek elején szükségessé tette a tüdőgondozó-hálózat kiépítését, melynek statisztikai adatai is bizonyították a helyzet súlyosságát. A betegség gyógyítása hosszadalmas volt. A betegek számára azonban nem okozott olyan fizikai fájdalmat, mely indokolta volna az ágyhoz kötöttséget. Felismerve azt a tényt, hogy a betegek pszichés állapota is befolyásolja gyógyulásukat, bevezették a munkaterápiát. Az 1936-ban Gárdi Jenő kezdeményezésére létrehozott újpesti „Országos Tüdőbeteg Szanatórium Egyesület Baross Utcai Gyógytelepén levő Magyar Királyi Állami Elemi Iskolában" a felnőtteknél alkalmazott munkaterápiát a tanulás-oktatás jelentette ugyanúgy, mint a szintén 1936-ban felavatott Svábhegyi Iskolaszanatóriumban.

Az iskolaszanatóriumok 1953 végéig a gyógypedagógiai intézményrendszer részeként működtek, majd az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alá kerültek (Medgyesi, 1987).

Amerika és Nyugat-Európa egyes kórházaiban már az 1950-es évek elejétől alkalmaztak a gyógyító-team tagjaként pszichológusokat, foglalkoztató pedagógusokat. Az új törekvés lényege az volt, hogy a szomatikus betegségek miatt kórházba került gyermekek hospitalizációs ártalmait csökkentsék, illetve megelőzzék.

Hazánkban a 60-as évek végén a II. sz. Gyermekgyógyászati Klinikán (Tűzoltó utca) alkalmaztak először pszichológust, gyógypedagógust, akik a leukémiás és más malignus betegségben szenvedő gyermekek gyógyító foglalkoztatásában vettek részt. A Polcz Alaine által itt kialakított team-munkát alapul véve alkalmaztak az ország több gyermekkórházában is gyermekpszichológusokat, pszichopedagógusokat, akik a helyi sajátosságokat és a szakmai kompetenciákat figyelembe véve alakították ki saját tevékenységkörüket.

A kórházi munkán kívül a hazai ambuláns ellátás történetében is jól nyomon követhető a gyógypedagógia jelenléte a gyógyító munkában. György Júlia 1932-ben a *„Psychopathiás gyermekek és fiatalkoriak rendelőintézetének ismertetése"* című tanulmányában kiemeli, hogy rendelésük „...kizárólag az értelmileg nem hibás, de lelki konfliktusokkal küzdő és a lelki működéseikben ezáltal súlyosan megzavart gyermekekkel" foglalkozik (György, 1932, 93.). A terápiás tevékenységben idegorvosok, pszichológusok, pedagógusok vettek részt. 1933-ban Schnell János *„A gyógypedagógiai és orvosi pszichológia a gyakorlati lelki egészségügy (mentalhygiene) szolgálatában"* című tanulmányában hírt ad arról, hogy létrehozták az Állami Gyógypedagógiai Nevelési és Pályaválasztási Tanácsadót, melyben a lélekgyógyító osztály feladata a „pszichotherápia, vagy a lelki kezelés". Itt együtt dolgozott a „legideálisabb összműködésben a pszichológiában járatos orvos, valamint az anatómiai, biológiai és pszichológiai tudással rendelkező gyógypedagógus, akik egymás munkáját kölcsönösen kiegészítve igyekeznek megoldani az eléjük kerülő nevelési problémát"

(Schnell, 1933, 63.). A II. világháború, de főleg az 50-es évek politikája miatt az intézmény munkáját nem szervezhették újra. A 60-as évek elején kapott ismét felkérést Schnell János a gyermekek ideggondozó hálózatának fővárosi kiépítésére, mely azóta országos hálózattá bővült, s ezek gyógyító munkájában a pszichopedagógusok is szerepet kapnak.

Ma már a pszichopedagógiai munka a gyógyítás részeként van jelen a gyermekkórházakban, a kórházak gyermekosztályain, pszichiátriai osztályokon, gyermekideggondozókban, valamint gyermekpszichiátriai szakrendelőkben.

Pszichopedagógiai tevékenység a kórházi munkában

Hazánkban és a külföldi szakirodalomban is jól nyomon követhetően a *gyermekosztályok pszichológiai és pszichopedagógiai tevékenységének céljaiban két eltérő irányzat* alakult ki: a E. Plank által képviselt figyelemelterelés és a J. Troschke által kidolgozott tudatosítás. Abban mindkét irányzat megegyezik, hogy meg kell könnyíteni a gyermekek számára a kórházi tartózkodást, a beavatkozások elviselését. Igyekeznek a kórházi körülmények között a gyermeki életformát legjobban megközelítő lehetőségeket megteremteni. Az eltérés a tevékenységek tartalmában mutatkozik.

A *figyelemelterelés*re irányuló pszichopedagógiai munka lényege, hogy a gyermek ne a saját betegségével, a kezelésekkel, az orvosi beavatkozásokkal foglalkozzék. Ezért a kórtermekben különböző, a gyermekek aktivitására építő foglalkozásokat vezetnek, pl. festést, bábozást, tematikus beszélgetést, mesélést. Ezek a mozgásában átmenetileg korlátozott gyermekek számára is lehetővé teszik, hogy figyelmük elterelődjék betegségükről. Az iskoláskorú gyermekek számára, ha állapotuk megengedi, kiscsoportos oktatást, illetve ha ágyhoz kötöttek, egyéni tanulást szerveznek, vezetnek. A beavatkozásokra, a műtétekre felkészítik a kicsiket. A pszichopedagógus elmagyarázza azoknak az orvosi eszközöknek a rendeltetését, amelyekkel a gyermek az altatás előtt, vagy a beavatkozás után találkozhat (fecskendő, műtéti és altató maszk, pipa). A megismert eszközökkel orvososdit játszhatnak. A gyermekek bemehetnek a műtőbe, felkapcsolhatják a műtéti lámpákat, az aneszteziológus segítségével beleszagolhatnak az altatógázba és felpróbálhatják az altatómaszkot is. Ezek a tapasztalatok hozzájárulnak ahhoz, hogy az egymástól hallott és kapott téves információk, a másik gyermek által megélt félelmek ne „öröklődjenek" tovább. Ugyanígy felkészítik őket arra is, hogy a beavatkozást követően esetleg fájdalmaik lesznek, és kitől kérhetnek segítséget, de magáról a konkrét beavatkozásról nem beszélnek.

A *tudatosítás* irányzatának célja – a figyelemelterelés helyett – az átélt élmények feldolgozása. Itt nem a beavatkozás eszközein van a hangsúly, hanem a gyermekek személyiségén. Irányított beszélgetésekkel, diagnosztikus játékkal feltárják, hogy milyen elképzelései, ismeretei vannak az adott gyermeknek a betegségéről és ezek

mennyire reálisak (pl. nem ritka, hogy kisgyermekkorban a betegséget valamilyen vélt, vagy valóban elkövetett rosszaság következményeként, büntetésként élik meg). Az aktív együttműködésre építenek úgy, hogy „hozzásegítik a gyermeket ahhoz, hogy a betegségéről, illetve a szükséges beavatkozásokról, vizsgálatokról értelmi szintjének megfelelően minél hűségesebb képet kapjon" (Alpár, 1981, 125.). Például egy esetleges műtét esetén egyszerű rajzot készítenek arról, hogy mi fog vele történni, miért van arra szükség, a beavatkozás miként szolgálja a gyógyulását. Megbeszélik vele, hogy ő maga mit tehet a gyógyulása érdekében (pl. kérjen gyógyszert, ha fájdalmat érez, milyen testhelyzetben legyen, ha injekciót kap, hogyan lazítsa el az izmait). A megbeszélések során elmondhatja a félelmeit, s így lehetőség nyílik a szorongás oldására, ami elősegíti a gyógyulását.

A gyógyulást segítő légkör megteremtéséhez hozzátartozik az is, ha a gyermekek szabadon beszélhetnek társaik állapotáról, vagy egy meghiúsult hazamenetelről. Azzal, hogy félelmeikkel nem hagyjuk őket magukra, segítjük a kórház és a gyógyító személyzet iránti bizalom kialakulását. Ezek a beszélgetések soha sem léphetik át a szakmai kompetencia határát. Nem mondhatunk többet, mint amit előzőleg a referálón a kezelő orvossal megbeszéltünk. Sokszor a gyermekkel/gyermekekkel való beszélgetésekkor a pszichopedagógus reakciója nem lehet több egy-egy együttérző megjegyzésnél, részvétnél, de ez is a bizalom kialakulását segítheti, mert érzi/érzik, hogy nem csapják be őket. Természetesen mind e közben a tudatosítás módszerével felkészített gyermekek is megismerkednek az eszközökkel, játszhatnak velük, s nekik is lehetőségük van játszani, részt venni a foglalkozásokon.

Mely irányzatot kövesse a pszichopedagógus? Ez minden esetben komoly mérlegelést igényel. Függ a gyermek életkorától, intelligenciájától, érdeklődésétől, fizikai és pszichés állapotától. Nem egy esetben maguk a gyermekek kérik, hogy magáról a beavatkozásról ne beszéljünk.

Mindezek figyelembevételével a *pszichopedagógiai munka* lényege: *a beteg gyermekek beavatkozásokra felkészítő, figyelemelterelő, feszültségoldó, gyógyító-nevelő foglalkoztatása, mely életkortól függően az iskolás gyermekek szinten tartó, fejlesztő oktatását jelenti, ami szükség szerint egészül ki az utógondozási fázissal.*

A kórházi tartózkodás időtartamát a pszichopedagógiai munka szempontjából három szakaszra osztjuk:

Autisztikus fázis

Ez a shock periódusa, apátia jellemzi, és a szervezet fizikai megterhelése. A gyermek kezdetben – az életkortól függően – tiltakozik a helyzet ellen, esetleg sír. Ha nem készítették fel a kórházi tartózkodásra, akkor nem érti, miért hagyták ott, miért ment el a szülő, miért maradt egyedül. A számára félelmetes és idegen környezetben nem kíván kapcsolatot teremteni, nem kooperál, nem érdeklődik a környezete iránt. A kórházi felvétel után néhány nappal, mikor a gyermek ráébred arra, hogy nem akarják bántani, megengedi, hogy közeledjenek hozzá anélkül, hogy

sima, vagy félelmet mutatna. Ez az ismerkedés időszaka. A pszichopedagógus megkérdezi a nevét, hogy mit szeret játszani, ha óvodába jár milyen csoportos és vannak-e barátai. Iskoláskorú gyermek esetében azt is megtudakolja, hogy hányadik osztályba jár és miért kellett kórházba jönnie. Természetesen a pszichopedagógus ez utóbbival tisztában van, de így tud képet alkotni arról, hogy a gyermek mit tud a betegségéről, illetve a kórházi tartózkodás okáról. A beszélgetést követően segíti abban is, hogy a kórteremben tartózkodó gyermekekkel megismerkedjen. Ez lehet „hivatalos" bemutatás, de lehet közös játék vagy szabad beszélgetés kezdeményezése, bábozás, rajzolás stb. A pszichopedagógiai tevékenység fontos eleme a szülőkkel való kapcsolatfelvétel, melyben az anamnesztikus adatok felvétele és az irányított beszélgetés a gyermek és a gyógyulást is segítő család alaposabb megismerését szolgálja, valamint újabb információkat is adhat a pszichopedagógiai foglalkoztatáshoz, a kórházi oktatáshoz. A szülőkkel, a gyermekkel való irányított beszélgetés, a játék, a rajz, a meghatározott szempontok szerinti megfigyelések és az előre jelzett orvosi beavatkozások, a betegség perspektívája alapján készül el a foglalkoztatási diagnózis.

A rekonvalescencia fázisa

A gyermek már alkalmazkodott környezetéhez és a fizikai állapotához, megszokta szobatársait és az ápolószemélyzetet. Több hajlandóságot mutat az együttműködésre, érzelmileg stabilabb, az elutasítás jelei lassanként eltűnnek. Tevékenységében, a kinti környezet iránti érdeklődésében, verbális megnyilvánulásaiban a pszichikai javulás világosan felismerhető, szívesen segít az ápoló személyzetnek is kisebb társai ellátásában.

Ebben a fázisban kap kiemelt szerepet a bábozás, amivel felkészítik a kicsiket az újabb beavatkozásokra. A gyermekek maguk is játsszák a bábszínházat, sokszor a bábokat is maguk készítik. Fontos az otthoni barátokkal való kapcsolattartás, levelezés elősegítése. A feszültség oldását segítheti a rajzolás, a festés, a betegség jellegétől függően só-liszt figurák készítése, a társasjáték, a vetítés. Az iskoláskorú gyermekek esetében a lemaradástól való félelem kialakulását előzi meg a rendszeres tanulás. A szülőkkel való rendszeres találkozás lehetővé teszi, hogy gyermekükről ne csak a betegséget illetően kapjanak információt, hanem arról is, hogy miként telnek a napjai, hogyan érzi magát akkor, amikor ők nincsenek ott, és lehetőségük nyílik arra is, hogy esetleges nevelési gondjaikról beszéljenek vagy a betegség miatt kialakult magatartási változásokról kérdezzenek, illetve segítséget kapjanak.

A távozás előtti fázis

A távozó gyermek pszichés állapota sokszor olyan, mint a betegsége előtt volt. Ugyanakkor az életmódváltozást igénylő, esetleg funkcionális és kozmetikai elváltozást okozó betegségek, baleset esetén a bizonytalanság érzete, a várható következmények és azok hatása a társas kapcsolataikra, a jövőre, gyakran félelmet váltanak ki

a gyermekekből. Nehezen nyugszanak bele, hogy bizonyos mértékben „mássá" váltak. Ezért a változásokra időben fel kell készíteni őket. Az orvos, a diabetikus, a gyógytornász útmutatásai alapján – a szülők bevonásával – a pszichopedagógus segítséget ad az otthoni, az iskolai és az iskolán kívüli napirend megtervezéséhez, mely a kezdeti időszakban keretet ad és fogódzót jelenthet a megváltozott körülmények között. A társas kapcsolatok terén a visszailleszkedést segíti a pozitív énvédő technikák kialakítása, a gyermekeket jellemző külső értékek túlbecsülésének átértékelése a belső értékek hangsúlyozásával.

A CSALÁD SZEREPE A GYÓGYULÁSBAN

A szülők, testvérek és a nagyszülők is komoly szerepet játszhatnak beteg hozzátartozójuk gyógyulásának elősegítésében a mindennapos látogatással, az érzelmi biztonság folyamatosságának fenntartásával. Fontos, hogy ne maradjon ki teljesen a családi és iskolai eseményekből: mondják el neki, hogy mi történt otthon, vigyék el neki a házi feladatot. Azok az anyák, akik maguk is ott tartózkodhatnak a kórházban, és részt vehetnek gyermekeik gondozásában, aktív részeseivé válnak a gyógyításnak/gyógyulásnak. Végigkísérhetik gyermekük nemcsak fizikai, hanem pszichés állapotváltozását is. Ha nem értik a gyermekük viselkedését, vagy nem tudják, hogy egyes megnyilvánulásukra miként reagáljanak, tanácsot kapnak a pszichopedagógustól. Az ajánlott technikák, eljárások a későbbiekben is megoldást jelenthetnek az otthoni nevelésben. Szükség esetén segítséget kaphatnak a gyermekkel való foglalkozáshoz is.

UTÓGONDOZÁS

Az életmód-, értékrendváltozást igénylő foglalkozások a kórházi tartózkodáson túl az utógondozás szakaszában is folytatódhatnak. Ezek szükségessége függ attól, hogy a gyermek miként élte meg a betegséggel kapcsolatos történéseket, a változtatás szükségességét és milyen visszajelzéseket kap szűkebb-tágabb környezetétől (család, óvoda, iskola, játszótársak stb.), melyek esetenként önértékelési zavarokhoz is vezethetnek. Az utógondozás eredményességének feltétele a család együttműködése.

Az utógondozás keretei:

• Rendszeres egyéni és kiscsoportos foglalkoztatás ambuláns formában.

Célja: feszültségek oldására konfliktusmegoldó stratégiák tanulása, énkép-korrekció, szükség esetén a tanulási képességek fejlesztése;

• Eseti megbeszélés a szülővel.

Célja: az aktuális nevelési, iskolai probléma megbeszélése, megoldás keresése;

• Klubok (rendszeres összejövetelek, melyeken a szülők által igényelt témakörökben előadást, a gyermekek számára életkortól függően különböző játékos feszültségoldó foglalkozást, pályaválasztási tanácsadást, tematikus beszélgető csoportot szerveznek, vezetnek). Az ilyen találkozásokkor tudatosulhat mind a gyermekekben, mind szüleikben, hogy problémájuk nem egyedi, esetleg létezik az ő gondjaiknál súlyosabb is. Lehetőség nyílik arra is, hogy megoldási módokat ismerjenek meg azokra a problémáikra, amelyekkel mások már eredményesen megküzdöttek.

• Életmódtábor (orvos, pszichológus, pszichopedagógus, szociális munkás – szükség esetén más, a gyógyítást segítő szakember – együttműködésében mentálhigiénés céllal, tematikusan összeállított program).

Az eredményes pszichopedagógiai munka feltétele a megfelelő légkörű, a szakmai kompetencia-határokat betartó teammunka. Ehhez rendszeresen tájékoztatni kell az orvost, a nővéreket, szükség esetén a gyógytornászt, a diabetikust, a kórházi szociális munkást a gyermek pszichés állapotáról, akik az utógondozás szakaszában is segítséget nyújthatnak a betegnek és családjának. Ugyanígy a más szakemberektől kapott információ is elengedhetetlen ahhoz, hogy tudjuk, mit várhatunk el, milyen tevékenységekbe vonhatjuk be őket.

A külső szemlélő számára a kórházi hierarchia sokszor kelti azt a látszatot, hogy alárendelt szerepe van minden más, a gyógyítást/gyógyulást segítő munkának, így a pszichopedagógiai munkának is. Az orvosi munkát segítő más gyógyító tevékenységek is egy-egy tudományterületet képviselnek, melyek szaktudást, szakértelmet igényelnek. Csakis az ő együttműködésükkel teremthető meg az egészség, azaz a testi, lelki, szellemi és szociális jóllét.

Pszichopedagógiai munka a gyermekpszichiátriai osztályokon

A mentális, a pszichés fejlődési zavart, valamint a súlyos viselkedési zavarokat mutató gyermekek gyógyításában kiemelt szerepe van a gyógypedagógusnak. Ennek oka az a speciális tudás, mely lehetővé teszi a kognitív és szociális képességek fejlesztését a többszempontú diagnosztikus munkára alapozva. Ebben a pszichopedagógus az intelligencia-profil, a kognitív funkciók feltérképezését végzi, valamint annak feltárását, hogy a gyermeket önmaga és környezete vonatkozásában milyen érzelmi viszonyulások jellemzik, milyen szinten áll az alkalmazkodás és a szociális készségek terén.

A pszichiátriai, pszichológiai és pszichopedagógiai vizsgálatok eredményei alapján készül el a *fejlesztő diagnózis*, ami nem a hiányt emeli ki, hanem annak megjelölésével az ép funkciókat is meghatározza. Ez a gyógypedagógiai fejlesztő munka kiinduló pontja.

Nehezebb a pszichopedagógus diagnosztikus munkája, ha a gyermek nem ko-

operál. Ilyenkor az orientációs megfigyelésekre építve alakítja ki fejlesztési programját.

A fejlesztés egyéni és/vagy kiscsoportos formákban történik. Alkalmazható módszerek: a cselekedtetéses tanulás, didaktikus játék, bemutatás, utánoztatás, mintakövetés, kísérletezéses tanulás stb.

A tematikus fejlesztő tevékenységeken kívül a kórtermi, udvari játékfoglalkoztatások is a fejlesztést szolgálják. A közös játék az alkalmazkodást, a szabályok betartását, a verbális és nem verbális kommunikációt, valamint a problémamegoldó képességet is fejleszti.

A súlyos viselkedési zavarokat mutató gyermekek számára a szociális képességek fejlesztése, a reális énkép, a konfliktusmegoldó stratégiák kialakítása személyiségfejlesztő játékok segítségével a pszichopedagógus által vezetett kiscsoportos formában is történhet. A közösen hozott csoportszabályok a kölcsönös alkalmazkodás, a szabálytudat, szabálytartás kialakítását is segítik.

A pszichopedagógus feladata a szülők megtanítása arra, hogy miként foglalkozzanak gyermekükkel, mi az, amit elvárhatnak tőle, s bizonyos konfliktushelyzeteket miként kezelhetnek.

Az óvoda és az iskolaválasztás idején a pszichopedagógus tanácsa is útmutató arra, hogy milyen szempontok alapján válasszanak – szegregált vagy integrált nevelési, oktatási formát –, s mik azok a problémák, melyekről majd nekik is tájékoztatni kell a pedagógust.

A pszichiátriai osztályokon végzett gyógyító tevékenység szorosan vett teammunka, mivel sem a szükséges gyógyszeres kezelést, sem a pszichoterápiát, sem a pszichopedagógiai fejlesztést, foglalkoztatást, szociális gondozást nem pótolhatja a másik. Az orvosi kezelést kiegészíti a pszichoterápia, esetenként a családot is gyógyító családterápia. Ugyanígy a gyógyulást szolgálja a „gyógyító foglalkoztatás", a gyermekkel való tanulás. Az együtt tanulás egyik típusa azt a célt szolgálja, hogy az iskolás gyermek ne maradjon el a tananyagban, illetve ha elmaradásai vannak, azokat pótolja. A szinten tartó és felzárkóztató foglalkozásokon kívül a pszichopedagógus feladata a képességfejlesztés kognitív területeken, az észlelési és a részképességzavarok korrekciója, valamint a szociális képességek fejlesztése. Ezek a tevékenységek a teammunka szerves részei. Az orvosi diagnózis a gyermek szomatikus, neurológiai és pszichés állapotát határozza meg, a pszichológus az intelligencia- és a személyiségtesztekkel, valamint megfigyeléseivel az intelligencia struktúrát, a személyiség jellemzőket és a magatartási problémákat tárja fel, és ezek alapján végez a pszichopedagógus részletes és célzott pedagógiai vizsgálatot, hogy elkészíthesse a munkájához szükséges fejlesztési diagnózist és tervet. Mindezekkel azonban a team együttműködése nem fejeződik be, mert folyamatos visszajelzést adnak egymásnak a gyermek állapotáról és időről időre e szerint alakítják a terápiás munka jellegét, változtatják annak hangsúlyait az egyes szakterületnek megfelelően.

Pszichopedagógiai munka gyermek-ideggondozókban és a gyermekpszichiátriai szakrendeléseken

A mentális, a pszichés fejlődés zavarait, valamint a súlyos viselkedési zavarokat mutató gyermekek ellátásában a pszichopedagógus szerepe megegyezik a pszichiátriai osztályokon alkalmazott pszichopedagógusével. Feladata azonban kiegészülhet, ha a gyermek óvodás vagy iskolás. A fejlesztő munkát segíti, ha abban a környezetben figyeli meg, ahol a legtöbb problémát mutatja. Így reális képet kap viselkedéséről, teljesítményeiről, a társaival és a felnőttekkel való kapcsolatairól. Az együttműködés a pedagógusokkal segíti a beteg gyermek elfogadását, s közösen olyan, a tanulást, az alkalmazkodást segítő stratégiákat dolgozhatnak ki, melyek eredményesebbé teszik a munkájukat.

A hosszan tartó gondozás során felvetődhetnek a továbbtanulást és a pályaválasztást érintő kérdések is. A reális választásban is segítséget nyújthat a pszichopedagógus.

Az egészségügyben végzendő pszichopedagógiai munka alkalmazási területei és tevékenységkörei:

A) Kórházak
1. felkészítés a beavatkozásokra;
2. foglalkoztatás;
3. oktatás;
4. nevelési, foglalkozási tanácsadás a szülők számára;
5. életmódbeli tanácsadás a gyermek és a szülő számára;
6. énképkorrekciós csoportok vezetése;
7. pályaválasztási tanácsadás;
8. klubfoglalkozások, életmódtáborok vezetése.

B) Gyermekpszichiátriai osztályok
1. képességfejlesztés;
2. foglalkoztatás;
3. oktatás;
4. személyiségfejlesztő kiscsoportok vezetése;
5. nevelési, foglalkozási tanácsadás szülők számára;
6. óvoda-, iskolaválasztási tanácsadás.

C) Gyermek-ideggondozók, gyermekpszichiátriai szakrendelések
1. képességfejlesztés;
2. foglalkoztatás;
3. oktatás;
4. személyiségfejlesztő kiscsoportok vezetése;
5. nevelési, foglalkozási tanácsadás szülők számára;

6. óvoda-, iskolaválasztási tanácsadás;
7. tanácsadás, együttműködés az óvodai és az iskolai pedagógusokkal;
8. pályaválasztási tanácsadás.

Esetismertetés

Erika 9 éves. 16 és 10 éves testvéreivel, valamint a fekvőbeteg nagymamájával tartózkodott otthon, amikor egy forró vízzel teli lábas a villanytűzhely mellett álló kislányra borult. A hátán és a bal karján III. fokú égési sérülést szenvedett, mely nemcsak kozmetikai, hanem a könyökkontraktúra miatt, funkcionális rendellenességet is okozott.

Betegségének 6. hetében ismertem meg Erikát. Mosolyogva fogadott. Elmondta, hogy mindenkinek örül, aki egy kicsit is foglalkozik vele, mivel nagyon unatkozik. A körteremben tartózkodó másik kislánnyal csak egy-két szót tud váltani, mert annak olyan súlyos az állapota. Elmesélte, hogy az apukája zenész egy presszóban, ahol az édesanyja kétnaponként másodállásban kisegít. Otthon nagyon jól érzi magát, sok barátnője van, de az igazival egy osztályba is járnak. Mind a ketten nagyon jól tanulnak.

Egy hét eleji referálón kezelőorvosa felhívta a figyelmemet arra, hogy a kötözések, kezelések előtt és közben a kislánynak heves dühkitörései vannak, feltehetően fél a fájdalmaktól. Ilyenkor durva megjegyzéseket tesz a nővérekre és az is előfordult, hogy leköpte őket. Ez az információ, és a *kórházi pszichológus által végzett* CAT-*vizsgálat* (a szorongás, az agresszió és egyéb emocionális faktor vizsgálatára szolgáló projektív teszt) alapján a kiegyensúlyozottnak tűnő Erikáról merőben új kép alakult ki. A projekciós tesztvizsgálaton mutatott ábrák többségénél viszont kihangsúlyozza a jó hangulatot, de ez egy elháritó, én-védő mechanizmus, amit az egyes képekre adott válasza is bizonyít.

Kép: Egy oroszlán ül a karosszékben. A karfára támaszkodik, egyik kezében pipa, melyhez sétabotot támasztottak. A kép oldalán egér néz ki az egérlyukból.

Erika: „Az oroszlánkirály gondolkodik, hogy mit ebédeljen. A kisegeret figyeli, mert fél, hogy bemegy a lakószobába és úgy nem tudja az egeret megölni." Arra a kérdésre, hogy miért akarná megölni a válasz: „Mert gyűlöli őt, hogy mindenbe beleüti az orrát."

Kép: Dzsungelszerű díszlet. Kitátott szájú tigris ugrik egy fára kapaszkodó kismajom felé.

Erika: „Egy oroszlán a majomra támad, mert elvette az ennivalóját. A majom a fára akar mászni, de ez nem sikerülhet, mert az oroszlán el fogja kapni."

Kép: A nappali szoba díványán két beszélgető, kávézó majom, az egyik súg valamit a másiknak. A harmadik majom széken ül és a mellette álló majomkölyökkel beszél. A falon egy majom arcképe, bekeretezve.

Erika: „A majomcsalád éppen reggelizik. A majomszülők és a gyermekek külön-külön beszélgetnek." Arra a kérdésre, hogy a gyermekek miért vannak külön, így válaszol: „Mert mondja a majommama, hogy beszélgetni akar a majompapával." Arra a kérdésre, hogy ezt miért nem hallhatják a gyerekek, így válaszol: „Valami pénzről beszélnek, amit a gyermekek nem hallhatnak meg. Mert ha elmondják valakinek, lebuknak. Kölcsön kaptak pénzt, és azt nem tudják visszaadni. Ha ez kiderül, mindenki azt hiszi, hogy már megint elitták a pénzt."

A *pszichológussal történt megbeszélés* alapján kiderült, hogy Erika pszichés sérülését nemcsak a baleset okozta, hanem már azt megelőzően is emocionális problémákkal küzdött.

Mind kezelőorvosa, mind a nővérek jelezték, hogy a szülei ugyan naponta bemennek hozzá, de ezek csak villámlátogatások, melyek után a gyermek lehangolt, csalódott. Kerestem az alkalmat, hogy beszélhessek velük. Kértem, érdeklődjék meg az iskolában, hogy hol tartanak, mert az igen lelkiismeretes kislány fél, hogy lemarad a tanulásban. A szülőkkel beszélgetve kiderült, hogy Erika iskolai teljesítményei igen rosszak; nem tudják az okát, hiszen neki csak az a dolga, hogy tanuljon. Nekik nagyon sok a dolguk és nem érnek rá a gyermekkel foglalkozni, ezért sajnos a leckét sem tudják megszerezni. A család a kórház szomszédságában lakott, s az iskola is a környéken volt. Felajánlottam, megszervezem, hogy eljuttassák hozzánk a tanulnivalót.

Az osztályfőnökkel történt találkozás is megerősítette a szülők által elmondottakat. A kislány igen gyenge teljesítményű, figyelme szórt, hosszabb ideig képtelen egy dologra koncentrálni, feladattudata sem alakult ki. Barátnője is gyenge tanuló. Közös tevékenységekbe csak a testnevelési órákon vonhatók be. Ilyenkor sikerélményük is van, mivel jómozgású gyermekek. Különben félrehúzódóak, közös játékban ritkán vesznek részt. Szívesen vállalta, hogy a kórház portájára naponta leadja a tanulni valókat. Ez a *személyes találkozás* segített abban, hogy a *tanító is ráhangolódjon a beteg gyermek pszichológiai és orvosi problémáira*, és a későbbiekben is támogassa munkánkat.

A pedagógussal történt találkozást követően Erika szorongva várta, hogy miként reagálok arra, amit az iskolában megtudhattam. Arról nem beszéltünk, hogy ő mást mondott, mivel egy a *vágyaiban megjelenő Erikáról és családról mesélt*. Az általa várt számonkérés helyett felajánlottam neki, hogy segítek a tanulásban és abban, hogy jobban tudjon figyelni. Az együtt tanulás negyedik napján a szülei megkerestek és kérték, hogy szánjak rájuk egy kis időt. A szobámban feszengve mondták el, hogy Erika mindkettőjük második házasságából született, de úgy érzik, ez a házasság sem nyújt megfelelő biztonságot gyermekeiknek. Az apa, ha iszik, féltékenységi jeleneteket rendez. A gyermekekkel való kapcsolatuk felületes, mert sok a dolguk és nem érnek rá velük is foglalkozni. Érzik, hogy ez nincs jól, a baleset is ezért történhetett meg. Házasságuk is megromlott, de ha segítséget kapnának, mindent elkövetnének, hogy rendbe hozzák mindazt, amit elrontottak. A *kórházhoz tartozó gyermek-neuro-*

pszichiátriai szakrendelés családterápiáját ajánlottam számukra, ahova a megbeszélt időpontban átkísértem őket.

A reggeli kezelések továbbra is komoly érzelmi traumát jelentettek Erika számára. Kérésemre a kezelőorvosa megengedte, hogy az áztatást követően a gyermek szedje le a kötéseit. Így *heves ellenállását*, a nővérek iránti *dühkitöréseit aktivitásba fordíthatta át*, ami jelentős változást hozott az őt ápoló nővérekkel való kapcsolatában.

Erika még 5 hétig tartózkodott a kórházban. Ez idő alatt a tanulás terén nem érhettünk el csodákat. Nagyon akart, érezte, hogy valami megváltozott körülötte, szülei is többet beszélgettek vele. A kislány legapróbb sikereinek is örültek. A tőlem és a gyógyító személyzettől kapott pozitív visszajelzések is segítették őket abban, hogy a negatív Erika-kép változzék. Az egyik foglalkozáson Erika lerajzolta, hogy milyennek gondolja a jövőjét. A képen egy udvar látható gyermekekkel és felnőttekkel. A következő magyarázatot fűzte hozzá: „Az egész család otthon van, senki sem jár el sehová. Az anyuka főz, az apuka szereli a kocsit, a gyermekek vidáman játszanak." Arra a kérdésre, hogy miért gondolta így a jövőjét, a következő választ adta: „Mert szeretem a családot és együtt el fogunk menni a cirkuszba." Másik alkalommal három betegtársával együtt kesztyűs bábokat készítettünk. Erika egy copfos, és egy kócos kislányt készített. A copfos figurát haza akarta vinni, a másikat pedig a szemetes kosárba dobta. Egyik betegtársa rákiáltott, hogy ne tegye, mert az ő bábja nem sikerült és azt szeretné hazavinni. Erika indulatosan válaszolt: „Miért, te is ilyen akarsz lenni?" Ezzel *a kidobott* kócos leány *bábbal a „régi" Erikától akart megszabadulni*.

A szülők aggódtak: mi lesz a kislánnyal az iskolában? Úgy érezték, hogy ők is és Erika is jó úton haladnak. Az égéssérülést kezelő orvos is azzal biztatta őket, hogy a későbbi korrekciós műtétek, és a gyógytorna is segíteni fog abban, hogy Erika a bal kezét is kielégítően tudja használni.

Gyógyító kapcsolatunkat mi sem szakítottuk meg, csak annak színtere változott. Heti rendszerességgel képességfejlesztő foglalkozásra hozták a gyermek-neuropszichiátriai szakrendelésre, ahol már helyismeretük is volt, mivel ide jártak családterápiára. A *szülőkkel*, az *iskolával való együttműködés* során Erika iskolai teljesítményei, ha nem is látványosan, de javultak. Még három évig segítettem a családot. Ez alatt az idő alatt családterápiájuk is eredményesen végződött és Erika is megkezdhette 7. osztályos tanulmányait. Néhány év múlva hallottam felőlük: Erika kereskedelmi szakközépiskolába jár, és szüleivel együtt rendszeres látogatója az „Égési Klub" rendezvényeinek.

Összegezés

A tapasztalatok azt mutatják, hogy az egészségügy egyes intézményeiben a pszichopedagógiai tevékenység mára már beépült a gyermekek gyógyításába. Eredményességét meghatározza a különböző szakemberek együttműködése a rendszeres

konzultációk és a szupervízió révén. Felvetődhet, hogy akkor miért nem találkozhatunk velük minden gyermekkórházban, gyermekosztályon. Általánosan elterjedt alkalmazásuk nemcsak az egészségügyet érintő anyagi kérdés, hanem komoly szemléletváltást igényel mind az egészségügyi adminisztrációban, mind az egészségügy gyakorlatában, mind szülők egészségről alkotott szemléletében.

Irodalom

A beteg gyermek jogai (1994) In: Család, gyermek, ifjúság, 6., 21.

ALPÁR ZS. (1981) *Figyelemeltereles vagy tudatosítás?* In: Orvosi Hetilap, 122., 125.

GYÖRGY J. (1932) *Psychopathias gyermekek és fiatalkoriak rendelő intézetének ismertetése.* In: Magyar Gyógypedagógia, 93–97.

MEDGYESI L. (1987) *A Fővárosi Iskolaszanatórium ötven éve.* In: Gyógypedagógiai Szemle, 3., 184–195.

RÉVÉSZ M. (1934) *Az orvos szerepe a nehezen nevelhető gyermekek és fiatalkorúak fejlesztésében.* In: Magyar Gyógypedagógia, 1–3., 119–123.

SCHNELL J. (1933) *A gyógypedagógia és orvosi pszichológia a gyakorlati lelki egészségügy (mentalhygiene) szolgálatában.* In: Magyar Gyógypedagógia, 4–6., 62–64.

Kálmán Zsófia

26.

A GYÓGYÍTÓ PEDAGÓGIA LEGIFJABB ÁGA: AUGMENTATÍV ÉS ALTERNATÍV KOMMUNIKÁCIÓ

A Jel csak annak él,
ki mondandóját megéri,
megejti vagy bogozza.
Keresztury Dezső

„Ha szeretnéd tudni, milyen lehet az, amikor valaki nem tud beszélni, könnyen kiderítheted. Menj el egy társaságba, de ne beszélj. Játssz némát. Ha akarod, a kezedet használhatod, de papírt és ceruzát nem. Papír és ceruza nincs mindig kéznél egy néma embernél. A következőket fogod találni: emberek beszélgetnek; beszélgetnek mögötted, melletted, körülötted, alattad, feletted, rajtad keresztül, sőt, még hozzád is. De veled soha. Olyannyira semmibe vesznek, hogy a végén úgy érzed, te is csak egy bútordarab vagy."
Richard Creech
(cit. Musselwhite és St. Louise, 1988, 104.)

AZ AUGMENTATÍV ÉS ALTERNATÍV KOMMUNIKÁCIÓ KEZDETEI

Az augmentatív és alternatív kommunikáció (a továbbiakban AAK) – azaz kiegészítő és a beszédtől eltérő típusú kommunikáció – mind a modern gyógypedagógia, mind pedig a komplex rehabilitáció egyik legfiatalabb, mindössze 30–40 éves múlttal rendelkező ága, a sérült emberi kommunikáció okozta súlyos érzelmi, intellektuális és szociális hátrányok leküzdését szolgálja. Augmentatív kommunikációra szorul mindenki, aki átmenetileg vagy tartósan nem rendelkezik funkcionális beszéddel, azaz vagy egyáltalán nincs beszédprodukciója, vagy a beszédzavara olyan súlyosságú, hogy az alkalmatlan kommunikációs igényei kielégítésére. A latin eredetű augmentatív szó igei formájában azt jelenti, hogy hozzátenni, kiegészíteni, kibővíteni, gazdagítani. Így az *augmentatív és alternatív kommunikáció* kifejezés önmagában hármas üzenetet rejt: a leglényegesebb, hogy *mindenkinek, a kommunikációs képességeiben legsúlyosabban sérült embernek is vannak kommunikációs eszközei*; a másik, hogy azok *kiegészítésre* szorulnak; a harmadik pedig, hogy a kiegészítés alternatív, azaz a beszédtől eltérő módon valósul meg.

A kommunikációs képességek károsodását rendszerint valamilyen fizikai ok, pl. agysérüléssel járó baleset, a születés körüli időszakban elszenvedett központi idegrendszeri károsodás (agyvérzés vagy egyéb eredetű oxigénhiány), később szerzett idegrendszeri megbetegedés (agyhártya- vagy agyvelőgyulladás, előrehaladó ideg-

rendszeri betegségek stb.), olykor értelmi fejlődési zavar, gyakran azonban kideríthetetlen az elváltozás oka. A kommunikációsérülések előfordulási aránya szerencsére nem túl magas, minden mérés szerint 1% alatt marad – az Egyesült Államokban pl. mintegy kétmillió ép hallású ember (0,8%) képtelen beszéd útján kommunikálni (Beukelman és Mirenda, 1992) –, azonban összességében ez így is emberek millióit jelenti.

Az AAK inter- és multidiszciplináris terület, gyakorlásához, oktatásához és kutatásához a gyógypedagógia mellett szükség van kommunikációs, rehabilitációs, pszicho- és neurolingvisztikai, szociálpszichológiai és nem utolsósorban számítástechnikai ismeretekre, illetőleg ezen területek szakembereinek együttműködésére.

Az AAK gyökerei

Az ember a legkoraibb időktől kezdve törekedett arra, hogy mondanivalóját, bármilyen módon, de eljuttassa azokhoz, akiknek szánta. Üzenet értékű rajzok, gesztusok, jel- és jelzésrendszerek árulkodnak arról, hogy az ember hogyan egészítette ki, erősítette meg, vagy éppen pótolta – azaz *augmentálta* – hiányzó, hiányos vagy az adott helyzetben (pl. távolság, nyelvi különbségek) nem eléggé hatékony szóbeli közléseit. Ugyancsak bátran éltek őseink a hangok, a zene, a tánc, bódító növényi és állati eredetű főzetek, párlatok, gőzök stb. hatásával, amikor úgy érezték, ez az út vezeti el őket isteneikhez. Tehát nagyon is tudatában voltak annak, hogy a beszéd nem minden. Antropológiai kutatások bizonyítják, hogy prehistorikus őseink már akkor éltek gesztusokkal és vokalizációval alapvető szükségleteik és kívánságaik kifejezésére, mielőtt képessé váltak volna komplex nyelvi struktúrák használatára, ugyanúgy, ahogy a csecsemő is sikeresen közvetíti akaratát a világ felé. Szakértők szerint ugyancsak az AAK ősi voltára utalnak az Altamirában fellelt húszezer éves barlangfestmények is (Zangari és mtsai, 1994).

Az ókortól kezdve gazdag irodalma van a beszédet kiegészítő vagy helyettesítő jelnyelveknek, egykezes ujjábécéknek, egyszeri gesztusrendszereknek, sőt, mai értelemben vett kommunikációs tábláról is olvashatunk egy 1584-es kórtörténeti feljegyzésben *(Observationes medicae de capite humano)*, amelyet Johannes Schenck von Grafenberg, egy késő reneszánszkori orvos publikált (Whitaker, 1998/a). Ebben Schenk ismerteti egy Conrad Lycosthenes nevű beteg saját naplóját, feltehetően agyvérzést követő jobboldali bénulásáról, amelyet beszéde tizenkét napos elveszítése kísért. Ezen idő alatt Lycosthenes egy olyan betűtáblát használt kommunikációs célokra, amely feltehetően teljesen megegyezik a manapság is használtakkal *(26/1. ábra)*.



26/1. ábra. Betűtábla

Az AAK 20. századi útja

A legújabbkori AAK kialakulását alapvetően a sérülés vagy betegség következtében elveszített beszéd pótlásának vágya, illetőleg a hagyományos logopédia kudarca serkentette. Tudomásul kellett venni, hogy bizonyos központi idegrendszeri sérüléseknél a hosszú éveken át tartó logopédiai kezelés sem vezet funkcionális beszéd kialakulásához. Az ilyen gyermekek nemcsak nem jutnak kommunikációs eszköz birtokába, de az oktatók számára is lehetetlen valós képet alkotni az elsajátítottakról.

A modern AAK megszületését több terület fejlődése tette lehetővé. Ezek közül kiemelkednek az emberi jogok, a technika, ezen belül is az orvosi és a biotechnológia, valamint a kommunikációelmélet és a nyelvtudomány. Ezen utóbbi terület hatását tovább színezték és árnyalták a fejlődéslélektan, a szociálpszichológia és a kultúrantropológia felismerései.

Az emberi jogi mozgalmak hatása az augmentatív és alternatív kommunikáció kialakulására

A beszédképtelen embereket mindig elkerülték a fejlődéssel járó kedvező változások: aki nem volt képes magát emberi szóval kifejezni, attól a történelem során rendre megtagadták az embernek járó minimumot is. A II. világháború után azonban alapvető fordulat következett be, éppen az emberiségnek, a háború alatt elkövetett szörnyű bűnök – a vallásuk, származásuk, szexuális késztetésük vagy az „életre méltatlanságuk miatt" (Lányiné) tudatosan, aktívan elpusztított testi, érzékszervi vagy szellemi fogyatékossággal született gyermekek és felnőttek milliói – miatt érzett, általános bűntudata következtében. Nemzetközi dokmumentumok egész sora született, erőteljesen a figyelem középpontjába állítva az embert, s elidegeníthetetlen szabadságjogait. Ezek nemcsak kimondják az élethez, a testi épséghez, a magánélethez, a megnyilatkozáshoz, a vélemény megválasztásához stb. fűződő jogokat, hanem egyúttal tiltják is a bármilyen alapon történő diszkriminációt. Az emberi jogoknak nemcsak a számuk nőtt, de minőségükben is megváltoztak: az alapjogok mellett egyre inkább hangot, majd teret nyert az a meggyőződés, hogy a társadalomban és a társadalommal való együttélés, s ennek eszközei, például a tanulás, a kommunikáció a világgal, a szociális környezethez való alkalmazkodás lehetősége szintén elvitathatatlan emberi jog. Az emberi jogok kiteljesedését segítette elő a kormányoknak a több milliónyi háborús sérült rehabilitációja iránti kötelezettsége is. Sajátos lendületet adott e törekvéseknek Kennedy elnök 1961-ben közzétett, *Mental Retardation* c. nyilatkozata, amelyben a széles publikummal ismertette az értelmileg sérültek igényeit és problémáit, azzal adva súlyt szavainak, hogy mind ő, mind Hubert Humphrey, a későbbi alelnök, nyilvánosan közölték, hogy családjukban értelmileg sérült családtag is él (Zangari és mtsai, 1994). 1969-ben felbukkant a normalizáció fogalma (Bank-Mikkelsen, 1969), azaz az igény, hogy a sérült emberek élete az átlaghoz a lehető legnagyobb mértékben közelítsen.

Jól mutatják ezt a fejlődést az egymást követő nemzetközi dokumentumok, amelyek egyre árnyaltabban fogalmazzák meg a teljes és diszkriminációmentes élethez való jogot a korábban elnyomott csoportok, nők, gyermekek és később a sérültséggel, fogyatékossággal élők számára is *(26/1. táblázat)*. Ez a szemléletbeli módosulás vezetett oda is, hogy a korábban kizárólagosan orvosi szemléletű rehabilitációs modell változni kezdjen, s fokozatosan átadja a helyét a pedagógiai, majd a fogyasztói, végül pedig csakis az állapot által meghatározott, a személy valós szükségletein alapuló, állampolgári modellnek.

26/1. táblázat. A mai, fogyatékossággal kapcsolatos törvényeket megalapozó, nemzetközi emberi jogi dokumentumok

Dátum	Megalkotó	Cím
1948. december 10.	ENSZ Közgyűlés	Emberi jogok egyetemes nyilatkozata (UNDHR)
1950. november 4	Európa Tanács (European Commission on Human Rights)	Az emberi jogok és alapvető szabadságok védelméről szóló Római Egyezmény (ECHR) (Mo.: 1993. évi XXXI. trv.)
1960.	UNESCO	Az oktatásbeli diszkriminációról szóló konvenció
1963.	ENSZ Közgyűlés	Mindenféle faji diszkrimináció megszüntetéséről szóló konvenció
1966.	ENSZ Közgyűlés	Polgári és politikai jogokról szóló nemzetközi egyezmény (ICCPR)
1966.	ENSZ Közgyűlés	Gazdasági, szociális és kulturális jogokról szóló nemzetközi egyezmény (ICESCR)
1971. december 20.	ENSZ Közgyűlés	Nyilatkozat az értelmi fogyatékos személyek jogairól
1975. december 9.	ENSZ Közgyűlés	Nyilatkozat a fogyatékos személyek jogairól
1979.	ENSZ Közgyűlés	A nők elleni bármiféle diszkrimináció megszüntetéséről szóló konvenció
1981.	ENSZ	A rokkantak nemzetközi éve
1983. június 20.	ILO	Egyezmény a fogyatékos személyek szakmai rehabilitációjáról és alkalmazásáról
1989.	ENSZ Közgyűlés	A gyermekek jogairól szóló konvenció
1990.	USA	Fogyatékossággal élő amerikaiak törvénye
1992.	Európa Tanács	Javaslat: Átfogó politika a fogyatékos személyek rehabilitációjára
1993.	ENSZ Közgyűlés	A fogyatékossággal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályai (Standard Rules)

A technikai fejlődés hatása az AAK kialakulására

Az AAK fejlődésére előnyösen hatott, hogy a háború során szerzett technikai-technológiai tudás átkerült a civil szférába. Az antibiotikumok végre a lakosság számára is hozzáférhetővé váltak, a híradástechnikai ismeretet pedig a polgári hírközlésben, a rádiózásban és a telefontechnika terén is hasznosíthatták. A háború utáni hihetetlen iramú technikai fejlődés néhány eleme különösen kedvezően hatott a kibontakozó kommunikációs iparra, pl. új műtéti technikák, elektronikus eszközök orvosi alkalmazása, tranzisztorok és mikroprocesszorok kifejlesztése, elektromos és elektronikus segédeszközök megjelenése stb. Ezekre éppen az orvostudomány fejlődése miatt – koraszülöttek életben tartása, korábban halálos kimenetelű állapotok gyógyítása stb. – egyre inkább megnőtt az igény.

Erre válaszolt a technika, amikor megjelent a szintetikus beszéd, felbukkantak a speciális módon irányítható elektronikus eszközök és a mozgássérültek által is használható óriási vagy süllyesztett billentyűzettel ellátott írógépek. Ezek már megfelelő technikai alapot szolgáltattak a magnetofon-számítógép-telefon technológiákat egyesítő *beszélő*-, vagy más kifejezéssel, *hangadó gépek* kifejlesztéséhez. 1963-ban Nagy-Britanniában megjelent az orvosi receptre felírható, s a társadalombiztosítás által elsőként támogatott kommunikátor, a POSSUM. A korai hetvenes években került a piacra a fejkontrollal irányítható PILOT (Patient Initiated Light Operated Telecontrol). Az elkövetkező években hihetetlen mennyiségű eszközt fejlesztettek ki a hiányzó beszéd pótlására. Amint Zangari írja az AAK történetéről szóló nagy összefoglaló tanulmányban (Zangari és mtsai, 1994), a munka, amelyet lelkes mérnökök hobbiként kezdtek garázsaik egy zugában, óriási pénzeket megmozgató, akadémiai, klinikai és egyetemi laboratóriumi kutatássá nőtt. Az intenzív kutatás eredményeképpen pedig szinte havonta újabb és újabb eszközök tűntek fel, mindig könnyebbek, kisebbek és intelligensebbek az elözőknél. Az üzenetek hamarosan megjelentek a miniatűr képernyőkön, majd papírcsíkra nyomtatott formában is olvashatóvá váltak. A hetvenes évek végére a piacon beszerezhető kommunikációs segédeszközök között felbukkantak a különböző léptetőrendszerekkel és hívó jelzésekkel operáló rendszerek, a mozgáskorlátozottsághoz adaptált, egyéni kapcsolók, s a szemmel történő mutatásra alkalmas, áttetsző ablakkeretre emlékeztető is (eye gaze boards).

Ezen izgalmas periódus egyik jelentős szereplője volt a Svédországban élő Galyas Károly, akinek legkomolyabb eredménye a gépbe írt szöveget jó hangminőséggel visszaadó, több nyelven programozható, aktatáska nagyságú, hordozható beszédszintetizátor és annak számítógéppel összekapcsolható változata volt (Galyas és Hunnicutt, 1986; Galyas és mtsai, 1993).

A nyolcvanas évek technikai fejlődésének a középpontjában az eszközök minőségi mutatóinak javítása állt. Célként jelent meg a nagyobb memória, a jobban érthető, természeteshez közelítő beszéd (a férfihang után megjelentek a különböző mélységű női és gyermekhangok is), a tisztább grafikus ábrázolás, a tartósság, a kiszá-

míthatóság, az egyre kisebb súly, valamint a szinte végtelen variációjú kezelhetőség (kapcsolók lábra, könyökre, szájra, nyelvre, halántékra, a szemmel mutatók részére stb.). Megfogalmazódtak a gépi beszédprodukció két fő típusát támogató és ellenző vélemények is: a digitális beszéd (számítógépes technikával működő, magnetofon-analóg eszközök) tiszta, jól érthető, emberi, de mivel az üzeneteket, illetve a szótárat előre kell rögzíteni, használata sohasem biztosíthat teljes kifejezési szabadságot. A szintetizált beszéd mindig géphangú marad, bármennyire is javul a hangminőség, viszonylag gyors géphasználatot feltételez, azonban bármilyen üzenet, amit az illető az alkalmazott üzenethordozókkal (kép, jelkép, betű, szó) képes megfogalmazni, megkötés nélkül közölhető. A közlés minőségét ezekben az esetekben leginkább a sebesség befolyásolja. A kommunikációjában korlátozott egyén kifejezésmódja ugyanis, használja bár a legmodernebb technikát, mindig lényegesen lassúbb a nagy átlagnál, s a vontatott kommunikáció előnytelenül befolyásolja mind a közlési, mind pedig a meghallgatási vágyat. Az előbbi azért adja fel, mert belefárad a megértetéssel járó fizikai és szellemi erőfeszítésbe, az utóbbi pedig azért, mert elfogy a türelme, az ideje, s az adott személyre fordítható érzelmi energiája. Éppen ezért a kommunikáció sebességének növelése – pl. a szó-ajánlás (word prediction) vagy az ún. szemantikus „csomagok" (semantic compaction) képzése a képek jelentésének nyelvészeti egységenként történő bővítése útján – a mai napig állandó kutatás tárgya.

Napjainkra az emberi hang megközelítése mellett – ami igen kitűnően sikerült pl. a Liberator elnevezésű brit kommunikátornál – törekednek a „kiejtés" tökéletesítésére és a nyelvjárások szimulálására is. Míg az előbbi sikeresnek bizonyult az angol után a német, holland, héber, hindi és japán nyelvnél, az utóbbi a kanadai francia, a mexikói spanyol és a palesztíniai arab jellegzetességeit visszaadó beszédszintetizátort eredményezett. A kilencvenes évekre sikerült olyan technikai megoldásokat kidolgozni, amelyek lehetővé teszik, hogy az egér és a billentyűzet működtetésére képtelen mozgássérültek is használhassák a számítógépet. A legújabb kommunikátorok a kommunikáció mellett egyaránt szolgálják az oktatást, a betűtanítást, az írási és az olvasási készségek kialakítását és javítását, s nem utolsósorban a gondolkodási folyamatok fejlesztését is. Az ezredforduló törekvései között első helyen állnak a beszédfelismerő és a töredékekből teljes mondatokat szintetizáló rendszerek, amelyek egyaránt szolgálni fogják a gégeirtottak mesterséges hangjának (ún. elektrolarynx) érthetőbbé tételét és az igen súlyosan dizartriás emberek beszédprodukciójának megértését (Bunnell és mtsai, 1992).

Az AAK alapjait lerakó, még köztünk élő „nagy öregek" azonban – maguk is gyakran új technológiai megoldások felfedezői – arra figyelmeztetnek a csábító technikával kapcsolatban, hogy az önmagában sem választ, sem megoldást nem ad egyetlen problémára sem. A jó pedagógusnak mindig szem előtt kell tartania, hogy minden „csodagép" pusztán eszköz, amelynek csakis akkor veheti hasznát, ha pontosan tudja, hogy kinél, miért, hogyan, mikor és milyen cél elérésére akarja azt, és éppen *azt* használni.

A KOMMUNIKÁCIÓELMÉLETI ÉS NYELVTUDOMÁNYI KUTATÁSOK HATÁSA AZ AAK KIALAKULÁSÁRA

Nyelvtudomány

Az emberi nyelv, a maga gazdagságával és szinte végtelen lehetőségeivel olyan ajándék, olyan kincs, amelynek csak a hiánya tűnik fel. Beszélő környezetben az ép gyermek ösztönösen sajátítja el anélkül, hogy akárcsak sejtené is, milyen nyelvi szerkezeteket használ és miért. Beszéde mindig pontos tükre aktuális szellemi, érzelmi, szociális, akarati stb. állapotának, érettségének. Ahogy és amit kérdez, ahogy és amit válaszol a kérdéseinkre, ahogy a beszédet a hatékony kommunikáció szolgálatába állítja, egész pontosan informál bennünket a világ benne élő képéről, saját fejlődésmenetéről, a megtanultak beépülésének állomásairól. A beszéd hiánya az intellektuális élet beszűkülése, az érzelmi élet eltorzulása és a szociális izoláció okozta nehézségek mellett, szinte lehetetlenné teszi azt is, hogy egyértelmű visszajelzéseket kapjunk a gyermektől, a gyermekről. A beszédét vesztett felnőttnél a legsúlyosabb következmény a személyiségromboló hatás, annak a megélése, hogy képtelen a környezetét az addig megszokott módon, az igényeinek megfelelően befolyásolni.

A nyelvi kutatások évszázadokon át érthetően a beszédre összpontosítottak, gondosan elemezve annak minden megnyilvánulási formáját, sajátosságait, változatait, s keveset foglalkoztak a beszédhiány, a hiányos vagy rossz beszédprodukció mögött esetleg mégis megbúvó nyelvi készségek természetével. A probléma ilyen irányú megközelítésére csak akkor került sor, amikor a hatvanas évekre a nyelvfejlődési kutatásokban az érdeklődés, a korábbi formalista szemlélettel szemben, a *nyelv kommunikatív funkciói* felé fordult (Pléh és Terestyéni, 1997). Ennek, ha nem is közvetlenül, de igen nagy jelentősége volt az AAK fejlődése szempontjából. Világossá vált, hogy a kommunikációnak nem a formája, hanem a célja és a tartalma a lényeg, a hordozó eszköz másodrangú, így akár egy kommunikációs tábla is lehet!

Másik, szintén indirekt módon ható kutatási eredménynek bizonyult a nyelvi kompetencia és a nyelvi produkció egymástól eltérő voltának felismerése, azaz annak a kimondása, hogy *a nyelvi kompetenciának nem egyetlen megnyilvánulási formája a beszéd*. Ez a nyelvészeti felismerés legelőször a halláskárosodottak és siketek oktatásában vezetett alapvető paradigmaváltáshoz. Ennek következményeképpen az addig kizárólagosnak mondható oralista szemléletet felváltotta egy liberálisabb, a jelelést eleinte csak eltűrő, később annak kommunikációs célú használatát aktívan támogató oktatási modell anélkül, hogy az auditoros-verbális csatornának a társadalmi beilleszkedésben játszott szerepét kisebbítették volna. A gesztus- és jelnyelvek térhódítása a „totális kommunikáció" (ma inkább *komplex kommunikációról* beszélünk) filozófiáját is tükrözte, amely szerint a kommunikációjában károsodott ember részére minden lehetséges csatornát fel kell ajánlani, hogy egyrészt maga választhassa ki

a számára legmegfelelőbbet, másrészt, a multimodalitás révén, bármely élethelyzetben megfelelő kifejezési mód álljon a rendelkezésére.

Igen sokat nyert az AAK a *majmokkal folytatott beszédtanítási tapasztalatokból* és kudarcokból is. Ha a csimpánzokat végül nem is sikerült megtanítani „emberül", a nyelvről szerzett tudás szélesebb perspektívája, a nyelv elsajátításának, a kommunikatív jelképek oktathatóságának és megtanulásának útja, jól hasznosítható ismeretanyagot szolgáltatott az AAK további fejlődése szempontjából.

Nem elhanyagolható a hatvanas évek *nonverbális kommunikációval* foglalkozó kutatásainak indirekt hatása sem. Ekkoriban kezdtek figyelni a beszéden kívüli kommunikációra, s megalapozták a napjainkra már közhelynek számító „nem a mit, hanem a hogyan" tudását. Ez teremtette meg az alapot a nem konvencionális kommunikációs jelzések elfogadására. Nagyobb odafigyeléssel, jobb empátiás készséggel ki lehetett bogozni azokat az üzeneteket, amelyeket a beszédképtelen emberek nem nyelvi eszközökkel, hanem hangkezdeményekkel, különböző testrészeikkel, grimaszokkal stb. fejeztek ki.

A test kommunikációban játszott szerepének felismerése vezetett a születő AAK egy új aspektusának megjelenéséhez, s ez az *ültetés-pozicionálás* kérdésköre volt. Ahhoz ugyanis, hogy valaki a partnerével szemkontaktust teremtve, figyelni tudjon magára a folyamatra, miközben esetleg kommunikációs segédeszközt is működteti, különös gonddal megválasztott, kényelmes, a figyelmét nem elterelő és energiáit nem felemésztő testhelyzetbe kell kerülnie. Az ültetés-pozicionálás tehát új szakemberek és új gyógyászati segédeszközök megjelenéséhez vezettek *(26/2. ábra)*.

A nonverbális kommunikációs módszerek térnyerése vezetett az AAK egyik legfontosabb alapelvének megfogalmazásához: mivel *a kommunikáció minden egyén alapvető joga*, a kommunikációfejlesztés során a *meglévő készségek kiegészítéséül grafikus rendszereket is célszerű, sőt kell használni* (Silverman és mtsai, 1978). E kijelentést sokan kétkedve fogadták. A fejlesztő pedagógus, a hagyományos módszerekkel dolgozó logopédus és a szülői társadalom közös aggálya ugyanis az volt, hogy ha a gyermek nonverbális úton is megértésre talál, kevésbé lesz motivált a beszédtanulásra. Ezért fontos az a gondos klinikai tanulmányok alapján tett, s azóta számtalanszor bebizonyosodott megállapítás, amely szerint *az AAK oktatás semmilyen módon nem hogy nem hátráltatja, hanem jól bizonyíthatóan serkenti a beszédfejlődést és a verbalitás minden formájának megjelenését* (Silverman, 1980). Azt azonban még mindig nem tudni pontosan, hogy ez miért történik így. Máig nem ismert, hogy milyen *neurofiziológiai és neuropszichológiai* változások mennek végbe, milyen rejtekúton segíti elő a nonverbális eszközök használata valamennyi verbális készség javulását. Magyarázatul csupán a két agyfélteke működési megoszlásának meglehetősen leegyszerűsített modellje áll a rendelkezésre: a bal félteke beszél, a jobb hallgat, a bal érti a szót, a jobb a beszédet színező hangot és mozdulatokat (Springer és Deutsch, 1985; Hámori, 1985). E séma alapján az AAK sikeres használatának magyarázatául egyedül az szolgálhatott, hogy a beszédközponttal rendelkező, kategorizálónak (régebben dominánsnak) nevezett bal félteke zavara esetén aktiválódnak a jobb, reprezentatív



26/2. ábra. Álló helyzetben, a számítógép előtt pozicionált fiatal nő

(korábban szubdomináns) félteke nem vagy nem eléggé használt tartalékai. Mára ez a leegyszerűsített kép kicsit árnyaltabbá vált, pl. tudjuk, hogy a nyelvi percepció/produkció számos alfunkcióra bomlik, amelyek lokalizációja neuroanatómiailag is eltér egymástól (Whitaker, 1998/b). Megdőlt a bal félteke nyelvi hegemóniájáról korábban alkotott nézet is, például éppen a kommunikáció szempontjából nézve, a jobb félteke sok vonatkozásban felülmúlja a balt. A különbségek sok esetben kiegészítik egymást, s egy adott funkció tökéletes végzéséhez mindkét félteke azt nyújtja, amiben jobb. Sérült funkciók esetében viszont lehetőség nyílik bizonyos funkciók egymástól való átvételére, így az AAK korai alkalmazása, a célzott ingerek révén, elősegítheti a funkcionális újrarendeződést.

A neuropszichológiai és -fiziológiai tudás növekedtével két, egymástól némiképp eltérő irányzat alakult ki. Az egyik elméleti megközelítésű, a nyelvre és az idegélettani alapokra épít, a másik gyakorlatiasabb, megközelítésének alapja maga a kommunikációs aktus *(26/2. táblázat)*.

26/2. táblázat. Az AAK megközelítései

Nyelv- és beszédközpontúság	**Kommunikáció-központúság**
Hogyan vehetők figyelembe az AAK oktatásakor a nyelvi fejlődés szabályszerűségei? Milyen nyelvi készségek szükségesek az AAK elsajátításához? Hogyan segíti az AAK a nyelv- és a beszédfejlődést?	Hogyan lehet csökkenteni a beszédhiány következtében kialakult kommunikációs hátrányokat? Milyen stratégiákat kell alkalmazni ahhoz, hogy valaki hatékonyan tudjon kommunikálni?
Neurokognitív	**Gyakorlati**
Mi történik az agyban? Minek az érdekében és miért csinálja, amit csinál? Hogyan változtat, ha sikertelenek a próbálkozások? Lehet-e tudni a sikertelenség okát?	Mit és hogy szoktunk csinálni hasonló esetekben? Mit mutat az eddigi gyakorlat? Melyek a szokásos buktatók?

Kommunikációelméleti kutatások

A kommunikációelméleti kutatások a kommunikációs folyamatok megismertetése révén járultak hozzá az AAK fejlődéséhez. Ha tudjuk, hogy a kommunikációjában gátolt embernél e folyamatok mely lépései sérülnek, már rendelkezünk valamelyes alappal a terápiás beavatkozásokhoz. Az első ilyen sérülési pont az ún. *előírt programsémák hiánya, széttöredezése* lehet. A kommunikáció szabályszerűségei a kommunikációban résztvevők közötti viszony fejlődési állapotától függnek, és az ismeretlenség állapotából indulva, az interakciók folyamatával párhuzamosan változnak. Ekkor csak a kulturális normák és a kommunikációs kódrendszerek közösek; a kommunikációs kölcsönhatások előírt programsémák szerint zajlanak (Buda, 1993). E kommunikációs, kulturális és szociális programsémákat öntudatlanul, a csecsemőkortól kezdve modellálja az ember, azonban az eltérő fejlődési utat járó gyermek nem képes megtapasztalni ezeket. Így nem rendelkezik a kapcsolatépítés egyik legalapvetőbb eszközével, a megfelelő programsémával. Másik sérülékeny pont a *kommunikációs labdajáték ellehetetlenülése*. A kommunikációs folyamat lényege az akciók váltakozása a szereplők között, s általában az *adó* az, aki kezdeményez és meghatározza az akció célját (Horányi, 1975). Mivel a beszédképtelen ember, kezdeményezési, irányítási és beavatkozási lehetőségek híján, szinte soha nem kerül az *adó* pozíciójába, e kommunikációs helyzetek mindig aszimmetrikusak. A kommunikációs folyamat harmadik lehetséges sérülési pontja a *közös információs rendszer hiánya*. A közös verbális és nonverbális kommunikációs modalitások részint jellemzik, részint maguk is befolyásolják a kapcsolatot (Buda, 1974). Azonban beszédképtelenség esetén a partnerek nem azonos modalitásokkal dolgoznak, hiszen csak az egyik fél rendelkezik mind a verbális, mind a nonverbális modalitással, a másik legfeljebb a nonverbális csatornák némelyikét képes, azt is többnyire a megszokottól eltérően hasz-

26/3. táblázat. A sérült emberi kommunikáció összevetése az AAK-ra szoruló ember kommunikációjával kommunikációelméleti szempontokból

A normális kommunikáció néhány jellemzője (Buda B. írásaiból)	**A beszédképtelen, kommunikációs képességeiben súlyosan károsodott ember (ksk) jellemzői**
„Az ember képtelen nem kommunikálni."	A kiváltó biológiai ok következtében fellépő, súlyos beszédzavar és a rendre hozzátársuló mozgássérültség következtében, e személy képtelen az intencióinak és igényeinek megfelelően kommunikálni.
„Minden interaktív helyzetben [az ember] mindenféle megnyilvánulása kommunikációnak számít."	Mivel a ksk ember nem ura teste motoros megnyilvánulásainak, hangjai, mozdulatai, gesztusai stb. nem korrelálnak a tényleges kommunikációs szándékkal.
„Különösképpen kommunikáció az, ha egy megszokott és minősített kommunikációs csatorna használatáról lemond."	Nem használ megszokott és minősített kommunikációs csatornákat, de ez a tartózkodás nem üzenetértékű, hanem a biológiai adottságok által rákényszerített korlát.
„A kommunikációban résztvevők közötti viszony az ismeretlenség állapotából indul, s a kommunikációs kölcsönhatások – a közös kódrendszer révén – az előírt programsémák szerint zajlanak."	Nincs közös kódrendszer – mind a beszéd, mind a nonverbális kommunikáció csak az egyiknél működik – és feltételezetlen az előírt programsémák is, mert a ksk ember számára nincsenek követhető sémák.
„A kommunikációs tartalom a közlési célhoz és funkcióhoz viszonyítva hiányos, pontos vagy redundáns."	A kommunikációs tartalom a közlési célhoz és funkcióhoz viszonyítva mindig hiányos.
„A befogadóra vonatkozóan a közlés lehet jelentő – közlő – információ-továbbító vagy promotív."	A befogadóra vonatkozóan a közlések az esetek túlnyomó részében megrekednek a jelentés szintjén.
„Akkor beszélhetünk kommunikációról, ...ha a kommunikációban felhasznált jeleket a kommunikáló személyiségek aktív mozgással keltik, és csak addig tartják fent, amíg arra a jeltovábbítással kapcsolatban szükség van."	A ksk ember nem mindig, nem a megfelelő aktív mozgást, nem a kellő módon és ideig alkalmazza (lásd túlmozgások, artikulálatlan, de jelzés értékű hangok, jelzésként használt, de fel nem ismert, nem tradicionális jelzések stb.).

nálni. Ezen eltérő használat tovább tördeli a kommunikációs folyamatot, mivel a *nonverbális csatornákon küldeni szándékozott üzenetek gyakran célt tévesztenek.* A nyolcvanas évekre már egyértelművé vált a hatvanas években megsejtett valóság: a nonverbális csatornákon át történő, ún. analógiás kommunikáció legalább annyira jelentős, mint a verbális csatornákon közvetített ún. digitális kommunikáció (Buda és László, 1981). A természetes mimikát eltorzító, önkéntelen túlmozgások, akaratlan fintorok és grimaszok, a gesztusrendszer használatát lehetetlenné tévő bénulások

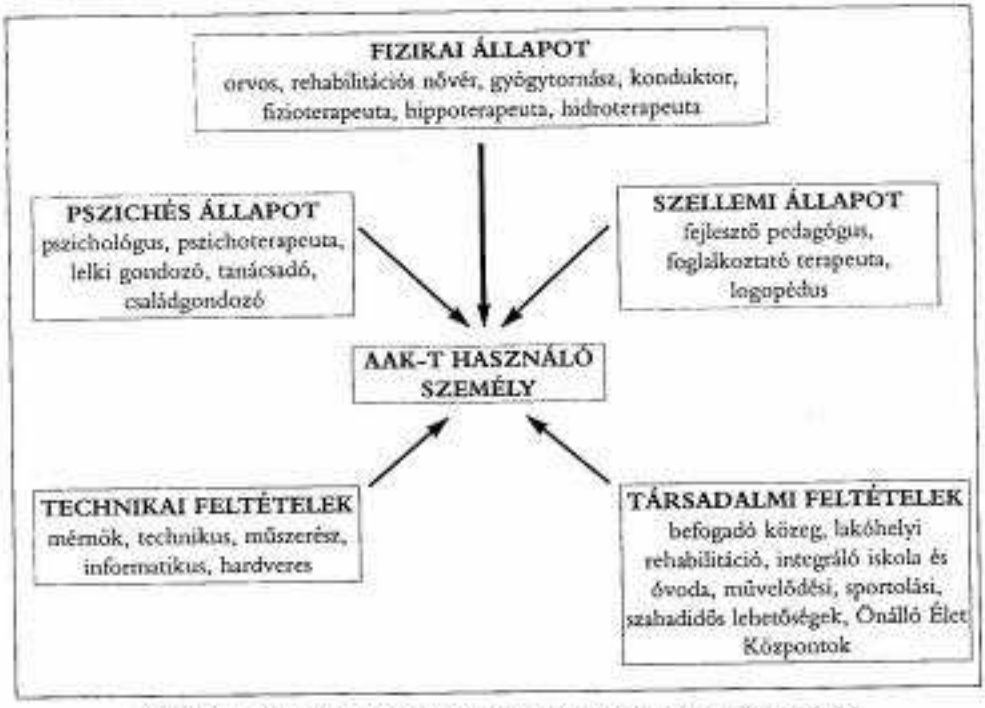
(petyhüdt vagy görcsös izmok), a hangok hiánya, a proxemikai jelentést megmásító hely- és helyzetváltoztatási nehézségek azonban *semmissé vagy legalábbis nehezen értelmezhetővé teszik a sérült ember nonverbális üzeneteit.*

Kommunikációelméleti megközelítésből vizsgálva a beszédképtelen ember kommunikációját – akinek az állapotát rendszerint súlyos, társuló fogyatékosságok is nehezítik –, s összevetve azt az ép ember átlagos kommunikációjával, komoly eltéréseket észlelhetünk. A Buda Béla munkásságából ismert, normális körülmények között inherensen, mondhatni ösztönösen jelenlévő, motoros és érzékszervi úton is megnyilvánuló kompenzatorikus törekvések a halmozott (mozgás, beszéd, értelem, érzékszervi) sérültség miatt gátlódnak, ezért ezekben az esetekben a normális emberi kommunikációra kidolgozott elméletek csak nagy kritikával alkalmazhatók *(26/3. táblázat)*. Azt azonban egyetlen elmélet sem állítja, hogy a sérült emberek kommunikációja nem tekinthető emberinek. Minden szétöredezettsége, nehézkessége, lassúsága és szabálytalansága ellenére, mivel alapvetően humán vágyak, gondolatok, késztetések és érzelmek közvetítésére szolgál, mindenképpen jogosult arra, hogy az emberi kommunikációfajták közé soroljuk.

Az augmentatív kommunikáció általános jellemzői, válfajai, az oktatás kérdései

Az AAK meghatározása

„Az AAK a klinikai gyakorlatban azt jelenti, hogy *átmenetileg vagy tartósan megkíséreljük kompenzálni az olyan sérült emberek fogyatékosságait, akiknek igen komoly expressziós kommunikációs zavaraik vannak*", szól a nagy tiszteletnek örvendő amerikai szakmai társaság, az ASHA meghatározása (ASHA, 1981, 577.). Az augmentatív kommunikáció céljai közé tartozik a kommunikatív kompetencia helyreállítása, a kommunikációs diszkrepancia – jobb a beszédértés, mint a beszédprodukció, ezért a közlési igény és a lehetőség között szakadék tátong – megszüntetése, a személyiségfejlődés biztosítása, valamint az intellektuális képességek megtartása, mindezek révén pedig a sikeres társadalmi beilleszkedés. E sokrétű feladatnak a különböző területeken dolgozó szakemberek csak tervszerűen összehangolt együttműködés során tudnak megfelelni, közösen biztosítva a megfelelő fizikai, szellemi és érzelmi állapotot, s egyúttal megteremtve a sikeres kommunikáció technikai és társadalmi hátterét is *(26/3. ábra)*.

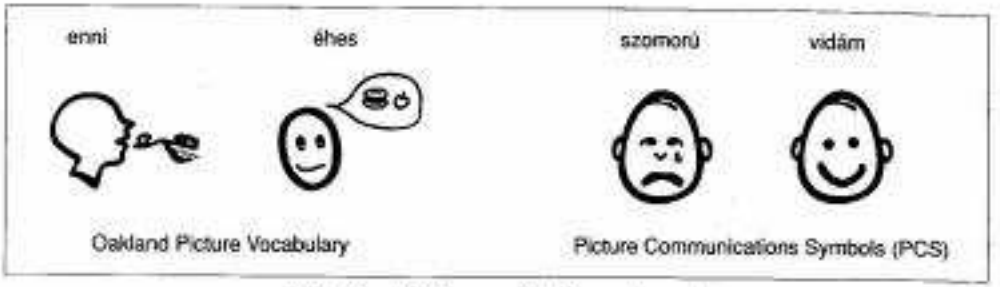


26/3. ábra. A komplex kommunikációképzés szakmai és személyi feltételei

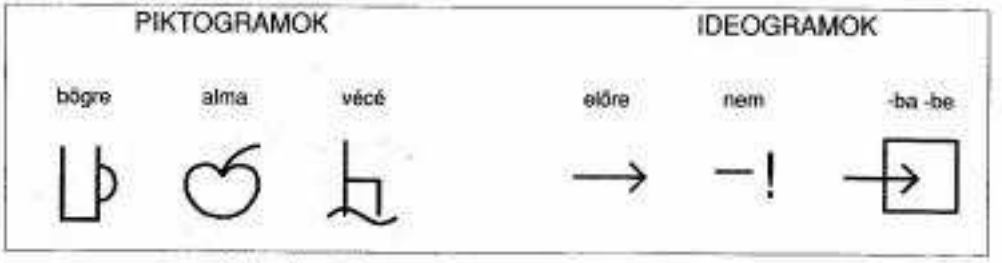
Az AAK fajtái

Az AAK módszerek két nagy csoportra oszthatók, a segédeszközt nem igénylő, azaz *dinamikus* és a segédeszközt igénylő, azaz *statikus* rendszerekre (Kálmán, 1989, 23.). Az előzőbe tartoznak azok, amelyek használatakor az egyén maga állítja elő az üzenethordozó jeleket (ide tartozik a siketek jelnyelve, az összes mesterséges manuális rendszer, az ujjábécék, a gesztusnyelvek, a különböző testrészek használatával alkalmazott Morse-kódok stb.), az utóbbihoz soroljuk az előre elkészített kommunikációs tábla vagy gép használatához kötött módszereket (tárgyak, képrendszerek, jelképek, betűvel kombinált rendszerek, kommunikátorok, mesterséges beszéd stb.) (*l. 26/4–8. ábra*).

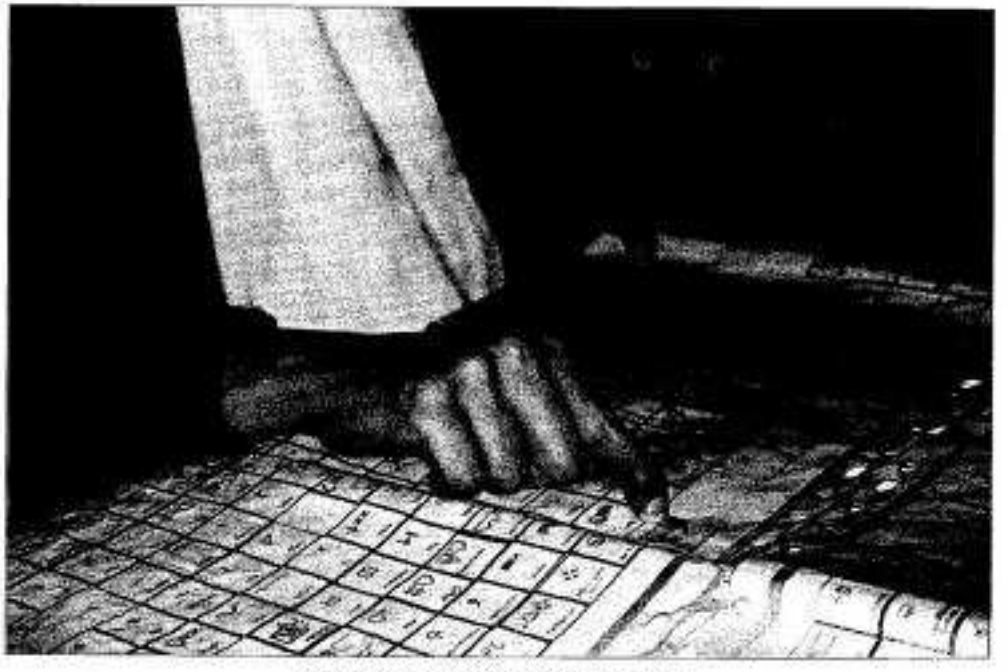
Az előnyöket és a hátrányokat tekintve, a dinamikus rendszerek olcsók, könnyen hozzáférhetők, mindig kéznél vannak és erősen korlátozott értelmi képességgel rendelkező személyek is könnyen elsajátíthatják az egyszerűbb gesztusrendszereket. Hátrányaik közé tartozik, hogy nem serkentik eléggé sem az absztrakt gondolkodás fejlődését, sem pedig az írásbeliség kialakulását, elég jelentős tanítást tesznek szükségessé és használhatóságuknak gyakran feltétele az értő környezet. Mindemellett a mozgássérültség egy bizonyos szintje felett nem is alkalmazhatók. A



26/4. ábra. Képkommunikációs rendszerek



26/5. ábra. Piktogramok és ideogramok a Bliss-nyelvből



26/6. ábra. Egyénre szabott Bliss-tábla



26/7. ábra. Egy mondatnyi üzenetet hordozó kommunikátor

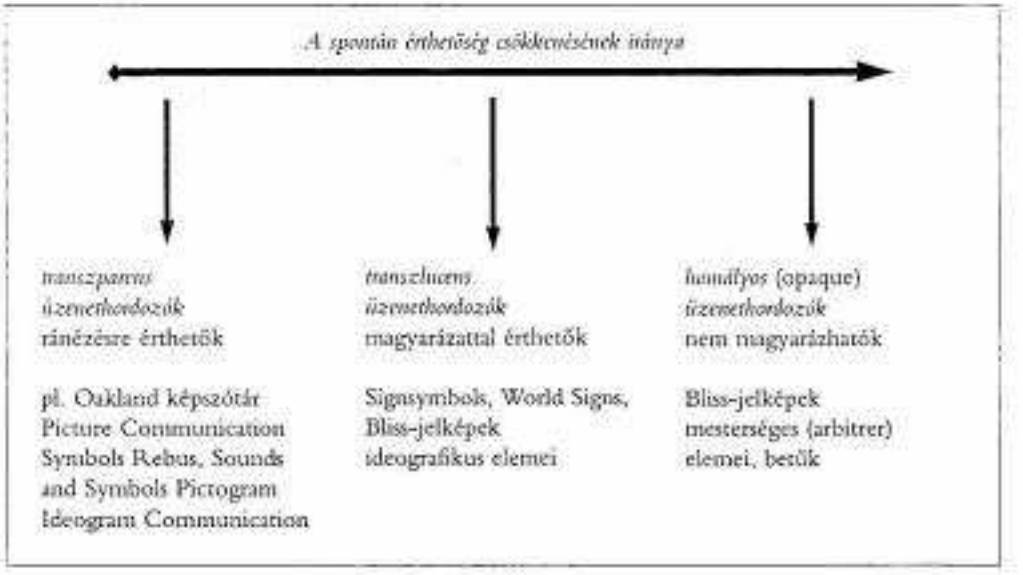


26/8. ábra. Beszédszintetizátorral összekapcsolt, fejpálcával működtetett számítógép

statikus rendszerek nagy előnye, hogy használatukkal gyakorlatilag kiküszöbölhetők a mozgássérültségből adódó korlátok, s minimális oktatás után, szinte azonnal használatba állíthatók. Nem szükséges hozzájuk értő környezet sem, hiszen az üzenethordozókat kötelezően kísérő írott szavak, kifejezések bárki számára olvashatók, a szóképek folyamatos jelenléte pedig megalapozhatja az írás, az olvasás elsajátítását. A hátrányok közé sorolják e rendszerek munkaigényességét, hiszen a változó igényeknek és körülményeknek megfelelően, a kommunikációs táblákat mindig újra és újra kell alkotni. Nem is mindig praktikusak, bizonyos helyzetekben nehezen használhatók (pl. játszótér, fürdőkád), s ha a környezet nem figyel eléggé, vagy a használó nem tekinti szinte testrészének („a nyelvének") a kommunikációs tábláját, gyakran éppen akkor nincs kéznél, amikor a legnagyobb szükség lenne rá. Abban a pillanatban pedig, ahogy az egyszeri, házilag összeállított, rajzolt, ragasztott stb. táblát felváltják és/vagy kiegészítik a gépek, a rendszer drágává és megfelelő karbantartás és pótalkatrészek híján kiszámíthatatlanná válik.

Az érthetőség problémája

Statikus rendszerek esetén gyakran használunk képeket, jelképeket. A *piktogramok* általában képszerű hűségük miatt egyértelműek, az *ideogramok* elvontabbak, s inkább az adott dolog, fogalom lényegét igyekeznek megragadni a grafika nyelvén. Szakmai vita dúl akörül, hogy melyikkel lehet hatékonyabban kommunikálni: a piktogramokat (l. a 26/4. ábra PCS képeit és a 26/5. ábra piktogramjait) ugyanis, a tartalom és a forma közti logikus összefüggésnek köszönhetően, mind tanítani, mind használni könnyű, azonban csak alacsony szintű, erősen konkrét közléseket tesznek lehetővé. Az ideogramok (l. a 26/4. ábra Oakland „éhes" képét és az 26/5. ábra ideogramjait) oktatása, a tartalom és a forma nem szükségszerű, olykor önkényes kapcsolata miatt bonyolultabb, jelentésüket sokkal nehezebb demonstrálni. Az előbbinél azonban sokkal előnyösebben befolyásolják a fogalmi gondolkodás fejlődését és lényegesen magasabb szintű kifejezést tesznek lehetővé. E különböző rendszerek az ún. *ikonicitás skálán* helyezhetők el *(26/9. ábra)*, s az oktatást mindig a növendék aktuális szintjén célszerű elkezdeni. Természetesen a hosszú távú oktatási tervben ott szerepel a fejlettebb szintű kommunikáció mint cél: ez nemcsak az üzenethordozók számának vagy az üzenettovábbítás sebességének növekedését, hanem a magasabb nehézségi fokú elemek használatát is jelenti. Ezért előnyösek azok a rendszerek, pl. a Bliss-nyelv, amelyekben mind a három szint megtalálható, s így a rendszer változtatása nélkül, azon belül lehet törekedni az egyre elvontabb elemek beépítésére. Ez egyben biztosítja az alkalmazott nyelvtani szerkezetek anyanyelvi struktúrákhoz való közelítését is (Kálmán és Kassai, 1987).



26/9. ábra. Az ikonicitás skála

A KÉSZSÉG (SKILL) ÉS A STRATÉGIA

Soha nem szabad szem elől téveszteni, hogy az AAK célja és értelme nem a még oly előnyös hatású oktatási folyamat, hanem a kommunikáció maga. Igen sok oktató számára az oktatás az órán kezdődik és ott is fejeződik be. Figyelmének középpontjában a növendék órai teljesítménye áll, s nem tartja a programhoz tartozónak a tanultak használatba vételéhez szükséges fortélyok megtanítását és a gyakorlási lehetőségek megteremtését. Pedig e két utóbbi nélkül munkája eleve kudarcra ítéltetett. Ahhoz, hogy valaki valóban képes legyen az AAK révén kommunikálni, nemcsak ismernie és használnia kell tudni a saját rendszerét, hanem a kommunikációs labdajátékkal, más kifejezéssel élve, a *stratégiákkal* is tisztában kell lennie. A kommunikációs folyamatban való aktív részvétel, a valódi partnerség azt jelenti, hogy valaki képes a kommunikációs aktus irányítására, azaz kezdeményezésre vagy megszüntetésre, az irány, a tartalom, a forma, az időtartam stb. módosítására. Tehát elsősorban a rendszer fejlett használata és a használat során alkalmazott ügyes stratégiák tesznek valakit *kompetens kommunikátorrá (26/4. táblázat)*. A tapasztalat azt mutatja, hogy az oktatók általában kreatívan, lelkesen és ügyesen megtanítják mindazt, amit a „készség"-csoportba lehet sorolni, így az üzenethordozó elemeket, azok értelmének magyarázatát, gyakorlatias táblákat állítanak össze és jól fejlesztik a mutatáshoz szükséges készségeket. Ami azonban a használati stratégiákat illeti, azok rendre kimaradnak az oktatásból. Mivel természetes modell híján az AAK-használó nem képes az életben megtapasztalni, hogyan kell hatékonyan kommunikálni AAK eszkö-

26/4. táblázat. Az AAK hatékony használatának feltételei

	Készség	Stratégia
Mihez szükséges?	Lehetővé teszi magának a módszernek, az eszköznek, a gépnek a használatát	Lehetővé teszi, hogy a módszer, az eszköz, a gép használata hatékony legyen
Mire vonatkozik?	Ügyesség: motoros, nyelvi, szociális	Specifikus használati mód, a kommunikációs folyamatok irányításának és befolyásolásának képessége
Oktatása	Tanítható, tanulható	Direkt módon nem tanítható
Modellképzés lehetősége	Modellálható	Spontán nem modellálható
Elsajátítása	Az idővel és gyakorlással növelhető	Csak tudatosan megtervezett modellhelyzetekben gyakorol/tat/ható

zök útján, az oktatónak kellene megteremtenie azokat a mesterségesen előkészített és kidolgozott helyzeteket, amelyekben az ilyen személy is gyakorolhatja sajátos kommunikációs eszköze használatát (pl. egyszerű vásárlási helyzet, apró megbízás intézése a szomszéd osztályban, üzenet átadása a szülőnek stb. stb.). Ha ez nem történik meg, az augmentatív kommunikáció kettőjük belügye marad, s mint minden, ami nem funkcionális, elsorvad.

Diagnosztikai buktatók

A „kit" és a „mikor" egyszerűen megválaszolható: mindenkit oktatni kell kommunikációra, akinek erre szüksége van. Direkt kommunikációképzést másfél éves kor alattiaknál nem érdemes elkezdeni, indirekt módszerekkel viszont már hathónapos kortól lehet próbálkozni. A részképességek – figyelem, kooperáció, formaháttér elkülönítés, tárgyállandóság, szimbolikus gondolkodás stb. – hiánya vagy zavara esetén az oktatást nyilván ezek kialakításával, fejlesztésével kell elkezdeni.

Lényegesen nehezebb kérdés, hogy kinek milyen rendszert kell vagy lehet felajánlani. Ennek eldöntésére szolgál a *kommunikációs szükségletek felmérése*, az ún. *diagnosztikai próbatanítás* és a *periodikus újraértékelés*. A *kommunikációs szükségletek felmérése* során – kikérdezés, megfigyelés, környezeti beszámolók stb. útján – feltérképezzük az illető szokásait, kapcsolatait, életének színtereit, eseményeit stb., s lehetőleg a valós élethelyzetekben megfigyelt interakciók elemzésével kíséreljük meg kideríteni, hogy melyek azok, amelyekben tipikusan kommunikációs vákuum alakul ki közte és a környezete között. is. Ennek a folyamatnak a során nem arra vagyunk ki-

váncsiak, hogy mi mindent nem tud az illető. Sokkal fontosabb, hogy felmérjük egyrészt az igényeit, másrészt aprólékos gonddal készített, ún. készségszótár alapján megismerjük a kommunikációs eszköztárát, hiszen rendszerünket a meglévőre kell alapoznunk, azt kell majd *augmentálnunk*.

A *diagnosztikai próbatanítás* több hónapon át is tarthat, s a gazdagabb megfigyelési lehetőségek révén a tanithatóság jellegzetességeire ad választ. A diagnosztika további igen fontos szabálya az évenkénti ismétlés, az ún. *periodikus újraértékelés*. Normális viszonyok között mind a kommunikációs igények, mind pedig a körülmények gyakorta változhatnak. A kommunikációs igények változó elemei az életkor, a családi körülmények, az adódó kommunikációs lehetőségek, a kínálkozó tevékenységek, a fejlődés, míg a körülményekét többek között a környezet, a rendelkezésre álló eszköztár, a fizikai adottságok és az oktatási feltételek változásai adják (Porter és Kirkland, 1995).

Az oktatás menete

Kicsi gyermekeknél az oktatás két pilléren nyugszik: az egyik a *választás*, a másik a korai *géphasználat* megtanítása.

A *választások*, a napi apró döntések természetszerűleg adódnak az egészséges gyermekeknél: maga dönti el, hogy mivel kezdi a reggelit, a kiflivel-e vagy a tejjel, melyik pólóját húzza ki a szekrényből, egyszerre hány játékot vesz le a polcról, a játszótéren a hintára ül-e vagy a mászókán próbálkozik. Mind megannyi választási helyzet, amelynek során a gyermek gyakorolja a döntéshozatalt és megtanulja viselni ezek következményét. A súlyosan sérült gyermeknél mindezek a lépések kimaradnak, hiszen a korlátozott mozgása és kifejezésmódja miatt a környezete általában nem is feltételezi róla, hogy képes lenne vagy igényelné meghozni ezeket az apró döntéseket. E gyermekek legtöbbjének határozott igen-nem válasza sincsen, tehát magának a választás technikájának a megtanulása is feladatot jelent számukra *(26/10. ábra)*. A választás azért alapkészség az AAK használatánál, mert az illetőnek a későbbiek során minden egyes pillanatban, minden közlés és válasz előtt el kell majd döntenie, hogy a rendelkezésére álló üzenethordozók közül melyik az, amelyikkel a leggyorsabban, leghívebben, tehát leghatékonyabban fejezheti ki önmagát az adott helyzetben.

A mozgásában és kommunikációjában súlyosan korlátozott személy számára a számítógép nemcsak az oktatás, a kommunikáció és a szabadidő eltöltésének az eszköze, hanem a jövőbeli értelmes munkavégzés záloga is. Ezért létfontosságú, hogy minél korábban *elsajátítsa a gép használatát*. Ehhez az út a kapcsolóval működtethető játékokon keresztül vezet: aki egyszer megtanulja, hogy egy kapcsoló lenyomásával valamilyen hatást képes kiváltani, s azután azt a hatást tudatos kapcsolóhasználattal ismételten el akarja érni (pl. megsétáltatni a játéknyuszit), lényegében megértette a számítógépkezelés alapjait *(26/11. ábra)*.



26/10. ábra. Az igen-nem kialakítása, a választás gyakorlásával



26/11. ábra. Kapcsolóhasználat gyakorlása

Bárminémű AAK oktatás során élni kell a gyógypedagógia teljes, egyénre szabott eszköztárával, mindig szem előtt tartva, hogy az oktatás soha *nem a kommunikációra való felkészítést jelenti, hiszen a kommunikáció örök és állandó, s mindig az „itt és mostban", a jelenben történik.*

Az ezredforduló kérdései

Az AAK oktatás két legégetőbb ezredfordulós problémája a „beszélni vagy kommunikálni", s a technika ideális arányainak megtalálása.

Az első kérdés sarkítottan úgy vetődik fel, hogy *lehet-e beszélni kommunikáció nélkül, illetőleg hatékonyan kommunikálni nyelv nélkül?* A kommunikáció központú megközelítés hívei szerint a nyelv sem nem szükséges, sem nem elégséges a hatékony kommunikációhoz. A nyelv a kommunikatív kompetencia csupán egyik megjelenési formája, amely nem szükségszerűen jár együtt a hatékony kommunikáció képességével. A nyelv csak akkor szolgálhatja a hatékonyabb kommunikátorrá válást, ha az illető rendelkezik az elemibb készséggel, a kommunikálás képességével (Rowland, 1999).

A nyelv elsőbbrendűségét hirdetők ezzel szemben azt vallják, hogy a nyelv olyannyira alapvetően humán kincs, hogy a nyelvvel való kommunikáció adja az emberi lét, az „embernek lenni"-ség esszenciáját. Egyetlen más kommunikációs rendszer, így a legjobb AAK módszer vagy technika sem rendelkezik a nyelv valamennyi olyan sajátosságával, mint amilyen a kreativitás, a rugalmasság, a többértelműség, a fejlődés. A nem nyelvi alapú kommunikációs formák tehát nem engedik, hogy az emberi lény valóban az ember szintjén kommunikáljon (Baker, 1999). Természetesen e kérdésre nem lehet egyértelműen válaszolni. Jól ismertek kiváló verbalitású, alacsony hatékonysággal kommunikáló emberek (unalmas szónokok, rossz tanárok stb.), s olyanok is, akik egyetlen nyelvet sem beszélnek, mégis a világ bármely pontján kitűnően boldogulnak. Azt azonban nem árt szem előtt tartani egyetlen AAK oktatónak sem, hogy verbalitásra épülő világunkban az emberek mégis-csak azt tartják hatékonyabb kommunikátornak, aki, ha minimális szinten is, de képes valamilyen módon beszélni, s azt gazdagon tudja nonverbális modalitásokkal kiegészíteni (Bedrosian, 1999). E felismerésnek két igen fontos tanulsága van. Az egyik az, hogy *soha, semmilyen körülmények között nem szabad lemondani az AAK oktatásával párhuzamosan zajló beszédfejlesztésről.* A másik tanulság, hogy *az AAK-használót minden létező eszközzel bátorítani kell az összes elképzelhető nonverbális kommunikációs lehetősége kiaknázására,* legyen az egy mozdulat, egy kifejező fintor, figyelemfelhívó hang vagy bármi egyéb.

Ami a másik fő kérdést illeti, nevezetesen, hogy *segíti-e vagy hátráltatja a technika a kommunikációt,* utalunk az AAK technikai fejlődésénél írottakra: önmagában sem ezt, sem azt nem teszi. Erőteljes eszközöket biztosít számunkra ahhoz, hogy vele-

született készségeinket kiegészítsük, vagy a hiányzókat helyettesítsük vele és általa, de nem szabad elfelejteni, hogy a legintelligensebb gép is csak eszköz, amelyet emberi agy talál ki és ember hoz működésbe (Waller, 1999). Csak tudatosan és csakis akkor szabad használni a technikát, ha az a rászoruló ember kommunikációs lehetőségeinek tényleges bővítését jelenti. Sajnos, a technikai fejlődés más problémákat is felvet: míg a jóléti társadalmakban egyre természetesebb, hogy állampolgári jogon lehet hozzájutni a legmodernebb gépekhez, a szegényebbek számára elérhetetlen álom marad a legegyszerűbb kis kommunikátor is.

Az AAK oktatás hatékonyságának kérdései

Az AAK oktatása igen költséges, szakember- és eszközigényes folyamat, amelynek csak lassan és apránként jelentkeznek az eredményei. Mind az oktató, mind a használó és családja, mind pedig az intézményt fenntartó és üzemeltető részéről gyakran merül fel a kérdés, hogy vajon mennyire hatékony és hatásos ez a munka. A jelenleg adható válasz az, hogy még azt sem tudjuk, ezen a területen mi tekinthető hatékonyságnak, hatásosságnak és hatásnak (Calculator, 1999). A *pedagógus* szempontjából az számít, hogy sikeres-e az adott technika az adott egyénnél, hatásosabb-e az AAK más módszereknél, eredményez-e valódi, jelentős, életminőségbeli változást. A *szakmai és gazdasági vezetés* egészen más szempontok alapján ítél: hány személyt látott el az intézmény és a pedagógus adott idő alatt; hány kommunikációs tábla készült, összességében hány órát adtak; megfeleltek-e a tantervi követelményeknek; mennyi anyagot, eszközt, gépet használtak fel. A legérdekesebb azonban a *kutató* dilemmája, aki azon töpreng, hogy *mit kellene egyáltalán kérdezni, mi az, ami valójában az oktatás eredményességét mutatja?* Az időfaktor, vagyis hogy a növendék mennyi idő alatt sajátítja el az AAK használatát? A számok, hogy mennyivel több jelképet/képet/szót használ? A sebesség, azaz hogy rövidebb idő alatt többet tud kifejezni? Vagy a stratégiai képességek javulása (pl. hogy minimális üzenethordozóval maximálisan kielégíti a kommunikációs igényét, esetleg spontán és/vagy gyakrabban kezdeményez kommunikációs aktust)?

A kérdésekre adandó válaszokat nehezíti, hogy az AAK interakciók hatását számtalan tényező befolyásolja, pl. az eszköz/rendszer jellemzői, az AAK-t használó ember sajátosságai, az AAK iránti attitűd, a nyelvi és a szociális készségek, a kommunikációra való motiváltság, a kommunikációs partner jellemzői, az AAK oktatás természete és tartalma, a kommunikációs lehetőségek stb. (Calculator, 1999). Ezek mellett, mint minden humán interakció során, a gyógypedagógiában sem csak a módszertől függő, specifikus hatásokra lehet számítani, hanem figyelembe kell venni a számos nem specifikus, mégis erőteljesen ható tényezőt is. Ilyen maga a foglalkozás, az odafigyelés, az új ingerek, a pozitív környezeti hatások, a saját részvétel mértéke, a sikerélmény, az oktató és az oktatott között kialakuló érzelmi kapcsolat

motiváló ereje, az általános fejlődés és érés, az alkalmazott módszerek általános idegrendszeri stimuláló hatása stb. (Illyés, 1998).

Tehát az AAK oktatás hatását és hatékonyságát csak erősen komplex, igényes és kritikusan összeállított, szigorú szempontrendszer alapján lehetne megítélni, ennek kidolgozása azonban még várat magára.

Együttműködési kötelezettség az AAK oktatás során

A kommunkáció oktatása, mint ahogy maga a kommunkáció is, nem történhet légüres térben, annak sok szállal kell kapcsolódnia mind az oktató, mind pedig az oktatott környezetéhez.

Az oktatott környezete. Az AAK oktatása rendszerint valamely közösség, óvoda, iskola, lakóotthon, esetleg egyéb bentlakásos intézmény (kórház, intézet) keretei között történik. Az órákon elsajátított tudást azonban csak maga a környezet alakíthatja készséggé a mindennapok során: a szülő, aki a napi együttlét ismétlődő helyzeteiben felajánlja a választás lehetőségét két tevékenység, ruha, étel stb. között; a gondozónő, aki odafigyel az illető jelzéseire és alkalmat teremt a kérdezésre; a gyógytornász, aki ügyel rá, hogy a gyakorlatok közben is legyen mód a közben felmerülő gondolatok megosztására; a személyi segítő, aki apró feladatokkal bízza meg, amelyek teljesítéséhez élnie kell az AAK adta lehetőségekkel; a pedagógus, aki elvárja, hogy szaktárgya tanulása s a tudás kontrollja során használja a kommunikációs eszközét stb. Ehhez a támogató, aktív együttműködéshez alapvetően fontos, hogy a környezet tájékoztatást kapjon az AAK oktatásának céljáról, módjairól, természetéről, s a folyamatban játszott esetleges saját szerepéről. Ez a felvilágosítás és minden érintett bevonása az AAK oktatójának saját kötelessége és felelőssége, amelynek elmulasztása kudarchoz vezet.

Az oktató környezete. Az AAK nem követel önálló teret semmilyen környezetben, szervesen illeszthető az ott folyó munkához, alaposan megkönnyítve azt. Ideális esetben az AAK oktató szoros együttműködésben dolgozik kollégáival, akiket rendszeresen tájékoztat terápiás terveiről, eredményeiről és nehézségeiről. Időről időre megbeszélik, hogy a többi oktatónak milyen kommunikációs nehézségek megoldásához lenne szüksége segítségre: pl. tematikus tábla kellene a földrajz- vagy az irodalomórákra, esetleg a visszatérő viselkedészavart magyarázó kifejezésekre lenne szükség – haragszom, nem jól érzem magam, szeretnék valamit mondani stb. –, vagy éppen a közelgő kirándulás képpel vagy jelképpel történő feldolgozását kéri. Az AAK oktatónak egyeztetnie kell a logopédussal, hogy sajátos eszközeikkel hogyan tudják ugyanazt a célt szolgálni, s fel kell keresnie a gondozókat, személyi segítőket is, hogy velük is megbeszélje, hogyan hasznosíthatnák a növendék AAK tu-

dását. A mozgásfejlesztéssel foglalkozó szakemberektől segítséget kaphat ahhoz, hogy megtalálhassák a kommunikációs helyzethez legmegfelelőbb ültetési, pozicionálási módot. A számítástechnikussal együttműködve kidolgozhatják a géphasználat módjait, közösen átgondolhatják, melyik hardver, melyik szoftver lenne az ideális az adott növendék számára.

Mint ahogy a kommunikáció a társadalmi integrációt szolgálja, ugyanúgy kell az AAK oktatónak is integratív, aktívan, nyíltan együttműködő szerepre törekednie az adott oktatási közösségen belül, hiszen egyedül ez a szemlélet teheti eredményessé a komplex kommunikációfejlesztést.

Jelenleg a világ közel száz országában szolgálja az AAK a kivülrekesztettség megszűnését, a tanulás, a munka, az önálló élet, a párkapcsolat, az alkotás lehetőségét. Nem kétséges, hogy a téma iránt vonzódó fiatal szakemberek csatlakozásával és a technika további fejlődésével az AAK még sok meglepetést tartogat az emberiség számára.

Irodalom

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA) (1981) *Position statement on nonspeech communication.* ASHA, 23, 577.

BAKER, A. (1999) *Engem Tarzan, te lenni Jayne: lehet-e hatékonyan kommunikálni nyelv nélkül?* In: Kálmán Zs. (szerk.) *AAK-füzetek II.* Bliss Alapítvány, Budapest, 10–15.

BEDROSIAN, J. L. (1999) *A Tarzan-dilemma feloldása: lehet-e hatékonyan kommunikálni nyelv nélkül?* In: Kálmán Zs. (szerk.) *AAK-füzetek II.* Bliss Alapítvány, Budapest, 16–23.

BANK-MIKKELSEN, N. (1969) *A metropolitan area in Denmark: Copenhagen.* In: Zangari, C., Lloyd, L., Vicker, B. (1994) *Augmentative and Alternative Communication: An Historic perspective.* In: *Augmentative and Alternative Communication,* 10/1. 31.

BEUKELMAN, D. R., MIRENDA, P. (1992) *Augmentative and Alternative Communication – Management of Severe Communication Disorders in Children and Adults.* Paul H. Brookes, Publ. Comp., Baltimore.

BUDA B. (1974) *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei.* MRT Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest.

BUDA B. (1993) *Kontextus és kommunikáció az emberi kapcsolatokban.* In: Buda B. *A pszichoterápia alapkérdései - Kapcsolat és kommunikáció a pszichoterápiában (Válogatott tanulmányok).* Országos Alkohológiai Intézet, Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozásért Alapítvány, Budapest.

BUDA B., LÁSZLÓ J. (1981) *Beszéd a szavak mögött.* Membrán könyvek, MRT Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest.

BUNNEL, H. T., POLIKOFF, J., PETERS, S., KADAMBE, S., MINEO, B. (1992) *Progress in computer enhancement of dysarthric speech.* In: *Augmentative and Alternative Communication*, 8., 121–124.

CALCULATOR, S. (1999) *AAC Outcomes for Children and Youths with Severe Disabilities: When Seeing is Believing.* In: *Augmentative and Alternative Communication*, 15., 4–12.

GALYAS, K., HUNNICUTT, S. (1986) *Recent developments with speech synthesis at the Royal Institute of Technology.* In: *Augmentative and Alternative Communication*, 2., 88.

GALYAS, K., FANT, G., HUNNICUTT, S. (1993) *Voice output communication aids.* Handikäppinstitutet, Vällingby.

HÁMORI J. (1985) *Nem tudja a jobb kéz, mit csinál a bal...* Kozmosz könyvek, Budapest.

HORÁNYI Ö. (1975) *Jel, jelentés, információ.* Magvető, Budapest.

ILLYÉS S. (1998) *A gyógypedagógiai kutatás feltételei* . A BGGYTF ünnepi tudományos ülésén elhangzott tudományos előadás. BGGYTF, Budapest

KÁLMÁN ZS. (1989) *Kommunikáció Bliss-nyelven.* Bliss Alapítvány – Origo-press, Budapest.

KÁLMÁN ZS., KASSAI I. (1987) *Bliss-jelképszótár.* Másokat Segítő GT Táltos Kiadó, Budapest.

MUSSELWHITE, C., ST. LOUISE, K. (1988) *Communication programming for with severe handicaps.* College-Hill Press, Boston.

PLÉH CS., TERESTYÉNI T. (1997) *A kommunikáció kutatása a szemantika és pragmatika határán.* In: Pléh Cs. és mtsai. (szerk.) *Nyelv – Kommunikáció – Cselekvés.* Osiris, Budapest, 7.

PORTER, G., KIRKLAND, J. (1995) *Integration of Augmentative and Alternative Communication into Group Programs: Utilising the Principles of Conductive Education.* Spastic Society of Victoria, Victoria, Aus.

ROWLAND, Ch. (1999) *Engem Tarzan, te lenni Jayne: lehet-e hatékonyan kommunikálni nyelv nélkül?* In: Kálmán Zs. (szerk.) *AAK-füzetek II.* Bliss Alapítvány, Budapest, 1–9.

SILVERMAN, H. (1980) *Communication for the speechless.* Prentice-Hall, Engelwood Cliffs.

SILVERMAN, H., MCNAUGHTON, S., KATES, B. (1978) *Handbook of Blissymbolics.* Blissymbolics Communication Institute, Toronto.

SPRINGER, S. P., DEUTSCH, G. (1985) *Left Brain, Right Brain.* W. H. Freeman and Company, New York.

WALLER, A. (1999) *Mikrochip vagy mikrokultúra?* In: Kálmán Zs. (szerk.) *AAK-füzetek II.* Bliss Alapítvány, Budapest, 38–41.

WHITAKER, H. A. (1998/a) *Neurolinguistics from the Middle Ages to the Pre-Modern Era Historical Vignettes.* In: Stemmer, B., Whitaker, H. (szerk.) *Handbook of Neurolinguistics.* Academic Press, San Diego, 27–54.

WHITAKER, H. A. (1998/b) *Electrical Stimulation Mapping of Language Cortex*. In: Stemmer, B., Whitaker, H. (szerk.) *Handbook of Neurolinguistics*. Academic Press, San Diego, 125–130.

ZANGARI, C., LLOYD, L., VICKER, B. (1994) *Augmentative and Alternative Communication: An Historic perspective*. In: *Augmentative and Alternative Communication*, 10/1., 27–59.

Zsoldos Márta

27.

KOGNITÍV FEJLESZTŐ TERÁPIA A MODERN GYÓGYÍTÓ PEDAGÓGIÁBAN

A KOGNITÍV PSZICHOLÓGIAI IRÁNYZAT HATÁSA A GYÓGYPEDAGÓGIÁRA

A „megismerő ember újrafelfedezését" elvállaló kognitív pszichológia alig három évtizedes múltra tekint vissza. A rövid idő alatt forradalmi szemléletváltozást hozó, megújulásra kész irányzat megszületése több diszciplína – a nyelvészet, az informatika, a logika, az ismeretelmélet és a pszichológia – erős kölcsönhatására vezethető vissza. A fiatal tudományterületen belül ma már többféle koncepció, szemléletbeli és módszertani felvetés létezik (Pléh, 1992), és jól körülhatárolható az a részterület, amelynek fő témája a kognitív képességek működése és fejlődése. Ennek, a gyógypedagógiai tevékenységgel szoros összefüggést mutató részterületnek a kutatását hosszú időre meghatározta az az információ feldolgozási modell, melynek egyik úttörő képviselője a pszichológia tudományban Ulrich Neisser, újraértelmezte az ingerfelvétel és -feldolgozás folyamatát. Nézete szerint a kogníció úgy definiálható, mint a tudás működése, amely az ismeretek megszerzéséből, megszervezéséből és alkalmazásából áll. A kognitív pszichológia tárgya a megismerés, vagyis a tág értelemben vett tanulási folyamat vizsgálata. A számítógép működési sémáját követve, a megismerő embert, mint információfeldolgozó rendszert mutatja be. Erős leegyszerűsítéssel a kogníció a következő három fő, egymásra épülő, egyre magasabb szintű folyamat sorrendjeként fogható fel: 1. az érzékszervek felveszik az információkat, 2. a vizuális, akusztikus, taktilis, téri észlelési képességek kiértékelik, dekódolják azokat, 3. a magasabb rendű kognitív funkciók segítségével megtörténik az értelmezésük, beépülnek a meglévő ismeretek rendjébe, vagyis ezzel létrejön a tudás belső reprezentációja. Mindezek alapján a kognitív képességek egy hierarchikusan szerveződő struktúrában helyezhetők el. Neisser úgy gondolja, hogy a megismerési rendszer három „alappillérre" támaszkodva épül fel, amelyen a figyelmi, az észlelési és az emlékezeti képesség kölcsönösen egymásraható, integrált együttműködését érti. Ha a Neisser-i modell szerkezetét durván leszűkítjük, akkor a figyelem úgy értelmezhető, mint észlelés, mivel valójában azt észleljük, értékelhető és értelmezhető tapasztalatként, amit a figyelmünk kísér, és azt is tudjuk felidézni hosszabb távon. Tehát az emlékezet függ a figyelemtől.

A Neisser-féle újraértelmezésben – lényegében véve – annak a feltevésnek van központi szerepe, hogy „az észlelő rendelkezik bizonyos kognitív struktúrákkal,

úgynevezett sémákkal, amelyek funkciója a környezet által kínált információ felvétele" (Neisser, 1976; 1984, 10.).

„Az emberi megismerés általános lehetőségét firtató" Piaget munkássága szintén jelentős befolyással volt a kognitív pszichológiai képességekkel foglalkozó szemléletek alakulására. Koncepciójában a megismerési képességek (észlelés, emlékezet...) fejlődését az asszimiláció, az akkomodáció, illetve a kettő közti egyensúlyt teremtő adaptáció fogalmával magyarázza. Az „embert aktívan megismerő, cselekvésében fejlődő organizmusként" mutatja be, melyben meghatározónak véli a belülről létrejövő szenzomotoros szerveződések, struktúrák minőségét. A nyelvi rendszer kialakulását is ide, az értelemfejlődés elemi szenzomotoros szakaszára vezeti vissza, és a megismerés fejlődését az „egyre tökéletesebb adaptációban" látja (Jetter cit. Zászkaliczky, 1997, 35.; Pléh, 1992, 292.).

A Piaget-i nézetet követő fejlődéslélektani, illetve fejlesztő pedagógiai elemzésekben is olyan modelleket írnak le, melyekben a „szenzomotoros és a kognitív funkciók ontogenezise az alacsonyabb és magasabb szintű folyamatok egymásra épülő rendjében valósul meg. E folyamatok összerendeződését, integrált működését, valamint a funkciórendszerek kialakulását az agyi érés szerepével hozzák összefüggésbe" (Gerebenné, 1998, 29.). A kogníciót „folyamat-egésznek" tekintik, amelynek körülhatárolt részei, az úgynevezett részképességek: a figyelem, az észlelés, az emlékezet, az intermodális integráció (összetartozó vizuális, auditív, taktilis észleletek összekapcsolása), a szerialitás (észleletek sorrendi szerveződése) és a téri orientáció. A részképességek tehát elemi „bázis funkciók", amelyek előfeltételei a fejlettebb komplex mentális műveleteknek, a problémamegoldó gondolkodásnak, az intelligenciának, a nyelvi kommunikációnak, az olvasási, írás- és számolási készség megtanulásának (Affolter, 1972; Gerebenné, 1995; Sindelar, 1994). Ezek, a kognitív hierarchia magasabb szintjein, a tudás belső reprezentációjában közreműködő összetett képességek, készségek sajátosan emberi megismerési működések (Csapó, 1992; Nagy J., 1998).

A KOGNITÍV FEJLESZTŐ TERÁPIA KAPCSOLATA A MODERN GYÓGYÍTÓ PEDAGÓGIÁVAL

A kognitív terápia – tág értelemben – olyan eljárás, mely az események automatikus feldolgozása helyett „megtanítja" az adott szituáció információira való összpontosítást, vagyis megpróbálja csökkenteni a téves előfeltevések, „sémák" alkalmazását. Sokféle módszert alakítottak ki arra, hogy a terápiában részt vevő személy legyőzze hamis sémáit és képes legyen újak kialakítására, vagyis a kognitív keretek átstrukturálására. Az eredendően a viselkedés befolyásolását, illetve rendezését szolgáló terápiás eljárás hosszú távú célként a problémamegoldó készség javítását jelöli

meg. A problémamegoldások, illetve a teljesítmények tudatos cselekvésegységeket jelentenek. Ezeket a cselekvő akarata, motivációi, figyelmi szintje, érzékelése, észlelése és megismerési rendszerének egyéb összetevői vezérlik. A terápiás folyamat során önszabályozásra képes, dinamikus „viselkedéskorrekció" történik, mely hozzásegít ahhoz, hogy önállóan legyőzhetők legyenek az újonnan keletkező problémák (Carver, Scheier, 1998).

A kognitív terápia eredetei elvét érvényesítve dolgozták ki a megismerési képességek fejlesztését célzó módszereket, melyekben a cselekvésegységeket kognitív alkotóelemeikre bontják, és az így felismert részképesség-gyengeségeket szisztematikus funkcionális gyakorlással javítják (Illyés, 1980, 1992).

A kognitív fejlesztő terápia és a gyógyító pedagógia kapcsolatának eredete – sajátos módon – sokkal korábbra tehető, mint a hatvanas évek új pszichológiai diszciplínájának megszületése. Ugyanis az olyan alapvető képességek tréningje, mint a figyelem, az érzékelés-észlelés vagy az emlékezet, kezdettől fogva szerves részként beépült a gyógypedagógiai oktató-nevelőmunkába. Tartalmában, módszereiben minőségi változást hozott a kognitív pszichológiai irányzat elterjedése, a fogyatékos gyermekek korai fejlesztését ellátó hálózat kiépülése, az integrált oktatási törekvések megjelenése, a folyamatdiagnosztikai szemlélet előtérbe kerülése, illetve a gyógypedagógus terapeuta képzés meginditása is.

A terápiás gyakorlat kognitív képességek felé fordulásában ugyancsak döntő jelentősége volt a hatvanas évek közepétől sok szakmai vitát kiváltó tanulási zavar előtérbe kerülésének, mely – végső soron – a többségi általános iskolák sürgős megoldást kívánó feladataként jelenik meg a pedagógiai figyelem középpontjában. Az etiológiai alapú osztályozási trendet követve „az egyik leggyakoribb előfordulású speciális alcsoportba azok a neurogén tanulási zavarok (vagy részképesség zavarok) tartoznak, amelyek a tanulási folyamatok egyes tartományait és különböző szerveződési szintjeit érintve, elsődlegesen a központi idegrendszer kisfokú működési zavarainak következtében jönnek létre" (Gerebenné, 1995, 242.). A befolyásolásukra kidolgozott kognitív fejlesztő terápiák gyökerei a megismerési részképességek funkcionális tréningjét hangsúlyozó gyógypedagógiai technikáig vezethetők vissza. Közülük több módszer kidolgozására jelentős hatást gyakorolt a Lurija–Vigotszkij-féle neuropszichológiai iskola szemlélete.

Ma már figyelemre méltó azoknak a kognitív fejlesztő terápiáknak a száma, amelyek Magyarországon is elérhetők a szakemberek számára. A hazai gyakorlatban ismert módszer – többek között – Marianne Frostignak a vizuális észlelést fejlesztő programja, Jean A. Ayres szenzomotoros integrációs terápiája, Felice Affolter és Heide Helstab észlelésfejlesztő eljárása vagy Brigitte Sindelar kognitív fejlesztő programja. A magyar szakemberek által kidolgozott eljárások közül – a teljesség igénye nélkül – meg kell említeni Porkolábné Balogh Katalin komplex prevenciós óvodaprogramjának a kognitív fejlesztéssel foglalkozó részterületeit, Gósy Máriának a beszédészlelést fejlesztő eljárását, Nagyné Réz Ilonának a térbeli tájékozódást fej-

lesztő terápiáját, Rosta Katalin testséma alakító módszerét és Csabay Katalin olvasás-írás előkészítő gyakorló anyagát.

A megismerési képességek fejlesztése a legutóbbi hazai közoktatási irányelvekben és az iskolai gyakorlatban is kiemelt fontosságú szempontként érvényesül. Napjaink neveléstudományának új diszciplínája a kognitív pedagógia, az oktatást a megismerési folyamatok irányításaként definiálja, amely az iskoláskorban és azon túl is alapvetően befolyásolja a kognitív fejlődés teljes egészét (Csapó, 1992; Nagy J., 1998; Mesterházi, 1998).

A továbbiakban a kognitív fejlesztő terápiák példájaként a *Brigitte Sindelar-féle módszert* mutatjuk be.

A Sindelar-féle kognitív fejlesztő program

A Sindelar-féle kognitív fejlesztő program a neurogén kóreredetű tanulási és magatartási zavarok befolyásolásának egyik lehetséges eszköze.

A módszer kidolgozója, dr. Brigitte Sindelar – osztrák klinikai pszichológus, pszichoterapeuta – sokéves diagnosztikus és fejlesztői tapasztalata alapján építette fel a fejlődéslélektani és kognitív pszichológiai elméletekre támaszkodó komplex programját. Szakmai érdeklődésének középpontjában az ismeretek megszerzésének és rendszerezésének folyamata áll, különös tekintettel az információfeldolgozást akadályozó diszfunkciók, részképesség-gyengeségek felismerésére és terápiájára. Közel két évtizede folyamatosan bővíti, alakítja módszerét, amelynek első kézikönyve 1982-ben jelent meg. Azóta több, mint 30 kiadványból álló gazdag programcsalád fűződik a nevéhez. Módszere ismert és népszerű eljárás Európa német nyelvű országaiban és Magyarországon is. Mint az adleri individuálpszichológia terapeutája több éven át dolgozott a Bécsi Egyetem Gyermekpszichiátriai és Neurológiai Klinikáján. Jelenleg fejlesztői, tanácsadói tevékenységet folytat és módszertani kiképző programok vezetője. A nevéhez fűződő eljárás magyar adaptációja és az egykori Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolával való szakmai kapcsolata 1994-ben kezdődött.

A módszer műfaji meghatározása

A Sindelar-módszer *kognitív fejlesztő terápia*, amely a tanulást megalapozó kognitív képességrendszer gyengén funkcionáló részeinek (részképességeinek) szisztematikus gyakorlását biztosítja (Sindelar, 1983, 1992–93, 1994). Ennek megfelelően a Sindelar-program egyik fő elméleti forrása a Piaget-i fejlődéslélektani iskola mellett az 1960-as évek pszichológiai kutatásaiban és szemléletében forradalmi változást hozó kognitív pszichológiai irányzat.

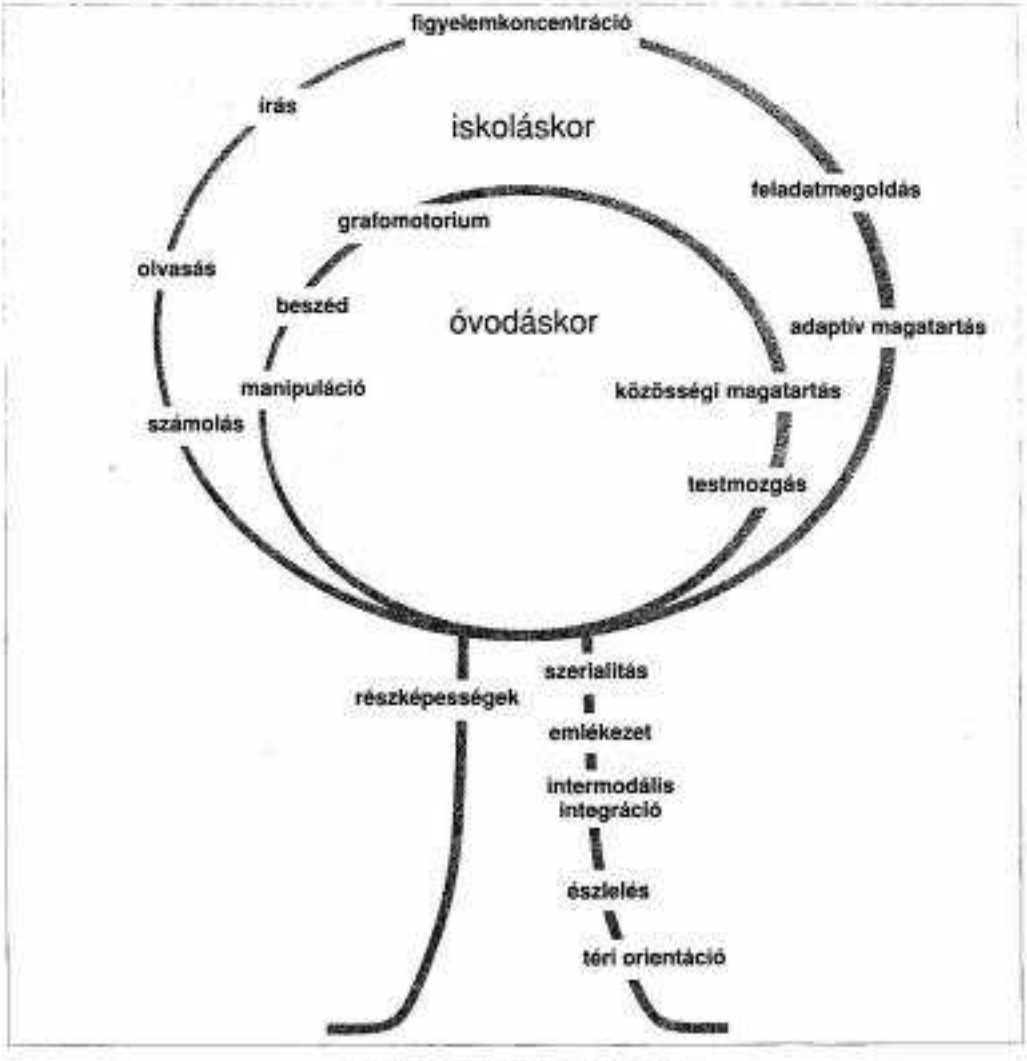
Az egyik legismertebb korai meghatározás szerint a tanulási zavar a mentális lehetőség és az iskolai siker diszkrepanciája (Myklebust, 1967). Ma a fogalmat heterogén rendellenességek összefoglaló elnevezéseként használják. Tágabb értelemben minden, az iskolai tanulási teljesítést akadályozó diszfunkciót, hátrányt e gyűjtőfogalom alá sorolnak. Feltételezik a kóreredet multifaktoriális jellegét, és az organikus károk mellett a kedvezőtlen környezeti hatásoknak is jelentőséget tulajdonítanak. Szűkebb értelemben a fogalom a kogníció részképességeinek specifikus vagy általánosabb zavarait jelenti, amelyek neurogén eredetre, minimális cerebrális diszfunkcióra (MCD), illetve a pszichoorganikus szindróma (POS) kategóriájába tartozó sérülésekre vezethetők vissza (Gerebenné, 1997). Sindelar elgondolása ehhez a szemlélethez kapcsolódik.

Koncepciója alapján a tanulási és magatartási zavarok hátterében – több más lehetséges ok mellett – viszonylag nagy gyakorisággal, 20 százalékos előfordulással figyelhetők meg a kogníció gyenge szintű részképességei. Ezek következetes, rendszeres funkcionális gyakorlását biztosítja az általa kidolgozott fejlesztőprogram. A Sindelar-féle terápia a tanult készségek elsajátításához szükséges kognitív alapok „karbantartására" szolgáló eszköz. Sindelar tanulási zavarról alkotott nézete alapján elmondható, hogy bár az eljárás sok esetben alkalmazható, ám semmiképpen nem tekinthető általánosan használható módszernek. Éppen ezért indokolt a következő fő szempontok mérlegelése a terápiás eszköz kiválasztásánál: 1. a nehézséget okozó, gyenge szinten megoldott feladatok milyen képességeket és készségeket kívánnak meg, 2. a gyermek milyen kognitív képességprofillal és releváns pszichés attribúciókkal rendelkezik, 3. milyen a külső környezeti kontextus, amelyben az alacsony teljesítőképesség megnyilvánul (Dockrell-Mc Shane, 1993).

A Sindelar-program alkalmazásánál különösen fontos, hogy a rendszeres funkcionális gyakorlást vezető személy (pl. családtag vagy nem „kiképzett szakember") tisztában legyen 1. a kognitív rendszer tanulási eredményességben betöltött szerepével, 2. a részképesség-gyengeségek teljesítményzavarban megmutatkozó következményeivel, 3. a kognitív terápia sajátosságaival, – elsősorban azzal, hogy hatása a teljesítmény javulásában csak később figyelhető meg, hiszen a gyakorlás az alapoknál, a „kognitív gyökerek" szintjén történik.

A SINDELAR-FÉLE KOGNITÍV FEJLESZTŐ PROGRAM KONCEPCIÓJA

A megismerési részképességek működése, illetve fejlődése és a tanulási teljesítmények sikeressége közötti összefüggést Sindelar egy *lombos fa-modelljében* szemlélteti *(27/1. ábra)*. Az elméleti hátteret az Affolter-féle észlelésfejlődési koncepció és a Neisser-i kognitív pszichológiai rendszer képezi.



27/1. ábra. Lombos fa-modell

A modellben *a lombkorona körvonalának rajzolata fejezi ki az aktuális teljesítőképesség, illetve a tanult készségek szintjét*, melyek az életkortól függően, óvodáskorban vagy iskoláskorban más-más megnyilvánulási formákat jelentenek. *A kogníció bázisfunkcióit a fa törzsében* ábrázolta. A korona fejlettségi szintje a törzsbeli részképességek előzetes fejlődésétől és a köztük lévő kapcsolatok alakulásától függ, hiszen a kogníció egy hierarchikus rendszer, amelynek részei harmonikus összhangban működnek. Ez a sikeres tanulás kognitív előfeltétele.

Már egy viszonylag egyszerűnek tűnő feladat vagy utasítás végrehajtásához is *számos részképesség megfelelően összehangolt együttműködése szükséges.* Például, *a „Rajzolj egy sárga tulipánt a lap jobb oldalára!"* feladat erős leegyszerűsítéssel a következő

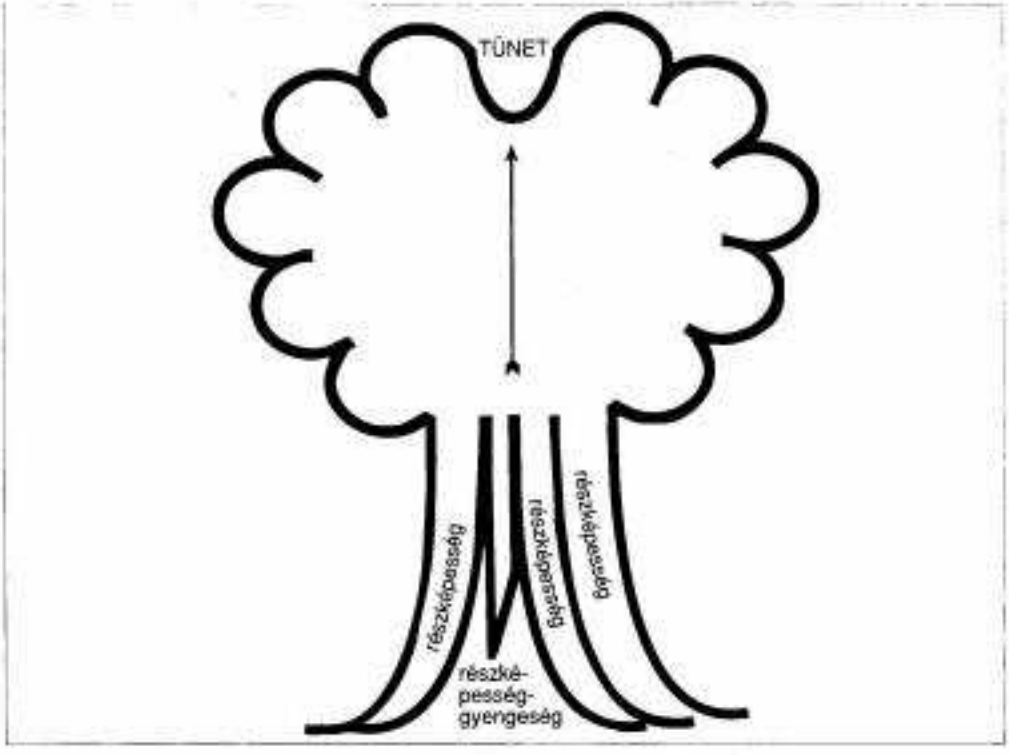
kognitív lépésekből áll. 1. A gyermek *auditív figyelmével* kiválasztja a pedagógus utasítását az egyidejű hangingerekből (a többi gyermek zajongása, a folyósóról vagy az utcáról beszűrődő hangok). 2. *Auditív emlékezetével* felidézi a kapott feladatot. 3. *Auditív analízise* segíti az utasítás megértését, a mondatot tagolja. 4. *Vizuális emlékezetével* előhívja a sárga tulipán képét. 5. *Vizuális differenciálása* segíti a pontos felidézést. 6. *Az intermodális integráció* részképességével összekapcsolja a hallott utasítást és a vizuális emlékképet. 7. *Vizuomotoros koordinációval* összehangolja a szem és a kéz mozgását a kivitelezés során. 8. *Téri orientációjával* keresi meg a rajzolásra kijelölt helyet. 9. *Szerialitási részképességével* ügyel a rajzoló mozdulatok megfelelő sorrendjére.

A kilenc részletre bontott folyamat demonstrálja, hogy a fa-modell törzsében „meghúzódó" részképességek mind működésbe lépnek annak érdekében, hogy a lombkorona szintjén létrejöjjön a kívánt teljesítmény.

A példa alapján belátható, hogy valamennyi tanulási helyzet felbontható kognitív elemeire, és minél nehezebb egy feladat, annál összetettebb, illetve magasabb szintű kognitív folyamatok alapozzák meg a sikeres végrehajtást. Ha a részképességek fejlődése egyenletes és funkcionális kapcsolatuk kiegyensúlyozott, akkor a teljesítmények, illetve a tanult készségek megfelelő szintűek. Ilyenkor a fa-modell lombkoronájának rajzolata harmonikus körforma. Ha azonban a kognitív képességrendszer bázisfunkcióinak fejlődése egyenetlen, együttműködésük diszharmonikus, akkor ennek következtében hibás a teljesítmény, gyenge szintű a tanult készség vagy zavart a viselkedés. Ezeket a tüneteket mutatja a fa-modell lombjának megtört kontúrja *(27/2. ábra)*.

Részképesség-gyengeségek okozta *óvodáskori tünet* lehet a grafomotoros ügyetlenség, a gyenge szóbeli fogalmazási készség, a diszgrammatizmus vagy a játékszabályokhoz való alkalmazkodás nehézsége stb. *Iskoláskori tünetként* értelmezhető az olvasási-helyesírási és számolási készség alacsony szintje, az egyenetlen figyelemkoncentráció, a beilleszkedési zavar stb. Súlyosságuk és megjelenési formájuk attól függ, hogy a hierarchikus felépítésű megismerési rendszer melyik szintjének fejlődése sérült.

A példaként felsorolt korspecifikus tünetek ismert, gyakran emlegetett problémák. Más egyéb okok következményeként is előfordulhatnak, pl. elhanyagoló családi miliő, drámai váltások (a család felbomlása, új iskola vagy óvoda), gyengébb intellektus, nem megfelelő tanítási vagy gyakorlási módszer stb. Ha azonban bebizonyosodik, hogy megjelenésük magyarázata a kognitív rendszerben keresendő, akkor a gyengén működő részképességek következetes funkcionális tréningjére van szükség. Ezekben az esetekben a készségek gyakorlása vagy a tantárgyi korrepetálás mindaddig nem hatékony terápiás stratégia, amíg a „kognitív alapok" nem biztosítottak. Hiszen – a fa-modellnél maradva –, a hozzáértő kertész sem a korona nyesésével próbál segíteni a beteg fán, hanem mindenekelőtt a törzset vizsgálja meg és itt is kezdi gondozói munkáját (Sindelar, 1983, 1994; Zsoldos, Ringhoferné, 1995).



27/2. ábra. A fa-modell lombjának megtört kontúrja

A Sindelar-féle kognitív fejlesztő program lényegi tulajdonságai

A fejlődéslélektani és kognitív pszichológiai elméletekre épülő komplex módszer az ismeretszerzés legfontosabb területeire terjed ki: *figyelem, észlelés, intermodális integráció, emlékezet, szerialitás, téri orientáció.*

Az Affolter elvét követő Sindelar-i koncepció szerint a gyakorlást a „gyökereknél" kell kezdeni, azon a szinten, ahol a kognitív képesség még megfelelően működik. Akkor is innen indul a foglalkozás, ha ez a szint a gyermek életkorához képest alacsony. A program megfelelő alkalmazásától a célzott részképesség minőségi változása várható, amely már biztosabb alapot jelenthet a korábban rosszul elsajátított készség, ismeret sikeres újratanulásához.

A Sindelar-program *két korosztályt* céloz meg: 5–7 éves óvodásokat, illetve első osztályosokat és 7–15 éves általános iskolásokat.

A Sindelar-program olyan komplex módszer, amelyben a feltáró, illetve a terápiás tervet kijelölő *vizsgálóeljárás, a fejlesztési periódus* és a hatékonyságot ellenőrző *ismételt vizsgálat szerves egységet alkot* a fejlesztési diagnosztika koncepciójának megfelelően.

A vizsgálati rész – eltérően a hagyományos pszichometriai eszközöktől – alapvetően a minőségi elemzésre helyezi a hangsúlyt. A teljes kognitív képességprofil megismerését célozza, nem csupán a hibás funkciókét. A program megindításakor és lezárásakor készült vizsgálati képességprofilok összehasonlításával a gyermek önmagához viszonyított fejlődési szintje regisztrálható.

A fejlesztési periódus felépítését vázlatosan bemutató óvodáskori *Gyakorlóprogram* és a feladatokat részletesen is ismertető iskoláskori *Tréningprogram* szerkezeti rendjében az egyes részképességek terápiáját szolgáló gyakorlatsorok elkülöníthető, önálló egységet alkotnak. Ugyanakkor szervesen összefüggnek és egymásra épülnek a tanulást megalapozó kognitív képességprofil fejlesztésének integráns láncszemeiként. A gyakorlás a komplexitás és a fokozatos nehezedés elvét követi. A programok struktúrája lehetővé teszi, hogy – ha a vizsgálati eredmények azt kívánják – egyidejűleg két vagy három részképesség terápiája is megtörténjék. Ilyenkor a foglalkozások szervezése ciklikus. Egy napon azonban csak egyféle részképesség fejlesztése lehetséges és a foglalkozás időtartama nem haladhatja meg az előírt 10 percet. A minimum 6–8 hónapot igénybe vevő kognitív fejlesztő terápia egyik fontos elve a folyamatosság, ezért a foglalkozásokat naponta kell végezni. A programok gyakorlatai más fejlesztő eljárásokkal is kombinálhatók, így például logopédiai terápiával (Zsoldos, 1998, 1999).

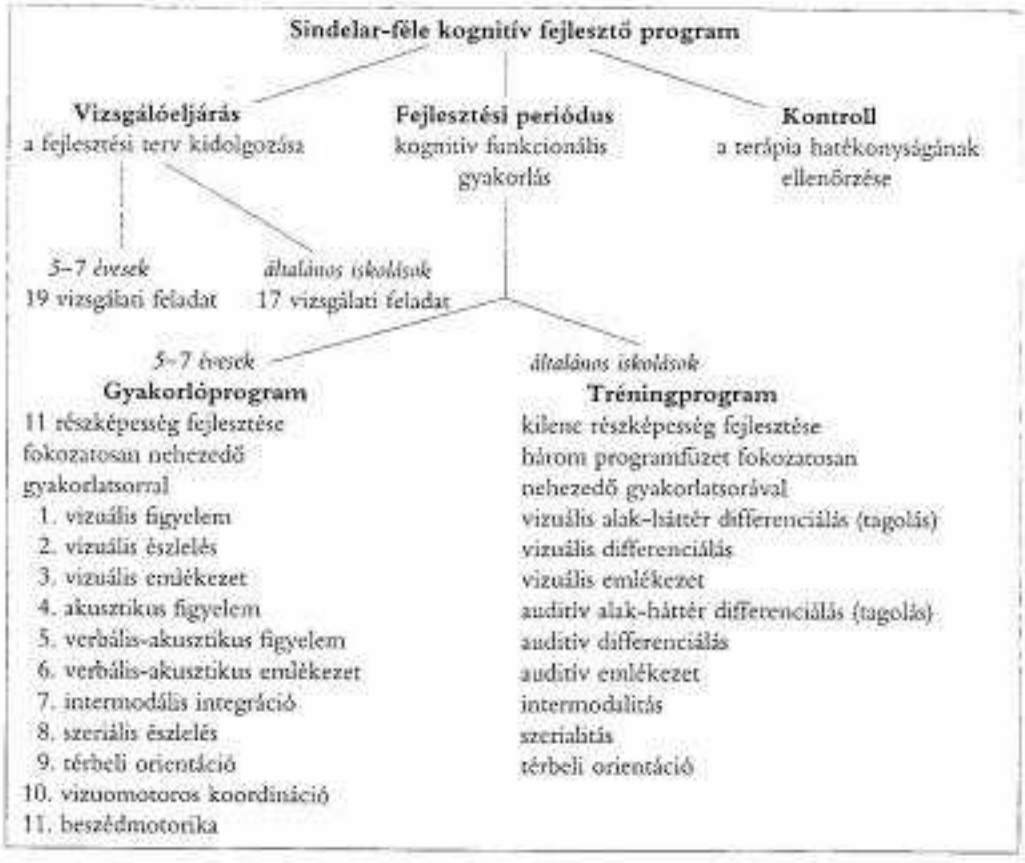
A Sindelar-kognitív fejlesztő program *(27/3. ábra)* a neurogén tanulási- és magatartási zavarok esetében hatékonyan hozzájárulhat a sikerhez az általános iskolában. Az eljárás értelmi fejlődésükben enyhe elmaradást mutató gyermekeknél is alkalmazható. Az 1997/1998. tanévben megkezdődött a módszer magyar adaptációjának tudományos igényű ellenőrzése, országos szintű hatásvizsgálata.

A Sindelar-program használata pszichológusok, felsőfokú pedagógiai és óvodapedagógiai végzettségű, fejlesztői feladatot ellátó szakemberek számára szervezett módszertani továbbképzés keretében sajátítható el. A kiképzett szakemberek koordinálják a gyermekek kognitív fejlesztő terápiáját, amelyben – ideális esetben – a felnőtt családtag a napi foglalkozásokat biztosító együttműködő partner. A módszert ismertető tanfolyam az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar akkreditált pedagógus továbbképzési programjának része.

Esetismertetés

(Milbich Mihályné gyógypedagógus közlése nyomán)

Tibi 5 és fél éves, óvodai vegyes csoportba jár. Az anamnézise nem tartalmaz terhelő adatokat a fejlődésére vonatkozóan. Az édesanyának nincs panasza, bár fiát élénkebbnek, felületesebbnek, figyelmetlenebbnek tartja a többieknél. Tibi egyedüli gyermek. A szülők kapcsolata nem harmonikus. Az anyai nagyanya szerepe domináns.



27/3. ábra. Sindelar-féle kognitív fejlesztő program

Az óvodapedagógusok megfigyelték, hogy a kisfiú segítőkész, kooperábilis, azonban igen érzékeny, a hangulata változó. A foglalkozásokon csak akkor aktív, ha az azt vezető felnőtthöz érzelmileg is kötődik. Teljesítményei egyenetlenek. A fogalmak megértése hiányos, lassan tanul verset, a mozgásos szituációkban határozatlan. Nehezen jegyzi meg a cselekvések és a szabályok sorrendjét. Az új, szokatlan helyzetekben még bizonytalanabb, fél. Az általa elfogadott felnőtthöz erősen kötődik. Beszéde tiszta, jól érthető. Az értelmi elmaradás gyanúja nem vetődött fel. Fejlesztésben még nem vett részt.

Többhetes folyamatos megfigyelést követően merült fel a kognitív fejlesztő terápia szükségessége.

A Sindelar-program 19 feladatból álló vizsgálóeljárására több kisebb szünet közbeiktatásával került sor. A kisfiú örült az egyéni foglalkozás lehetőségének, de az új környezetben (vizsgálati helyiség) nehéz volt a figyelmét feladatokra terelni. Így első válaszai nem is voltak megbízhatóan értékelhetők, mert felületesen, mechanikusan reagált. Hibái arra utaltak, hogy az apró különbségek észrevételét vagy az alak-

háttér elkülönítését kívánó vizuális, illetve akusztikus észlelési „játékok" kevésbé kötik le („Egyforma – nem egyforma? Mutasd meg!"). Ugyanakkor az intermodális integráció részképességét vizsgáló jóval nehezebb feladatokat elmélyült figyelemmel végezte, és megoldásai hibátlanok voltak (képekhez szavak társítása). A vizuális és az akusztikus szeriális emlékezeti feladatokban egyenetlenül gyenge megoldást adott (képsorok, szósorok megjegyzése). Az egyszerű geometriai formákat és az értelmetlen szavakat pontatlanul észlelte, hibásan rögzítette, és semmi jelét nem adta annak, hogy a sorrendet is képes lenne kódolni. Azonban a vizuális és az akusztikus észleletek összekapcsolása továbbra is érdekelte és jobb teljesítésre ösztönözte (képsor felidézése szavakkal). A többszótagú ismeretlen szavakat hibátlanul elismételte. Beszédmotorikája megfelelő szintűnek mutatkozott. A vizomotoros koordináció rajzos feladatát lassan, bizonytalanul végezte. Vonalvezetése gyenge nyomatékú volt. A „Karikázd be az összes csillagot!" utasításnak jól megfelelt az egy ingerre irányuló figyelem tartósságát vizsgáló feladatban, habár a cselekvést kifejező szó tartalmát előzetesen tisztázni kellett. Ezt követően a kiválasztott vizuális ingert tartósan figyelemmel tudta követni. Ugyanerre viszont az akusztikus-verbális feladatban már nem volt képes. A megosztott figyelmet kívánó feladat nehéznek bizonyult a számára (adott szó „kihallása" történetből). A cselekmény összefüggései érdekelték, így azonban nem tudott összpontosítani a kiválasztott szóra. A testséma, téri orientáció részképességét ellenőrző helyzetben, ahol mozdulatsorokat kellett utánoznia, következetesen felcserélte a jobb és a bal kezét.

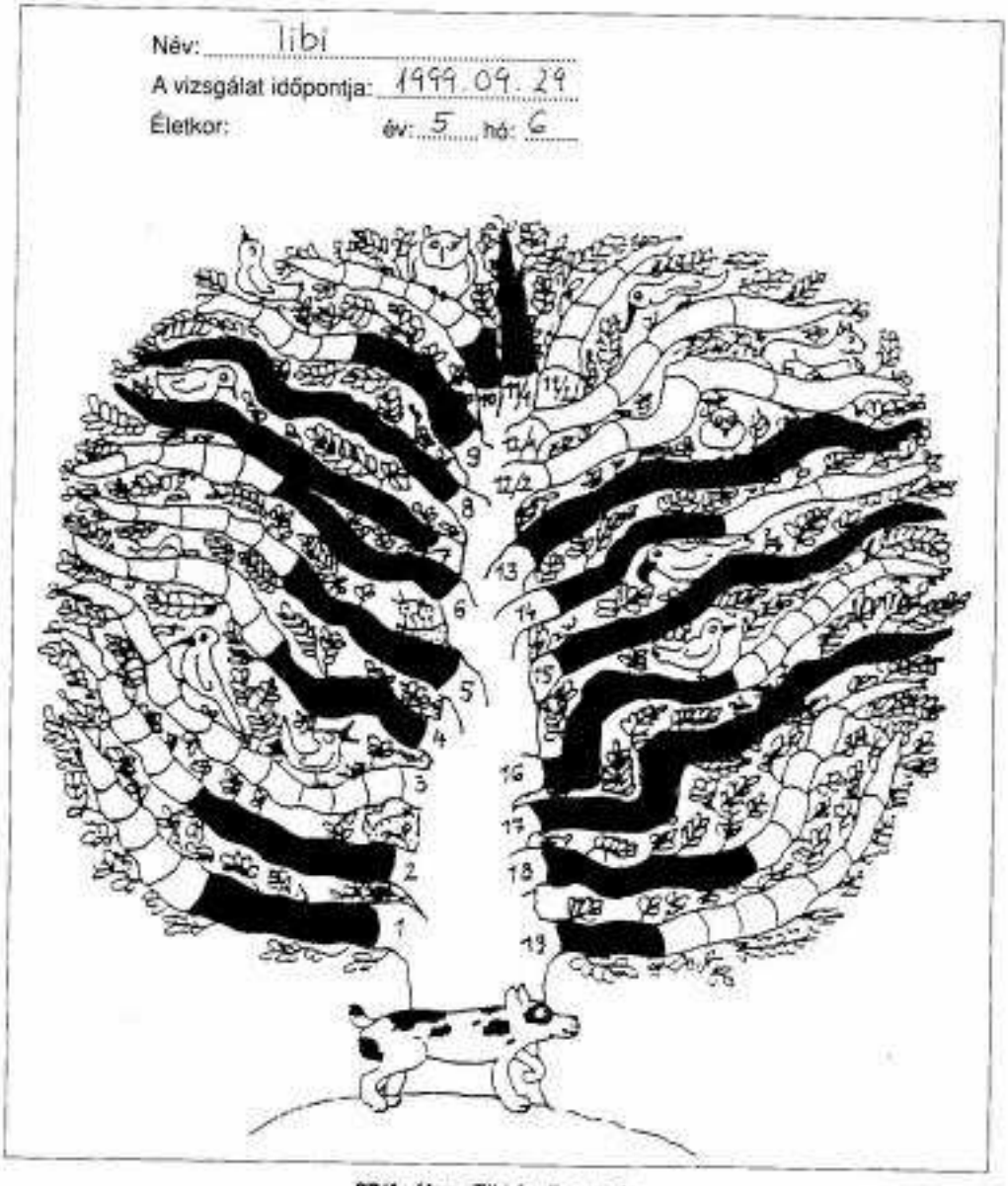
A 19 vizsgálati feladat megoldását értékelő fa-diagram *(27/4. ábra)* megbízhatóan mutatja Tibi egyenetlen teljesítőképességét, hullámzó figyelmét, de biztató prognosztikájú eredményeit is.

A lombkorona szakadt, rövid ágai jelzik a részképesség-gyengeségeket, amelyeket funkcionális gyakorlással „rendbe lehet hozni", hogy majd az iskolai tanulás biztos alapokkal indulhasson. A kognitív fejlesztő tréninget a megismerési rendszer bázis funkcióinál kell kezdeni, így Tibinél a testséma, illetve a térbeli orientáció, az akusztikus figyelem és a vizuális észlelés gyakorlataival. Az óvodapedagógusok által megfigyelt tünetek egy része is ezekre a részképesség diszfunkciókra vezethetők vissza. Így például a gyenge szintű téri orientáció következtében a gyermek bizonytalanná vált a mozgásos feladatok kivitelezésében. A nem megfelelő akusztikus figyelme pedig gátolta a komplex nyelvi folyamatok fejlődését. Ugyanakkor a kisfiú képességprofiljából az is leolvasható, hogy jó szintű intermodális integrációjával kompenzál, ezzel segít magán a számára nehéz feladatok megoldásában.

Részletek a foglalkozási terv játékos gyakorlataiból: az első hét feladatsora

Hétfő – akusztikus figyelem

A fejlesztő egy szólistát állít össze, amelyben a gyermek neve ötször is szerepel. A földön öt papírvirág van szétszórva. A gyermek feladata az, hogy amikor meg-



27/4. ábra. Tibi fa-diagramja

hallja a nevét, hajoljon le egy virágért. Ha nem hibázik, akkor a szólista végére összeszedi a virágokat.

Kedd – vizuális észlelés

A gyermeknek alaposan meg kell figyelnie egy puzzle képet, de közben nem mondhatja meg, hogy mit lát. Majd becsukja a szemét egy pillanatra, és a fejlesztő ezalatt kivesz három elemet a képből. A gyermeknek vissza kell helyeznie a hiány-

zó részeket. A fejlesztő fokozatosan növeli a kiemelt elemek számát egészen addig, amíg a gyermek egyedül kirakja az egész képet.

Szerda – testséma, téri orientáció

A fejlesztő egy bábut mutat a gyermeknek. Megismerkednek, majd a gyermek becsukja a szemét és a fejlesztő megérinti valamelyik testrészét a bábuval. A gyermek nyitott szemmel megmutatja, hogy hol értek hozzá. Ezután csukott szemmel is megkeresi az érintés helyét.

Csütörtök – akusztikus figyelem

Ismét virágszedés a feladat, de ezúttal a „virág" szó meghallásakor kell felemelnie egy papírvirágot a földről. Ha ebben a „játékban" már nagyon sikeres, akkor a hívó szó helyettesíthető különböző virágnevekkel.

Péntek – vizuális észlelés

„Ikrek keresése" feladat: a bolti forgalomban kapható különböző színű és lyukszámú korongok közül a gyermek először az azonos színűeket, majd az azonos lyukszámúakat, végül az azonos színű és lyukszámú korongokat válogatja szét.

Tibivel az óvodai fejlesztő pedagógus naponta gyakorol. Kapcsolatuk harmonikus. Az első hetek tapasztalatai biztatóak. Tervbe vették a szókincs bővítését, a fogalmak differenciált használatát célzó logopédiai foglalkozások megkezdését is.

A Sindelar-féle kognitív fejlesztő program az alsófokú oktatásban a pluralizmus eszményének megvalósítását segítő eszköz, mert olyan „fejlesztő-gyógyító pedagógiai szolgáltatás", amellyel csökkenthető az iskoláztatási esélyegyenlőtlenség.

Irodalom

AFFOLTER, F. (1972) *Aspekte der Entwicklung und Pathologie von Wahrnehmungsfunktionen.* In: *Pädiät, Fortbild K. Praxis,* Vol. 34.

BÁTHORY Z., FALUS I. (szerk.) (1997) *Pedagógiai lexikon.* Keraban, Budapest.

CARVER, C.S., SCHEIER, M. F. (1998) *Személyiségpszichológia.* Osiris Kiadó, Budapest. 459–491.

CSAPÓ B. (1992) *Kognitív Pedagógia.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

DOCKRELL, J., MC SHANE, J. (1993) *Children's Learning Difficulties. A Cognitive Approach.* Blackwell, Oxford.

GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ K. (1995) *A tanulási zavar jelenségkörének gyógypedagógiai pszichológiai értelmezése.* In: Zászkaliczky, P. (szerk.): *„...önmagában véve senki sem..." Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ K. (1997) *Szócikkek: MCD, minimális cerebralis disz-*

funkció; pszichoorganikus szindróma, POS. In: Báthory Z., Falus I. (szerk) *Pedagógiai lexikon I–III.* Keraban, Budapest, II/438., III/225.

GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ K. (1998) *Részképességzavarok – munkamodell a gyógypedagógia számára.* In: *Gyógypedagógiai Szemle.* Különszám. 26–36.

GYARMATHY É. (1998) *A tanulási zavarok szindróma a szakirodalomban.* In: *Új Pedagógiai Szemle.* 48. évf. 10. 59–68.

ILLYÉS S. (1980) *Gyógypedagógiai alapismeretek.* Tankönyvkiadó, Budapest.

ILLYÉS S. (1992) *A speciális nevelés alternatívái.* In: Kozma, T., Lukács, P. (szerk.): *Szabad legyen vagy kötelező. A közoktatási törvény koncepciójához.* Educatio, Budapest.

JETTER, K. (1997) *Piaget ma.* In: Zászkaliczky, P., Lechta, V., Matuska, O. (szerk.) *A gyógypedagógia új útjai.* Liecreh Gúth Kiadó, Bratislava. 33–49.

MESTERHÁZI ZS. (1998) *A nehezen tanuló gyermek iskolai nevelése.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

MYKLEBUST, H. R. (1967) *Progress in Learning Disabilities.* Grune and Stratton, New York.

NAG, J. (1998) *A kognitív készségek rendszere és fejlődése.* In: *Iskolakultúra,* 9., 3–14.

NEISSER, U. (1976) *Kognitive Psychologie.* Klett, Basel.

NEISSER, U. (1984) *Megismerés és valóság.* Gondolat, Budapest.

PLÉH CS. (1992) *Pszichológiatörténet.* Gondolat, Budapest.

SINDELAR, B., SEDLAK, F. (1983) *Hurra, ich kann's. Frühförderung für Vorschüler und Schulanfänger.* ÖBV, Wien.

SINDELAR, B. (1992, 1993) *Trainingsprogramme gegen Teilleistungsschwächen.* Eigenverlag, Wien.

SINDELAR, B. (1994) *Teilleistungsschwächen.* Eigenverlag, Wien.

ZSOLDOS, M., RINGHOFER J.-NÉ (szerk.) (1995) *De jó, már én is tudom! Óvodáskorú és iskolát kezdő gyermekek korai fejlesztése.* B. Sindelar programjának magyar adaptációja. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

ZSOLDOS M. (szerk.) (1998) *B. Sindelar Tréningprogram 1–3.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

ZSOLDOS M. (szerk.) (1998) *B. Sindelar Vizsgálóeljárás az iskolás gyermekek részképesség-gyengeségeinek felismerésére a Tréningprogram használatához.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

ZSOLDOS M. (1999) *A tanulási és magatartási zavarok kognitív terápiája – A Sindelar-program.* Új Pedagógiai Szemle. XLIX. évf. 1., 70–77.

Szvatkó Anna

28.

A szenzoros integrációs terápiák és a gyógypedagógiai fejlesztés

Bevezetés

Nyugtalanítóan régi-új kérdése minden segítőnek: milyen célt is tűzzön ki a hozzáfordulók megsegítésében? A betegséget gyógyítsa, a diszfunkciót próbálja kiküszöbölni, vagy a hiányokat igyekezzen bepótolni? Ha volnának is olyan módszerek, amelyekkel a fenti feladatokat varázsütésre meg lehetne oldani, akkor sem hihető, hogy megszülethetne a végleges felelet. Hiszen az élet újabb és újabb eltéréseket, elégtelenségeket, veszteségeket teremt, amelyek újabb, az eddigieknél is tökéletesebb technikájú gyógymódokat igényelnének.

Mérlegelve az esélyeket, kézenfekvően adódik azonban egy válasz: Olyan megközelítéseknek lehet leginkább létjogosultságuk, amelyek nem elszigetelt tüneteket kívánnak gyógyítólag célba venni, hanem egy *holisztikus szemlélet alapján az egész személyiséget támogatják, hogy az képessé váljon saját harmóniáját kialakítani önmagán belül és az őt körülvevő világgal szemben egyaránt.*

Egy rosszul szervezett funkció korrigáló gyakoroltatása történhet úgy is, hogy a segítő, jól ismerve az átlagos működés szabályszerűségeit, támogatottját erre szeretné rávenni, ezt kínálja számára követendő szekvenciaként. Történhet azonban úgy is, hogy kitapasztalja az adott működés egyéni sajátosságait, felismerve, hogy ezek az életben maradáshoz szükséges egyéni megküzdés megnyilvánulásai. Így, ha Peti a játszótéren nem mer lecsúszni a csúszdán, az szoros összefüggésben lehet egyensúlyi rendszereinek éretlenségével, tehát valóban veszélyes lehet számára a gravitációval való játék. Ilyen meggondolás szerint esetében nem a lecsúszás megtanítása a cél, hanem a gyermek kreatív erőinek felébresztése, hogy képes legyen aktív, örömteli interakciók sorozatán keresztül azokat a neurofiziológiai, pszichoszociális *háttérfunkciókat* érlelni, amelyek az őt ért pszichés és/vagy organikus hatások eredményeképpen nem működnek megfelelően.

Az Anne Jean Ayres nevéhez fűződő holisztikus szemléletű terápiás eljárás lehetőséget ad arra, hogy a résztvevők mozgásos játék közben az egymásba fonódó érzékleti-mozgásos majd érzelmi és kognitív szinteket anélkül szervezhessék meg, hogy a megerősítés-jutalmazás törvényszerűségeinek következetes alkalmazásával gyakorolnának alapjaikban sérült funkciókat. A terápia a szenzoros integráció hipotetikus fogalmára épül: arra a folyamatra, amelynek során az érzékleti ingerek fel-

használási céljuknak megfelelően értelmes jelentéssé szerveződnek. Mint tudjuk, a humán tanulás és viselkedés szervezése sok, egymással bonyolult kapcsolatban lévő integrált alrendszer együttműködését jelenti, melyben a sérülés lehetősége számtalan. Ha bármely, ebben érintett funkcionális rendszernek egy eleme sérült, természetszerű, hogy másképpen működik az egész. A gyermekek előbb említett egyéni stratégiái tehát maguk az öngyógyító és kompenzációs törekvések. Ezeket észrevenni, támogatni rendkívül fontos még egészséges gyermekek esetében is, de elengedhetetlen azoknál, akiknél a különböző súlyosságú sérülések az agy önszervező képességét kórosan befolyásolják. Ayres munkásságát éppen ezek az elgondolások teszik hitelessé, követhetővé. És, ami talán a legfontosabb: a terápiában résztvevők számára a játszás összefüggéseiben kínál alternatívákat és ilyen módon hozzáférést az emberiség ősi tapasztalataihoz.

A szenzoros integrációs terápiák formálódásának történeti előzményei, hazai pályafutása

A szenzoros integrációs terápia elmélete és gyakorlata *a tanulási zavarokkal foglalkozó szaktudományok területén* jelent meg, egy olyan szellemtörténeti időszakban, amikor az integráció fogalma a tágabb tudományos és a társadalmi életben egyaránt egyre szélesebb értelemben került a figyelem középpontjába.

Az 1962-es rouyemonti konferenciát követően a tanulási zavarok kutatásában is integratív törekvések indultak, abban az értelemben, hogy határterületi diszciplínák releváns eredményeit asszimilálni próbálják, és az addig egymással kevéssé közlekedő különböző irányzatú teóriákat és empirikus megfigyeléseket egy tágabb szemléleti keretbe igyekezzenek illeszteni (Myers és Hammill, 1976).

Az 1970-es évekre jól érzékelhetővé vált, hogy a legkülönbözőbb elméleti alapokon álló kutatók egyre inkább úgy gondolják, hogy az emberi szervezet egységes egészként funkcionál, az egyes rendszerek nem elszigetelten működnek, hanem egymást állandóan módosítva, egymásnak változékonyságukban is *állandó hátteriil szolgálva*. A specializáció, az emberi életműködések aprólékos, ám komplex összefüggéseikből, egyéni fejlődéstörténetükből kiragadott vizsgálata nem volt képes általános érvényű magyarázóelvet nyújtani a tanulásra és annak az átlagostól szembetűnően eltérő megnyilvánulásaira; nem volt képes lényegit hozzátenni a páciensek szenvedéseinek, kiszolgáltatottságának jobb megértéséhez.

Ebbe a történeti környezetbe kell belehelyeznünk Ayres 1972-ben megjelent összefoglaló művét *(Sensory Integration and Learning Disorders – Szenzoros integráció és tanulási zavarok)*, amely neuropszichológiai indíttatású lévén Head, Denny-Brown, Schilder, Lauretta Bender és más holisztikus szemléletű szerzők kutatásaira épített, de a tanulási zavarokkal kapcsolatos elméletalkotás tágabb kereteibe is rendkívül

időszerűen illeszkedett (Mailloux, 1990). A testséma, a praxis, az érzékelés-mozgás kapcsolatának mibenléte, a korai mozgástanulás azok a fogalmak, amelyek a szerző érdeklődésének előterében álltak a könyv megjelenése idején. A vesztibuláris ingerlés, melynek terápiás célú felhasználási lehetősége Schilder és Angyal felismerései nyomán már a harmincas évektől rendelkezésre állt (Kulcsár, 1992), a teória központi momentumává vált.

Az elméletalkotással párhuzamosan vizsgáló eljárásokat is kidolgozott Ayres és munkacsoportja, és a célcsoportba tartozó gyermekekkel megindult a terápiás munka. Lényegesnek tartjuk, hogy a pályája kezdetén gyógypedagógusként működő A. J. Ayres (1920–1998) élettörténetéből kiemeljünk itt egy mozzanatot, nevezetesen azt, hogy gyermekként maga is olyan típusú tanulási nehézségekkel küzdött, mint a későbbiekben általa vizsgált és kezelt gyermekek legtöbbje. Kezdetben Ayres a kezelés hatékonyságát mérendő vizsgálatokat végzett, később a szenzoros integrációs diszfunkciók különböző mintázatait mutató gyermekek alcsoportjait igyekezett faktoranalitikus módszerekkel egymástól elkülöníteni a hatékonyabb terápiás megközelítés érdekében. A hetvenes évek közepére megszerveződött a Los Angeles-i központú *Sensory Integration International*, a szenzoros integráció elméletével és gyakorlatával foglalkozók nemzetközi szervezete, amely negyedévente megjelenő folyóiratot *(Sensory Integrational Quarterly)*, rendszeres szakmai fórumot biztosít tagjai számára, és nagy hangsúlyt fektet arra, hogy az érintett szülők (A *Parent's Guide to...* 1986) és pedagógusok körében tájékoztatást nyújtson. 1979-ben jelent meg Ayres szülők számára írt könyve *(Sensory Integration and the Child – A szenzoros integráció és a gyermek)*. Ekkorra Ayres munkássága már élénk kritikai visszhangra talál, és gondolatainak továbbfejlődése, más mozgásterápiás iskolákkal való találkozása karakteresen eltérő terápiás gyakorlatot jelent, kezdve a tréningprogramok alkalmazásától a pszichoanalitikusan orientált kreatív játékterápiákig szerte a világon. Németországban például ez a kezelés az ergoterápia keretein belül társadalombiztosítási támogatást élvez.

Magyarországon az elmúlt tíz évben szintén megjelent a szenzoros integráció elmélete és terápiás gyakorlata. Ez elsősorban Kulcsár Zsuzsanna és Varga Izabella az *ELTE Személyiség és Klinikai Pszichológiai Tanszékén* végzett munkájának köszönhető, valamint a kapcsolódó intézmények, az *Oktatáskutató Intézet* és a *Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Pszichológiai Intézete* együttműködésének. Nem hagyható ki a felsorolásból a *Ferencvárosi és az Óbudai Nevelési Tanácsadó* sem, ahol kezdetben a terápia kipróbálására adtak módot, majd ahol az évek során a klinikai tapasztalatot feldolgozó műhelymunkára teremtődtek meg a környezeti lehetőségeken túlmenően a szellemi feltételek. A hazai hagyományok számbavétele során kell megemlíteni, hogy Katona Ferenc és munkatársai a *Svábhegyi Gyermekgyógyintézet Fejlődésneurológiai és Neurohabilitációs Osztályán* sok éve sikerrel alkalmaznak korai organikus agyi károsodást szenvedett csecsemőknél olyan *neuromotoros tréninget*, amelynek a vesztibuláris rendszer a támadáspontja (Katona, 1986; 1990).

A szenzoros integrációs elmélet kutatásához és a terápiához szükséges diagnózis felállításához nélkülözhetetlen volt a *szenzoros integrációs tesztkészlet* hazai adaptálása. Ezt a munkát az *Oktatáskutató Intézet*ben Bálint Mária (1987) vezetésével végezték el.

1991-től tanfolyamokon sajátíthatják el a szenzoros integrációs terápia alapjait az érdeklődő pszichológusok, orvosok, gyógytornászok, gyógypedagógusok, óvodapedagógusok. Eddig kétszáz hallgató vizsgázott. A tanfolyamok oktatói gárdája az évek során munkacsoporttá alakult, és közreműködött oktatási segédanyagok kiadásában (Szvatkó, Varga, 1995), tesztek és a szakirodalom gyűjtésében, feldolgozásában. A tanfolyamok tematikájában kezdetben az elméleti ismeretanyag állt az előtérben, majd a hazai tapasztalatok sokasodásával egyre nagyobb hangsúllyal szerepel a különböző területeken végzett terápiás munka bemutatása. Varga Izabella Magyarországon úttörőnek tekinthető munkája során épült be a tanfolyamok programjába a saját élményű csoportban való részvétel, amely ma már elengedhetetlen feltételét képezi minden terápiás megközelítésnek. További előrelépést jelent a pedagógus-továbbképzés keretei között akkreditált esetmegbeszélő csoportok indítása. Az elmúlt években a pszichológus- és gyógypedagógus-képzésbe is beépülhetett a szenzoros integrációs elmélet alapjainak oktatása.

1998. október 9–10-én a *Lelki Egészségvédő Alapítvány* szervezésében *„A szenzoros integrációs terápiák magyarországi tapasztalatai"* címmel rendeztek konferenciát. Tájékoztató anyagából idézem Weöres Sándor néhány sorát, mely e szakmai találkozó vezérgondolata volt: *„Az itt-következők nem újak, nem is régiek: megfogalmazásuk egy kor jegyeit viseli, de lényegük nem-keletkezett és nem-múló. Aki a forrásvidéken jár, mindig ugyane virágokból szedi csokrát."* A konferencia sikere további lendületet adott a hazai igényeknek megfelelő és a hazai hagyományokkal kapcsolatot találó sajátos terápiás megközelítési formák kidolgozásához. Ez a szemléleti és gyakorlati nyitottság, mely a legkülönbözőbb kreatív terápiás megközelítésekkel való ötvözés lehetőségét megteremti, a módszer sajátjának tekinthető. Egyre többen egyesítik zenével, aktív zenéléssel, tánccal, képzőművészeti tevékenységekkel, hasonlóan ahhoz, ahogyan az ősi kultúrákban ezek mindig is szerves egységet képeztek.

Ma már számos gyermek-ideggondozóban, nevelési tanácsadóban használják a szenzoros integrációs terápia eszköztárát a fővárosban és vidéken egyaránt. Az elmúlt öt évben becslésünk szerint legkevesebb ezer gyermek vett részt ilyen szemléletű fejlesztő foglalkozáson, illetve pszichoterápián. Léteznek már olyan lovaglós és úszócsoportok, amelyek munkájukban tudatosan alkalmazzák a terápia elveit. Hazai népszerűsége nemzetközi viszonylatban is figyelmet keltő. Ennek egyik valószínű oka az lehet, hogy a pszichoanalízis „Budapesti Iskolájának" tradicióira építkező hazai gyermekpszichoterápiáktól eredendően sem áll távol a minden gyermeki „megmozdulásra" való reagálás képessége, így a testi és pszichés bizonytalanságai, egyensúlyvesztése miatt megkapaszkodni vágyó gyermek megértése.

Másik oka kapcsolatos azzal, hogy a szenzoros integráció gondolatköre beépülőben van a bölcsődei, óvodai, iskolai életbe, és találkozva a magyar óvodapeda-

gógia, gyógypedagógia szellemiségével, kölcsönösen termékenyítő hatással vannak egymásra. Mindez a tanulási és magatartási problémák sikeres *prevenciójának* egyik fontos, a gyermekek életébe természetszerűen belesimuló aspektusát biztosítja.

A SZENZOROS INTEGRÁCIÓS TERÁPIÁK DIAGNOSZTIKUS FOLYAMATA

Ayres és munkacsoportja, párhuzamosan a szenzoros integrációs terápia elméleti hátterének kimunkálásával, vizsgálati eljárásokat is kidolgozott. Ezeknek egy része standardizált tesztek egyre bővülő repertoárja, más része strukturált klinikai megfigyelések rendszere.

A SZENZOROS INTEGRÁCIÓS TESZTEK

A 17 altesztből álló *Southern California Sensory Integration Tests (Dél-kaliforniai szenzoros integrációs tesztek – SCSIT)* 1972-ben jelent meg először, azóta javított változata is napvilágot látott. (Ayres, 1980) Kidolgozását több évtizedes klinikai alkalmazás és kutatás előzte meg, főleg 6–9 éves tanulási nehézségeket mutató gyermekek körében. A tesztsorozat egyes tételei három fő terület köré csoportosulnak:

– vizuális percepció: térbeli vizualizáció, figura-háttér percepció, térbeli pozíció, mintamásolás;
– szomatoszenzoros percepció: kinesztézia, manuális formapercepció, ujjazonosítás, grafesztézia, taktilis inger lokalizációja, kettős taktilis percepció;
– motoros teljesítmények: posztura-utánzás, bilaterális motoros koordináció, állás-egyensúly, motoros pontosság;
– egyik kategóriába sem sorolható a testközépvonal keresztezésének tesztje és a jobb-bal diszkrimináció.

Az 1980-ban közzétett, és hazánkban is alkalmazott tesztváltozat az idegrendszer szenzoros integrációs rendellenességének négy különböző típusát méri. Ezek: a forma- és térpercepció, a praxis, a poszturális és bilaterális integráció, valamint a taktilis védekezés rendellenességei.

Elnevezésében is nagyobb hangsúlyt helyez az 1989-ben megjelent *Sensory Integration and Praxis Test (Szenzoros integrációs és praxis teszt – SIPT,* Ayres, 1991) a praxis funkciójára. A *SCSIT*-ből néhány szubtesztet – amelyek nem voltak elég megbízhatóak, vagy túl nehézkes volt a felvételük – kihagytak. Az addig külön tesztként használatos *Southern California Postrotatory Nystagmus Test (Dél-kaliforniai posztrotátoros nisztagmus teszt – SCPNT,* Ayres, 1975) szintén részévé vált az új teszt-

készletnek, mint egyik szubtesztje. Négy új, praxist vizsgáló tételt dolgoztak ki, főként a felnőttkori apraxiák kutatásának eredményei alapján. Ezek: építési praxis, verbális parancs praxis, sorrendiség praxis és orális praxis.

A tesztek legnagyobb részét, a verbális parancs praxis kivételével, úgy dolgozták ki, hogy csak csekély mértékben igényeljenek nyelvi készségeket, hogy a beszédben elmaradott gyermekeket ne érje komoly hátrány. Ayres a *SIPT* kézikönyvében ismét aláhúzza, hogy a teszteredmények csak egyfajta adatforrást jelentenek, amit egyéb adatokkal és klinikai megfigyeléssel kell kiegészíteni a diagnózis kialakítása, és a kezeléssel kapcsolatos szempontok mérlegelése előtt. Csupán a *SIPT* eredmények alapján nem határozható meg, hogy a szenzoros diszfunkciós vagy diszpraxiás gyermek számára milyen hozama lehet a terápiának, ehhez a teszt alkalmazójának szakmai ítélete elengedhetetlen.

A szenzoros integrációs diszfunkciót mutató gyermekek minél korábbi azonosítása és terápiájuk minél fiatalabb életkorban való megkezdése érdekében 3–5 éves korú óvodások számára szerkesztették a *DeGangi-Berk Test of Sensory Integration (DeGangi & Berk Szenzoros integrációs teszt – TSI,* 1983) elnevezésű tesztkészletet. A szerzők szerint a szenzoros integrációs funkcióknak, különösen a vesztibuláris hátterűeknek, nincsen kellő érzékenységű mutatójuk a jelzett életkorban. A *TSI*-ben arra tesznek kísérletet, hogy a klinikai megfigyeléseket, melyeket Ayres olyan fontosnak tart a diagnózis mérlegelésében, érvényes pontozó skálákkal helyettesítsék be. Ennek megfelelően a *TSI* három, a szenzoros integráció szempontjából fontos területet vizsgál:

– a poszturális (testhelyzeti) kontrollt, mely magában foglalja a nyak, a törzs és a felső végtagok stabilizálásához szükséges antigravitációs poszturák vizsgálatát;
– a bilaterális motoros integrációt, amelyben a testközépvonal átlépésének, a gyors unilaterális és bilaterális kézmozgásoknak, és az egymástól független törzs- és karmozgásoknak van jelentős szerepük;
– a reflexintegrációt, amelyben az aszimmetrikus tónusos nyaki reakció négykézláb helyzetben történő felvétele a döntő tétel.

Csecsemők és kisgyerekek számára készült a *Test of Sensory Functions in Infants (Csecsemőkori szenzoros funkciók tesztje – TSFI,* DeGangi & Greenspan, 1989). Olyan szenzoros folyamatok és reaktivitásfajták vizsgálata került ebbe a tesztkészletbe, amelyről a szerzők feltételezik, hogy klinikai jelentőségűek a szenzoros integráció szempontjából veszélyeztetett gyermekek esetében. Itt a szabályozási rendellenességekkel, koraszülöttséggel, fejlődési elmaradással küzdő csecsemőkre gondolnak, és kiemelik azt a nehézséget, amely a veszélyeztetett gyermekek azonosításakor előáll, miszerint nincsenek olyan objektív kritériumok és fejlődési adatok, amelyek az emocionális stabilitás és a jól szervezett tanulási viselkedés fejlődésének szenzoros funkcióbeli alapjait leírnák. Ezért a teszt úgy készült, hogy kutatási célokra is alkalmazható legyen. A vizsgált területek:

- mélynyomásra való reaktivitás;
- adaptív motoros funkciók;
- vizuális-taktilis integráció;
- az okulomotoros kontroll;
- a vesztibuláris ingerekre való érzékenység.

Strukturált megfigyelési szempontok

A hatékony terápia sokoldalú átgondolásához Ayres (1972) fontosnak tartotta, hogy minél teljesebben ismerhessük a gyermek megnyilvánulásait – így amennyire csak lehet – pontos adatokkal rendelkezzünk a gyermek már elért szenzoros integrációs szintjét és a diszfunkció mibenlétét illetően. A standardizált tesztek csak korlátozott lehetőséget nyújtanak arra, hogy komplex képet alkothassunk a gyermek szenzoros integrációjának mintázatáról. E szimptómák számos megnyilvánulása olyan természetű, hogy a rendelkezésre álló eszközökkel nehezen mérhető, számokban kevéssé kifejezhető, életkori átlaghoz nem egyértelműen viszonyítható. Ezért szükséges a teszteredményeket néhány klinikai megfigyeléssel együtt alkalmazni, közöttük kiemelten a primitív poszturális reflexek vizsgálatával.

Ezen reflexek aktivitásának foka a magasabb szintű poszturális mechanizmusok érettségétől és integráltságától függ, azoktól, melyek a gyermeket képessé teszik testének optimális, automatikus egyensúlyban tartására. Ayres a primitív reflexek, de különösen az aszimmetrikus tónusos nyaki reakció és a tónusos labirintus-reflex jelenlétét a szenzoros integráció alacsony színvonalával találta összefüggőnek. Jelezte, hogy ezek a reflexek a fejlődő gyermekeknél, később a felnőtteknél is enyhe fokban mindig megtalálhatók, ám nem határozta meg átlagosnak tekinthető kiválthatóságuk mértékét, így megítélésük nagy körültekintést igényel.

Az Ayres által javasolt reflexprofil a következő elemekből áll: aszimmetrikus tónusos nyaki reakció *(ATNR)*, szimmetrikus tónusos nyaki reakció *(STNR)*, tónusos labirintus-reflex *(TLR)*, kiegészítve a Schilder-féle karnyújtás teszttel *(Arm Extension Test, AET)*, és az antagonista izmok kokontrakciójának vizsgálatával, valamint a vesztibuláris rendszer intaktságának jelzőjeként a posztrotátoros nisztagmus teszt *(Southern California Postrotatory Nystagmus Test, SCPNT)* felvételével.

Saját vizsgálatunkban (Szvatkó, 1996) azt találtuk, hogy ezeknek a reflexmutatóknak eltérő mintázat alapján ugyan, de az életkorral párhuzamosan fokozatosan csökken a kiválthatóságuk. Az aszimmetrikus tónusos nyaki reakció, különösen balra forduláskor érzékeny mutatója az egészséges, illetve a zavart fejlődésnek, és mint ilyen, jól hasznosítható része lehet egy később összeállítandó, hazánkban régóta hiányzó gyermek-neuropszichológiai gyorstesztnek.

A klinikai megfigyelési szempontok mellett nélkülözhetetlenek az *anamnesztikus adatok*. A terhesség és születés érzelmi és testi sajátosságai, a szenzomotoros fejlődés

egyéni vonásai, a csecsemő és kisgyermek ingerelhetőségének és megnyugtathatóságának egyedi ismertetőjegyei, a gyermek saját ritmusai, játékai, melyeknek történetét az édesanya a saját értelmezése szerint mondja el, mind-mind alapvető felvilágosítással szolgálnak.

A diagnosztikus folyamat befejezéseként az összegyűlt adatok elrendezése és értelmezése során mód nyílik a szenzoros integráció zavarait és a kompenzáció lehetőségeit elemezni. Diagnosztikus kategóriákat felkínál ugyan a szenzoros integráció elmélete, ám tekintettel arra, hogy a problémák igen diffúzak, a kapcsolódó ép és sérült funkciók miatt a súlyossági fokban jelentős eltérések lehetnek, az *egyéni profil analízise* nagyobb hangsúlyt kap a terápia megkezdésekor.

A SZENZOROS INTEGRÁCIÓ ELMÉLETÉNEK KULCSFOGALMAI A TERÁPIÁS FOLYAMATBAN

A szenzoros integrációs terápia során neurofiziológiai szemszögből nézve olyan helyzetet teremtenek, amely az agyműködés környezeti ingereket szervező képessége számára kedvező, és nagyobb valószínűséggel születnek adaptív mozgásválaszok. Ezek jól szervezett, az addigiakhoz képest komplexebb mintázatokat jelentő mozgásterveken alapulnak. Eredményükként, a feed-back mechanizmusok közreműködésével a következő érzékelési ciklus szabályozása – a különböző modalitású ingerek térbeli és időbeli aspektusainak értékelése, válogatása, gátlása, összehasonlítása – sokkal flexibilisebb módon szerveződhet. Az egyén tudatában pedig mindez a magabiztosság, a környezet kompetens kezelésének élményében reprezentálódik. Újabb megfogalmazásokban (Fisher, Murray, 1991) ezt a folyamatot már nem cirkulárisként tételezik, hanem a nyitott rendszerekre jellemzően spirálisként. Az *önmegvalósítás spirális folyamata* egyidejűleg tartalmazza a testben, az idegrendszerben zajló fiziológiai eseményeket és azok érzelmi és mentális reprezentációit. Tehát ez a terápia sem hagyhatja figyelmen kívül az átélés sajátosságait, amennyiben az integrálás igényével lép fel. Fontos ezt hangsúlyozni, mert sem a külföldi, sem a hazai gyakorlat nem mentes az egyoldalúság veszélyétől. Gyakran előfordul, hogy csupán szenzoros ingerlést nyújt egy személynek, a benne élő érzelmileg megterhelő, ellentmondásos történések integrálásának, a valós integrációnak lehetősége nélkül. Úgy tűnik, hogy a szenzoros ingerlés kontrolljának átvétele a résztvevőtől nagy kísértést jelent egyes terapeuták számára, talán, mert roppant precíz, specifikus és bizonyos feltételezések szerint igen hatásos eredmények várhatók el. Képzeljünk el egy hat hónapos Down-szindrómás csecsemőt, amint mozgásfejlődésének optimalizálása céljából 100 °/sec sebességgel forgatják egy ülőkében, amelyben a fejét úgy stabilizálják, hogy a forgatásból származó ingerlés maximális hatást váltson ki (Kantner et al., 1976). Szerencsés esetben, az idegrendszerében pozitív történések zajla-

nak, de vajon milyen értelmet nyernek? Milyen élmények kapcsolódnak hozzá? És egyáltalán, hol van a mama, aki értelmezi számára az eseményeket? Ilyen helyzetben a legelőnyösebb talán még az lehet, ha a gyermek idegrendszere figyelmen kívül hagyja az ilyen fajta, összefüggések nélküli ingerbeáramlást.

A továbbiakban néhány, a szenzoros integrációs terápiák szempontjából alapvető, egymástól valójában csupán didaktikus céllal szétválasztható fogalmat ismertetünk.

Alkalmazkodás

A környezethez való alkalmazkodásnak túlélési értéke van, lényegénél fogva széles értelemben vett tanulás. Célorientált viselkedés, amely elősegíti, hogy valaki új helyzetben megtalálja a legmegfelelőbb megoldást. Az alkalmazkodás nemcsak az emberre jellemző képesség: a macska bármilyen módon pottyan is le a fáról, mindig talpra esik. A gyermeknél akkor kezdődik, amikor megismervén a gravitációt és saját testét, ritmikusan rázogatja a csörgőjét, és kicsivel később kitalálja, hogy miként lehet közlekedni le és fel a lépcsőn. Távolról sem automatikus, vagy passzív válaszadási képesség, sokkal inkább motoros tervezésen alapuló összetett válaszok rendszere. A kialakításukhoz szükséges érzékelési folyamatok sem képesek önmagukban fejlődni, kizárólag a környezettel való összefüggés által, éppen a környezettel kapcsolatos értelmes interakcióként, mozgás közben. Az adaptáció szükségessége szövi át az ingerszervezés és válaszszervezés egymástól és a környezettől való függését.

Az alkalmazkodás filo- és ontogenetikusan különböző idegrendszeri szinteken valósul meg a diffúzabb formától a differenciáltabb felé. A fejlődés korábbi szintjein létrejött hiányosságok az egyén környezethez való alkalmazkodását később is befolyásolják. Például a szenzomotoros korszak nem megfelelő mértékű szervezettsége, amely a felegyenesedésben, a test tónusbeállításában, stabilitásában, a fázisos és tónusos izommozgások optimális eloszlásában jelentett nehézséget, a gyermeket elkíséri fejlődésének további időszakában is. Mindnyájan, minden életkorban az egész agyunkkal, a teljes személyiségünkkel tanulunk, oldunk meg újabb és újabb helyzeteket, és az esetleges „fehér foltok" velünk maradhatnak.

Mozgás

Az előbbiekből következik, hogy a szenzoros integrációs elmélet szerint a mozgás nem önmagáért való entitás. Minden életmegnyilvánulásunknak van mozgásos eleme, még akkor is, ha látszólag mozdulatlanok vagyunk. A testhelyzettel kapcsolatos adaptáció, a test izomtónusának változékonysága, a mimika, a gesztikuláció olyan érzelemmel átitatott mozgások, amelyek kivonhatatlanok összefüggéseikből.

A terápiában a résztvevők szabadon kísérletezhetnek a rendelkezésre álló eszközökkel – billenő hintákkal, forgó hengerrel, óriás gumilabdával, mennyezetről lelógó hálóval, gördeszkával – annak érdekében, hogy rátaláljanak azokra az ősi mozgásmintákra, amelyek segítségével hatékonyabban tudják uralni testüket a térben. Kuporoghatnak magzati pózban, pöröghetnek, repülhetnek, billeghetnek, s közben olyan világot teremthetnek, amely a mese, a fantázia birodalmához igen közel esik. Ha ezeket a mozgásokat képesek a saját akaratukból valónak megélni, megnyílik az út a további strukturálódás felé. Érettebb és integráltabb mozgások nem taníthatók, megjelenésük nem erőltethető, legfeljebb előcsalogathatók olyan ingerhelyzetekben, amelyek az egyén szükségleteire szabottak, és a legősibb ingerfajtákkal, a legősibb testhelyzetekkel kapcsolatosak.

Vesztibuláris ingerlés

Ayres szenzoros integrációs eljárásának leghangsúlyosabb eleme a sokoldalú vesztibuláris ingerlés, amelynek előnybe helyezése végigvonul a gyermekkoron, és kissé rejtettebb formában a felnőttkorban is fellelhető. A gravitáció legyőzésének gondolata nagy múltra tekinthet vissza az emberiség történetében: a repülés vágya mellett képzeletünket mindig is foglalkoztatták a szellemvilág nehézkedés nélküli, magasan lakozó lényei, mint erre Schilder (1933) felhívja a figyelmet.

Az egyedfejlődésben a taktilis ingerelhetőség után második, legkorábban megjelenő érzékelés a megszületés idejére már működésre kész, és az első életévben élénk reaktivitásával szolgálja a csecsemő gravitációval szembeni küzdelmét. A rendszer különösen a mozgás sebességének, irányának, és a kapcsolódó fejhelyzetnek változásaira fogékony; olyan érzeteket kelt, amelyek által a környezet és a mozgásban lévő test „térképe" pontosan és megbízhatóan rendelkezésre áll (Dunn, 1988).

A vesztibuláris ingerlés előnyben részesítésének kitüntetett időszaka az élet első 8–10 éve. Azok a játékok, amelyeket régtől fogva a világ minden részén lényegileg hasonló módon játszanak a gyermekek, sok egyensúlyszervre ható elemet tartalmaznak. Gondoljunk csak a kicsinyeknek szóló mondókákra: ősi vonásokat nemcsak ismétlődő, ráolvasásszerű szövegeikben, ritmusukban találunk, hanem a szervesen hozzájuk tartozó mozdulatokban is. A felnőttek a mondókák, népi gyermekdalok ritmusára altatják, nyugtatják, vigasztalják, viditják a gyermekeket, miközben jobbra-balra döntögetik, lábukat lógázzák, összekulcsolt karjaikon hintáztatják őket. A tipegők, a már járni tudók nagy örömüket lelik azokban a játékdalokban, amiknek végén leguggolnak, megfordulnak velük, vagy a hónuk alatt felemelve jó magasra lendítik őket. Minél erőteljesebb az inger, annál nagyobb az élvezet. Mindez abban az életkorban, amikor a nehézségi erő az egyik legnagyobb fizikai kihívás a fejlődő, kezdetben magatehetetlen gyermeknek. Természetesen a bizalom próbája is: a kö-

nyörtelen, válogatás nélkül ható gravitáció ellenében bízni a szó szoros értelmében megtartó emberi kapcsolatokban. A vesztibuláris ingerlés része azoknak a technikáknak is, amelyekkel az anyák hatásosan képesek gyermekük rossz közérzetét befolyásolni, megnyugtatni őket, és ez a tudás anyai magatartásuknak szerves, önkéntelenül megjelenő eleme.

Századokon keresztül játszott az emberiség (a 19. századot megelőzően nemcsak a gyermekek, hanem a felnőttek is) olyan játékokat, amelyek igen gazdagok vesztibuláris élményekben. Forgás, fél lábon ugrálás, leguggolás, szökdécselés a legtöbb népi játékban, hercegi udvarokból a köznéphez leszivárgott szórakozásban jelentős szerepet kapott. Kikapcsolódásul a mai kor felnőttjei is sielnek havon és vizen, egyre rafináltabb vidámparkokba látogatnak, lovagolnak, vitorláznak vagy ringatóznak hintaszékben, függőágyban. Napjainkban a börruhás, görkorcsolyázó, gördeszkázó fiatalok szubkultúrájában szintén sajátos szerepet kap a nyaktörő mutatványokkal egymást túllicitáló vesztibuláris ingerkeresés: a zuhanásérzés kontrolljának megtapasztalása feltehetően a szorongás megfékezésére tett kísérlet.

Kulcsár összefoglalója (1992) a vesztibuláris rendszer fejlődésének, funkciói komplexitásának szerepére a személyiség egészének alakulása szempontjából hívja fel a figyelmet. Mindebből most azt az összefüggést ragadjuk ki, mely szerint a vesztibuláris rendszer a posztúrára, így az izomtónusra is gyakorolt hatásán keresztül minden észlelésben szerepet játszik. Háttérélmény jellegéről ezt írja Schilder: „Testünk tartásával és mozgásával kapcsolatos benyomásaink képezik tapasztalataink folyamatos hátterét... Valószínű, hogy egy ilyen szenzoros szerv, amelynek érzékletei csupán félig tudatosak, és amely ösztönös és primitív típusú mozgást vált ki, rendkívül érzékeny emocionális hatásokra" (Schilder, 1933, 2.) Működésének különös jelentősége van a korai pszichés fejlődésben, mivel segít megállapítani, hogy a különböző érzékszervi ingerek testmozgásokkal vagy környezeti faktorokkal kapcsolatosak-e. A vesztibuláris végkészülékekből, a szemmozgató izmokból származó és a látás útján nyert információk összegzéséből derül ki, hogy a fejünk, a szemünk, vagy a környezet mozog-e. Emiatt a testkép és az éntudat genezisében a vesztibuláris rendszer működésének intaktsága is döntő feltétel. A térbeli orientációban, a viselkedéskontroll funkciójában és a képzeleti tevékenységben szintén nagy jelentősége van.

Taktilis ingerlés

Az érintés a legősibb érzékelési mód, a korai tanulás bázisa. Mint bőrérzéklet, részt vesz a külső és belső közötti határképzés kialakításában. Általa valósulnak meg a testi kontaktusok, az egész élet során az intimitás letéteményese. A kognitív és a motoros fejlődésben betöltött alapvető szerepét a fejlődéslélektan is kiemeli. A taktilitás már a méhen belüli életben működőképes rendszerré válik. Megszületéskor az érintési ingerek integrációja a korai keresőreflexben figyelhető meg, amikor az

újszülött arcának finom érintésére az inger irányába fordítja a fejét. A taktilis ingerlés mindvégig hozzájárul a szervezet teljes neurális integrációjához. A hétköznapi élet során nehéz felismerni jelentőségét, mert igen rejtett természetű. A taktilis élmények különösen szubjektív színezetűek, ilyen irányú tapasztalatainknak nem is vagyunk teljes tudatában.

A szenzoros integrációs zavarokkal jellemezhető gyermekeknél gyakori a taktilis rendszer diszfunkcionális működése. Különösen hangsúlyos lehet ez a hiperaktív és figyelmi rendellenességeket is mutató gyermekek körében. Ezek a gyermekek nem szeretnek mezítláb sétálni a fűben vagy a homokban, rettegnek a hajmosástól, hajvágástól és szélsőséges esetekben még a simogatás elől is elugranak. Azoktól azonban, akiket biztonsággal szerethetnek, különösen sok érintési ingert várhatnak el.

Feltételezhető, hogy a szimptóma oka az idegrendszer olyan működészavara, amely a védelemre és túlélésre berendezkedett válaszrendszer csökkent gátlását jelenti. A ruha viseléséből származó taktilis ingerület mindenki idegrendszerébe beáramlik, azonban képesek vagyunk az ilyen percepciók aktív gátlására, ami megvéd az örökös válaszadás kényszerétől. A taktilisan védekező gyermekek azonban ebben a vonatkozásban túlstimuláltak. Érthető, hogy számukra egy tapintási inger elsősorban a kellemes vagy kellemetlen minőség alapján ítéltetik meg, és nem az inger téri és idői mintázata lesz a döntő.

Ritkábban megfigyelhető tünet a taktilis ingerelhetetlenség. Kizárólag a nagy intenzitású ingereket veszik tudomásul az ilyen gyermekek, akiknek ezzel párhuzamosan csökkent a fájdalomérzékelésük is.

A közismert Harlow-féle anya-deprivációs kísérletekből kiderült, hogy a későbbi stresszkezelési képesség nagyban függ a koragyermekkor optimális tapintási ingermennyiségétől, az anyai viselkedés részét képező gondozó-tartó-simogató mozdulatoktól. Az érzelmi fejlődés neurológiai szubsztrátumának integrációjához szorosan hozzátartozik tehát a taktilitás. Az anyai oldal ingerlési sajátosságainak leírásával többször találkozhatunk a szakirodalomban, azonban annak kiemelése, hogy a gyermeki oldalon fontos tényező a kapott ingerek integrációjának képessége, Ayres nevéhez fűződik.

Rotter (1946) kiemeli, hogy a valóság érzékelésének megbízhatóságát a tapintás adja. Azok a gyermekek, akik elsősorban látás útján tájékozódnak, olyan távolságot tartanak, amely lehetetlenné teszi a közvetlen érintkezésen alapuló érzékelést. Ezeknek a gyermekeknek a szimbiózis iránti vágyuk kritikus, a közelségről való kényszerű lemondásuk az ismerősségről, valódiságról való lemondással jár együtt. Kisgyermekkorban mindez különösen nehézzé teszi a „megfogható" valóság elkülönítését a fantáziától.

Nem lehet véletlen, hogy a kisgyermekkor játékaiban, amelyeket a felnőttek, mintegy rejtett neuropszichológiai tréningként a gyermekekkel játszanak, nagy hangsúlyt kapnak a tapintási ingerlések. Gondoljunk csak az arcsimogató, ujjkiszá-

moló mondókák nagy számára és változatosságára. Újabb adalék ez ahhoz, hogy megérthessük a kultúra szerepét az emberiség ősrégi tapasztalatainak átadásában.

A szenzoros integrációs terápiában a taktilis ingerek felkínálása nagy körültekintést igényel. Általános szabály, hogy ezt is a játék kontextusában, a gyermek aktuális terhelhetőségének figyelembevételével lehet csak alkalmazni. Kerülendő a testközépvonal keresztezése. Ha az izgalmi állapot felfokozódik, az optimális izgalmi szint ritmikus, lassú vesztibuláris ingerléssel vissza kell állítani. Fontos teret adni a gyermek aktív, esetleg szokatlan tapintási ingereket kereső viselkedésének.

Játék

A szenzoros integrációs terápiában részt vevő gyermek hintázik, pörög, egyensúlyozik, szédítő iramban lendül egyik játékról a másikra, vagy éppen ellenkezőleg, csendben van, egy hálóban ringatózik, álmodozik. A kívülállók ezt tapasztalva meg szokták jegyezni: „Ugyan, hiszen itt csak játszanak!" De éppen ez az a momentum, ami a terápia leghatékonyabb eleme.

A játékhoz ugyanis tér szükséges: egy biztonságos, érdekes játékeszközökkel felszerelt, a kreativitásra módot adó tágasságú. Pszichésen pedig az én és nem én határán elhelyezkedő „potenciális tér" (Winnicott, 1999), amely az emberi fantázia és játék tere, ahol éppen annyi kihívás, veszély vár ránk, amellyel meg tudunk birkózni. Itt lehetünk spontánok, örömtelik, újat akarók, de megélhetjük a félelmet és a rettegést is; itt lehet mindennél fontosabb a saját motivációnk, itt lehet a legkevésbé lényeges a játszás eredménye szemben a játék élményével. Ebben a kényszeritő vonásoktól mentes „mintha" helyzetben lehet a „mivel játszani" kérdése helyett a „mit játszani" az érdemibb. Bundy (1991) felhívja a figyelmet arra, hogy a szenzoros diszfunkcióval küzdő egyén számára nem magától értetődően adottak ezek a lehetőségek: hogyan lehetne képes valaki akár átmenetileg is felfüggeszteni a valóság kereteit, ha minduntalan azt tapasztalja, hogy nem képes azt hatékonyan kezelni. Az ügyetlen, csetlő-botló, bizonyos ingerektől megrettenő, vagy a végkimerülésig nyughatatlan gyermek játékában fantázia és mozgás aspektusainak egysége nehezen valósulhat meg. Ezek a gyermekek a felnőttektől leggyakrabban a testi épséget védendő ésszerű tiltásokat (Vigyázz magadra! Ne mássz fel! Ne ugorj le! Lassabban!) hallanak, amelyek meggyőzik őket arról, amit homályosan már úgyis sejtettek: a játszótér, a tornaterem nem az ő világuk, számukra ott nincs szabadság. A terapeutára vár az a feladat, hogy kliensét, legyen az bármely életkorú is, kísérje, támogassa azon a felfedező úton, amely a megnehezített körülmények között keresi az éppen elégséges kihívást tartalmazó, éppen a leghatásosabb önszervezést biztosító, nem unalmas, de nem is elviselhetetlen szorongással kísért játékhelyzetet.

A SZENZOROS INTEGRÁCIÓS TERÁPIÁK FELHASZNÁLÁSI TERÜLETEI

Fogyatékossággal élő emberek szenzoros integrációs terápiája a szakirodalom szerint (Arendt et al., 1988) tüneti oldalról két irányból indokolt: *a)* a háttérfunkciók színvonalának emelésével optimalizálni lehet a sérült tanulási folyamatot; *b)* csökkenthetők egyes adaptációt nehezítő viselkedési formák, mint például a sztereotípiák és az önbántalmazás.

A hetvenes évektől kezdődően egyre több területen próbálták ki a szenzoros integrációs elméletből kialakuló terápiákat, melyekben a legnagyobb arányban vesztibuláris ingerlést alkalmaznak. A technika, a célzott életkori sáv, a kezelés időtartama természetszerűen igen eltérő, ennek ellenére érdekes kép rajzolódik ki előttünk. Weeks korai, 1979-es összefoglalója alapján kiemeljük a következő felhasználhatósági lehetőségeket, ahol a terápia eredményességéről – a *tanulási zavarokat* mutató gyerekek kezelésén kívül – tapasztalatokat szereztek. *Down-kóros gyermekeknél* jelentős javulást okozott, különösen a hiperreaktív vesztibuláris válaszok csökkenésében. *Autisztikus gyermekek* mozgásbeli sztereotípiáit, perceptuomotoros zavarait jótékonyan befolyásolta. *Beszédzavarok* terápiájának részeként jó eredményekről számoltak be, kiemelten a beszélési kedv fokozódását és az auditív ingerek összetettebb felfogását találták. A megkésett beszédfejlődés kezelésében igen látványos, gyors előrelépés várható, ha pszichoterápiás kontextusban alkalmazzák. *Halmozottan sérült* gyermekek esetében a világra való fokozottabb nyitottságot, a sztereotípiáik csökkenését lehetett tapasztalni, döntően vibrációs ingerléseket alkalmazva. Különösen látványos eredményt értek el *koraszülött csecsemőknél* (Neal, 1977 cit.: Ayres, 1979), amikor is függőágyban ringatták őket, vagy vízágyat használtak az inkubátorban: súlygyarapodásuk gyorsabb volt, izomtónusuk, fejmozgásaik, auditoros és vizuális válaszkészségük magasabb szintű volt, mint nem ringatott társaiké.

Hiperaktív gyermekek terápiájában elsőként Bhatara és mtsai (1981) alkalmaztak vesztibuláris ingerlést egyértelműen pozitív hatással. Tapasztalataikból az is kiderült, hogy hiperaktivitás esetén a 10 év alatti életkorban a terápia hatásossága jóval felülmúlta a későbbi életkorban megfigyelhető javulás mértékét.

Súlyos, felnőttkori neurológiai kórképeknél az *egyoldali szenzoros elhanyagolás* mértékét csökkenti a kérgi lézióval azonos oldali labirintus ingerlése, jelzi több tanulmány is (pl.: Marshall, Maynard, 1983, cit.: Kulcsár, 1992/93). Érdemes itt megemlíteni, hogy ez utóbbi két idézett tanulmány egyike sem kapcsolatos a szenzoros integrációs teóriával; vesztibuláris ingerléses módszerekről van szó, amelyeknek eredményessége indirekt módon támasztja alá Ayres kezelési módszerének hatásosságát, hiszen ennek legjellegzetesebb sajátja a vesztibuláris ingerlés preferálása.

A szenzoros integrációs terápia szemléletének bevonása a kezelésbe igen fontos lehet olyan *serdülőknél és felnőtt pácienseknél*, akik különböző fejlődési rendellenességek miatt kerülik a mozgást, főként a gravitációs bizonytalanság, a poszturális insta-

bilitás, az inkoordináció évekig tartó hatásaként (Huff, Harris, 1987, cit.: Montgomery, Richter, 1991).

Agysérülteknél, cerebrális bénultaknál szintén jó hatású az olyan körültekintő, az egyéni szükségleteket jól ismerő szenzoros integrációs terápia, amely az izomtónus normalizálását, a felegyenesedési és egyensúlyi reakciókat serkenti (Montgomery, Richter, 1991).

Az *időskori demenciák* esetében, amikor igen kevés a környezettel való interakció, illetve hiperszenzitívek egyes modalitásokban, a szükségleteikre kellően adaptált terápiás megközelítés olyan aspecifikus hatás, amely a betegek életminőségét jelentősen javíthatja. Az ilyen kórképekben gyakran tapasztalható öningerlést szenzoros élménykeresésnek felfogva, a terápia képes a hiányzó vesztibuláris-taktilis ingerlést a páciens számára motivációt és figyelmi működést serkentő módon nyújtani (Reisman, Hanschu, 1990).

Végül egy hazai példa: családotthonokban lakó *krónikusan beteg, halmozott fogyatékossággal* élő személyek életminőségének javítása érdekében 1998-tól Varga Izabella vezetésével olyan csoportos kreatív terápiát alkalmaztak, amelynek legdöntőbb mozzanata a résztvevők kommunikációs sajátosságaihoz alakított szenzoros integrációs módszer, művészetterápiával kibővítve (Kunos, 1999). Mozgásban, életörömben, önállóságban, spontaneitásban és kölcsönösségben érhetők tetten azok a változások, amelyek viszonylag rövid idő alatt a terápia eredményeként jelentkeztek.

A SZENZOROS INTEGRÁCIÓS TERÁPIA KAPCSOLATA A GYÓGYPEDAGÓGIA TAPASZTALATI BÁZISÁVAL ÉS MÁS TERÁPIÁS, FEJLESZTŐ ELJÁRÁSOKKAL

A szenzoros integrációs terápiák formálódásának kezdetén már létezett néhány neurofiziológiából eredeztethető terápiás alapelv, amely az idők folyamán eltérő hangsúlyt kapott, vesztett kissé mechanikus felhangjából és igen gazdag felhasználásra adott módot. Ilyen az a gondolat, mely szerint sokoldalú érzékleti ingerlést lehet a legeredményesebben alkalmazni az egyedi, integrációjában sérült területen. A multiszenzoros ingerek mindig hatásosabbak, mint az azonos modalitásbeliek. Mivel az agy egészként működik, ennek fenntartásában az összetartó érzékletek elhagyhatatlan aspektust jelentenek. Ne felejtsük Neisser (1984) idevágó megállapítását sem: nem szenzoros bemenetekre figyelünk, hanem a számunkra lényeges tárgyakra és eseményekre. A szinesztézia nem különös jelenség, hanem az érzékelés egyik alappillére. A klinikus számára ez azt jelenti, hogy a hallást nem kizárólag hallási ingerekkel, a látást nem egyedül látásiakkal lehet fejleszteni. A gyógypedagógia ezt régóta „tudja" és alkalmazza, függetlenül pillanatnyi elméleti irányultságától, hiszen hatékonyságát a tapasztalat rendre megerősíti.

Az előzőekkel szorosan összefügg a gyógypedagógia gyakorlatának az a sajátossága, hogy a sérült személyek számára olyan ingerlések segítségével szándékozik be-

nyomásokat nyújtani a világról, amelyek jól megragadhatók és nem feltétlen függenek absztrakt, nyelvi, oksági viszonyokat is magukban foglaló befogadói képességeken. Ott és úgy nyújt élményeket, ahol és ahogyan azt az egyén fogadni tudja. Ayres a neurofiziológia oldaláról a legkorábbi írásaitól kezdődően hangsúlyozza, hogy az idegrendszer interaktív egész működése oly módon is megvalósul, hogy magasabb szintű (kérgi) szerveződései az alacsonyabb szintek (agytörzsi-kisagyi) tapasztalatainak integráltságából származnak, így attól függenek. Pribram (1986; cit.: Fisher, Murray, 1991) későbbi, rendszerszemléletű megfogalmazása szerint a biológiai hierarchiák lényege, hogy a magasabb szintű organizációk ellenőrzik az alacsonyabb szinteket, úgy, hogy közben általuk is kontrollálva vannak. Ez az a reciprocitás, amely a gyógypedagógia hatásrendszerét láthatatlanul átszövi, és amely egyike azon erőknek, melyek a fejlődést serkenthetik.

Komplex látásmódjának következtében ez a terápiás megközelítés nem lép fel a kizárólagosság, az egymagában minden bajt megoldani tudás igényével, annyit ígér csupán, és mint láttuk, ez nem kevés, hogy hátteret képez, kiinduló pontot ad a színvonalasabb önszervezés lehetőségéhez. Ezt a lehetőséget azonban ki kell aknázni, és a fejlődés serkentése során a továbblépést más terápiás irányokba magától értetődően az egyéni szükségletek, az élethelyzet függvényében meg kell tenni. Szinte szükségszerű, hogy eklektikussá váljék az ilyen szemléletű kezelési rendszer, pontosan a hatásosság érdekében. Tudnunk kell azonban, hogy a Rood nevével fémjelezhető szenzorimotoros, a Kephart-féle perceptuo-motoros megközelítés, a Bobath-módszer, és a szenzoros ingerléses technikák bár neurofiziológiai gyökereiket illetően közel esnek a szenzoros integrációs terápiák kezdeteihez, mégis alapos megfontolást követően alkalmazhatók azzal együttesen. Abban az esetben érhetünk el kedvező eredményt, ha a szenzoros integrációs terápiák kereteinek megfelelően el merünk távolodni a gyakoroltatástól, a helyzetek felnőtt általi irányításától, és rugalmas, spontán módon a kliensek sajátos egyéni igényeire tudunk válaszolni. Mint Murray és Anzalone (1991) példájában az a nyolcéves diszpraxiás kislány, aki az ügyetlensége hátterében feltételezett gravitációs bizonytalanságot nem egyensúlytréninggel küzdötte le, saját kedve szerint lufikat igyekezett kiszurkálni, miközben hintázott.

A szubjektív jelentésadás, az intim kapcsolatképzés, az emocionális és testi történések figyelembe vétele azok a tényezők, amelyek a közös nevezőt jelenthetik ezek között, és ez az értelmileg akadályozott gyermekek és felnőttek, mozgásukban gátolt személyek megsegítésében éppen úgy elkerülhetetlen, mint a tanulási és a magatartási nehézségekkel küzdő gyerekek esetében.

Esetismertetés

Zsolt idős szülők egyetlen gyermeke. Ötévesen került nevelési tanácsadóba hiperaktivitás, megkésett beszédfejlődés és enyhén autisztikusnak értékelt viselkedés diagnózisával. Problémamentes terhességet követően nagy súllyal, a terminus után két héttel természetes úton született, felsírt. Adaptációja nehezített volt: az alvás-ébrenlét ritmusa nem tudott kialakulni, gyengén szopott, csak az egyik mellet preferálta, sokat sírt. Megnyugvást akkor talált, ha az édesanyja a hosszú hajfürtjeivel cirógatta. Ide vezetik vissza azt a jelenlegi szokását, hogy kizárólag akkor tud elaludni, ha az anyja szorosan mellé fekszik, úgy, hogy haját csavargathassa, azzal a száját ingerelhesse. Mozgásfejlődése átlagos ütemű volt, ám kimaradt a kúszás-mászás periódusa. Beszédfejlődése egyéves kora körül indult, azonban másfél-két éves korban megrekedt. Három évesen óvodába került, ahova igen nehezen szokott be. Két év után, a tanácsadóba kerülés idején is mindennaposak voltak a reggeli elváláskor a jelenetek. Vigasztalan sírását az óvónők nem tudták a szokott módon (ölbe vevés, simogatás, dúdolgatás) csillapítani, a gyermek a szó szoros értelmében megközelíthetetlen volt, és mozgásviharaival társait is elriasztotta. A testnevelés foglalkozások a vakrémület jegyében teltek, mert iszonyodott attól, hogy le kell vetkőzni. (Ekkoriban nyáron sem volt képes rövid ujjú pólót, sortot viselni.) Egy év után kezdett enni az óvodában, magában játszani és lassacskán – váltott kézzel – rajzolni. Más kezdeményezésbe nem lehetett bevonni. Beszédhangját nem hallották: vagy bömbölt, vagy néha-néha elsuttogott egy rövidke szót az óvónő fülébe. A szülők szerint otthon a gyermek követelőző, nehezen kezelhető és meglehetősen beszédes volt. Kancsalság miatt szemüveget visel, bőrallergiával küzd.

Az első három alkalommal Zsolti úgy vett rólam tudomást, hogy lecövekelt az ajtóban, és a világ minden kincséért sem jött a szobámba, sőt anyját sem engedte: fejét belefúrta anyja pulóverébe, egyik kezével izgatott tempóban anyja haját csavargatta, másikkal elkeseredetten kapaszkodott mindenbe, amibe csak lehetett. Távozásukkor észrevettem, hogy lassan megnyugodván, a szobában lévő játékokra sandít.

Ezek a játékok legtöbbször élénk érdeklődést váltanak ki a gyermekekből: izgalmasan lengő hinták, hímbálódzó hálók, hengerek, óriás labdák, gólyalábak, és ismeretlen rendeltetésű színes dobozok, rongyok, kötelek... Nyilvánvaló volt, hogy zavarom őt ezek birtokba vételében. Legközelebb anyjával kettesben mentek be, mint egy játszótérre. Rövidesen szélsebes rohangálás robaja, izgatott szavak hallatszottak, a tiltás és riadalom túlzó megnyilvánulásai. Zsoltnak szüksége lett rám, hogy az anyját megnyugtassam, és mindkettejüknek megmutassam, hogyan lehet ezeket a játékokat biztonságosan használni. Hosszú heteken keresztül „tisztes távolságból" voltam tanúja és bátorítója Zsolti játékának. Nem tettem mást, mint a szükséges részleteket hozzátettem ahhoz, amit ő megkezdett: párnát adtam, ha kemény volt a létrafok, amire a fejét hajtotta, elvittem az útból a zavaró tárgyakat, ha magasra me-

részkedett, szivacslapot tettem alá, és egyáltalán, érdeklődéssel követtem üzött, pillanatról pillanatra váltakozó tevékenységét. Megfigyelhettem, hogy veszélyérzete szokatlan módon nyilvánul meg: a testközelség számára a legijesztőbb, a magasság, az instabilitás, a térbeli orientáció elvesztése nem ijeszti.

Zsolti szerette a labdafürdő színes gömbjeit szerteszéjjel hajigálni. Én ezeket egyszer csak elkezdtem visszadobálni. Így kezdődött az első közös játékunk. Megtelt a terem a rengeteg repülő, guruló labdával. Sikongató örömmel üzte a guruló gömböket, négykézláb csúszkált utánuk, nem tudott betelni az állandóan mozgó labdák látványával, a szokatlan mozgás ritmusával. Számomra is lenyűgöző volt a kép, amelyet az állandóan mozgó, összekoccanó, hol itt, hol ott összetorlódó, majd szétguruló labdák dinamikája hozott létre. A helyzetből adódott, hogy közeledésemet a föld szintjén, a labdák mozgatásának összefüggésében volt képes elfogadni, így viszont boldogan. Ez a játék rövidesen újabb elemekkel bővült, kiterjedt más vesztibuláris ingerlést is adó eszközök használatára, építéssel, ledöntéssel, célzással kombinálódott. Több mint egy évvel később egy fantáziajáték során ezek a labdák tojások voltak, majd kiscsirkék, amik hol bebújtak a tyúkanyó szárnya alá, mert féltek, hol elszaladtak, mert kukacot kerestek. Zsolti eközben fokozatosan képessé vált arra, hogy elfogadja mások segítségét. Megindulhatott logopédiai kezelése, lovagolni kezdett és nemrégiben sikeres látogatást tettek egy fodrásznál, amit a család, igen helyesen, nagy vívmányként értékelt. Ebben a tanévben beiskolázták egy előkészítő jellegű osztályba, ahol bár sok nehézsége van a tanulással, saját aktivitásának szabályozásával, de mégis csak halad és elviselik.

Szenzoros integrációs terápiák során gyakran tapasztalhatjuk, hogy – mint az esetbemutatás is illusztrálta – a gyermekek egy regresszív világot rendeznek maguk köré, amelyben a korai élményszerveződés szabályai szerint mozognak, és innen építkeznek, bontakoznak ki. Ebben kell segítségükre lennünk figyelmünkkel, részvételünkkel, nyitottságunkkal.

Irodalom

A Parent's Guide to Understanding Sensory Integration. (1986) Torrance, CA: Sensory IntegrationInternational Publishers.

ARENDT, R. E. et al.(1988) *Critique of sensory integration therapy and its application in mental retardation*. American Journal of Mental Retardation, 92, 401–411.

AYRES, A. J. (1972) *Sensory integration and learning disorders*. Western Psychological Services, Los Angeles.

AYRES, A. J. (1979) *Sensory integration and the child*. Western Psychological Services, Los Angeles.

AYRES, A. J. (1980) *The Southern California Sensory Integration Tests. Manual*. Western Psychological Services, Los Angeles.

AYRES, A. J. (1991) *Sensory Integration and Praxis Tests*. Western Psychological Services, Los Angeles.

BÁLINT M. (1987) *Hiperaktivitás és iskolai teljesítménykudarcok. Kutatási beszámoló*. Oktatáskutató Intézet, Budapest.

BHATARA, V. C. et al. (1981) *Hiperkinesis treated by vestibular stimulation*. In: *American Journal of Occupational Therapy*, 32. 311–316.

BUNDY, A. C. (1991) *Play theory and sensory integration* In: *Fisher, A. G. et al. Sensory integration theory and practice*. F. G. Davis Company, Philadelphia.

DEGANGI, G. A., BERK, R. A. (1983) *Degangi-Berk Test of Sensory Integration. Manual*. Western Psychological Services, Los Angeles.

DEGANGI, G. A., GREENSPAN, S. I. (1989) *Test of Sensory Functions in Infants*. Western Psychological Sevices, Los Angeles.

DUNN, W. (1988) *Basic and applied neuroscience research provides a base for sensory integration theory*. In: *American Journal of Mental Retardation*, 92, 420–423.

FISHER, A. G. et al. (1991) *Sensory Integration Theory and Practice* F. G. Davis Company, Philadelphia.

FISHER, A. G., MURRAY, E. A. (1991) *Introduction to sensory integration theory*. In: *Fisher, A. G. et al.* (1991) *Sensory Integration Theory and Practice*. F. G. Davis Company, Philadelphia.

HUFF, D., HARRIS, S. (1987) *Using sensorimotor integrative treatment with mentally retarded adults*. In: *American Journal of Occupational Therapy*, 41. 227–231. In: *Montgomery, P. Richter, E.* (1991) *Sensorimotor integration for developmentally disabled children: A handbook*. Western Psychological Services, Los Angeles.

KANTNER, R. M. et al. (1976) *Effects of vestibular stimulation on nystagmus response and motor performance in developmentally delayed infant*. In: *Physical Therapy*, 56, 414–421.

KATONA F. (1986) *Fejlődésneurológia, neurohabilitáció*. Medicina, Budapest.

KATONA F. (1990) *Fejlődésneurológia és neurohabilitáció* 2. Medicina, Budapest.

KULCSÁR ZS. (1992) *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók*. Tankönyvkiadó, Budapest.

KULCSÁR ZS. (1992/93) *Gyermekkori hiperaktivitás II.* Magyar Pszichológiai Szemle, 3–4. 292–321.

KUNOS V. (1999) *Szenzoros integráció és kreatív terápia fogyatékkal élő fiatalokkal*. Szakdolgozat ELTE Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Szak.

MAILLOUX, Z. (1990) *An Overview of the Sensory Integration and Praxis Tests*. In: *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 44. 589–598.

MARSHALL, C. R., MAYNARD, F. M. (1983) *Vestibular stimulation for supranuclear gaze palsy: A case riport*. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 64, 134–136.

MONTGOMERY, P., RICHTER, E. (1991) *Sensorimotor integration for developmentally disabled children: A handbook*. Western Psychological Services, Los Angeles.

MURRAY, E. A., ANZELONE, M. E. (1991) *Integrating Sensory Integration Theory and Practice with Other Intervention Approaches*. In: *Fisher, A. G. et al.* (1991) *Sensory Integration Theory and Practice*. F. G. Davis Company, Philadelphia.

MYERS, P. I., HAMMILL, D. D. (1976) *Methods for Learning Disorders*. Wiley, London

NEISSER, U. (1984) *Megismerés és valóság*. Gondolat, Budapest.

PRIBRAM, K. H. (1986) *The cognitive revolution and mind/brain issues*. In: *American Psychologist*, 41, 507–520. Cit.: Fisher, A. G., Murray, E. A. (1991) *Introduction to sensory integration theory.*

REISMAN, J., HANSCHU, B.(1990) *Sensory integration inventory for adults with developmental disabilities: User's guide*. Hugo, MN: PDP Press.

ROTTER, L. (1946) *A gyermek lelki fejlődése*. Cserépfalvi, Budapest.

SCHILDER, P. (1933) *The vestibular apparatus in neurosis and psychosis. Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 78, 1–23, 139–164. ford.: Varga Izabella.

SZVATKÓ A. (1996) *Néhány korai poszturális reflexminta a szenzoros integrációs terápia tükrében*. Bölcsészdoktori disszertáció, ELTE Bölcsészettudományi Kar.

SZVATKÓ A., VARGA I. (szerk.) (1995) *Szenzoros integrációs terápiák*. Oktatási segédanyag.

VARGA I. (1998) *A Szenzoros integrációs terápiák tapasztalatai Magyarországon című konferencia programfüzete és tájékoztató anyagai*.

WEEKS, Z. R. (1979) *Effects of vestibular system stimulation on mentally retarded, emotionally disturbed, and learning disabled individuals*. In: *American Journal of Occupational Therapy*. 33, 450–457.

WINNICOTT, D. W. (1999) *Játszás és valóság*. Animula, Budapest.

Sándor Éva

29.

Személyiségfejlesztés művészettel (gyógyító pedagógiai művészeti terápia)

Művészeti pszichoterápia – művészeti pedagógiai terápia – gyógypedagógiai művészeti terápia

„Nem ellentmondásos-e a pedagógiai terápia kifejezés?" – veti fel a kérdést Klaniczay Sára, gyermekanalitikus pszichológus *Művészeti terápia és gyógyító pedagógia* c. cikkében. A szerző, aki szakértőként kísérte végig művészeti pedagógiai munkánk módszerének kialakulását, feltett kérdésére így válaszol: „...az elnevezésnek van létjogosultsága, mert pedagógiai eszközökkel is lehet gyógyítani, hiszen a személyiségzavarok megszüntetése a gyermek lelki egészségét szolgálja. A pedagógiai terápia nem más, mint gyógyító pedagógia, gyógypedagógia. Az új kifejezés visszaadhatja élménytartalmát a »gyógypedagógia fogalmának«" (Klaniczay, 1996, 293.).

A művészeti pedagógiai terápiát tehát gyógypedagógiai tevékenységnek tekinthetjük. Mivel azonban a „terápia" kifejezés kompetencia-kérdéseket vethet fel, a továbbiakban néhány alpvető fogalom tartalmát szeretnénk tisztázni. A művészeteket mint a gyógyítás eszközét felhasználó szakma (pszichológia, pszichiátria) két fő csoportot különít el: *művészeti pszichoterápia, művészeti terápia. A művészeti pszichoterápiák* a képet szimbólumfeltáró munka révén értelmezik, és ennek tudatosításával gyógyítanak. A *művészeti pszichoterápia* „szoros kapcsolatban áll a pszichoanalitikus és pszichodinamikus gondolatvilággal, és ezért az áttétel és viszontáttétel értelmezése nemcsak a képiséget veszi figyelembe, hanem verbálisan is interpretálja a kliens és a terapeuta közötti terápiás kapcsolatot" (Vasarhelyi, 1996, 6.). *A művészeti pszichoterápiá*ban tehát, bár elsősorban a képi-kreatív folyamatra koncentrál, és az áttétel lényeges részét a kép hordozza, mégis fontos szerepet kap az értelmezés. A *művészeti terápia* viszont elsősorban a képalkotási folyamatra koncentrál, a kliens és a terapeuta kapcsolata ezen belül zajlik. Az interpretáció ilyenkor nem feltétlenül verbális, az áttétel lényeges részét a kép, az „image" hordozza (Vasarhelyi, 1996). Mindezek mellett az idézett szerző megjegyzi, hogy e két fogalom mégsem képes kielégítő módon megmagyarázni a terápiás folyamat komplexitását. „Bizonyos esetben a képiség szinte kézzelfoghatóan önmagában hordozta az interpretáció funkcióját, mégis gyakran ezen a paraméteren belül is a verbális interpretatív munka elengedhetetlenül szükséges volt az anyag feldolgozásához. Egyre világosabbá vált számomra, hogy a *művészeti terápia* nonverbalitása és a *művészeti pszichoterápia* tradicionális,

klasszikus metodikája tulajdonképpen elválaszthatatlan a terápiás gyakorlatban Ha a terapeuta megfelelő rugalmassággal tud viszonyulni a verbális és nonverbális anyaghoz, nincs szükség erre a művi megkülönböztetésre" (Vasarhelyi, 1996, 6.).

A *művészeti pedagógiai terápia* (új fogalom, elsősorban a gyógypedagógiai tevékenységen belül értelmezhető) a kép pszichológiai értelmezése nélkül, magát az alkotó folyamatot pedagógiai értelemben használja a személyiség építéséhez. A *művészeti pedagógiai terápia* tehát lényegesen különbözik mind a művészeti terápiától, mind a művészeti pszichoterápiától.

„A *művészeti pedagógiai terápia* a pedagógia eszköztárából kialakított rendszer. Célja: képzőművészeti alkotómunka során megvalósuló személyiségépülés. Ennek lényege, hogy a biztonságérzet kialakulásának hatására létrejött pszichikus tértágulás eredményeként az egyén alkotóképessé válik, és ezzel megtalálja a hidat önmaga és a valóság között. A kép megjelenése jelzi a pszichikum alak-teremtő munkáját, ami a tudatosság erősödését hozza magával. Esztétikai minősége révén pedig mindig új és új alkotásra sarkall, ami alapja annak, hogy a tevékenység öngyógyító metódussá válhasson" (Sándor, 1996, 14.).

Ma már az is egyre világosabbá válik, hogy a *vizuális pedagógiai terápia* kifejezés talán jobban fedné e tevékenység lényegét, mint a „művészeti pedagógiai terápia" megjelölés. Az is igaz azonban, hogy az esztétikum pedagógiai terápiás munkánkban jóval nagyobb szerepet játszik, mint a művészeti pszichoterápiákban.

Esztétikum és terápia

„A »művészet« koncepciója a terápiás folyamat kontextusában egy olyan kritériumot reprezentál, amely összeegyeztethetetlennek tűnt azokkal az erőkkel, amelyek valóban döntő szerepet játszanak a terápiás folyamatban" (Vasarhelyi, 1996, 6.).

A lényeget tehát nem a művészet mint esztétikai jelenség, hanem a képi vizuális kommunikáció, a preverbális, gyakran időtől független folyamat jelenti, ami független az esztétika értékrendszerétől (Vasarhelyi, 1996, 6.).

A művészeti terápiával foglalkozó szerzők általában foglalkoznak az esztétikum kérdésével. Jakab (1985) ír az imagináció gyógyító erejéről, a katarzisban játszott szerepéről. A csoportos formában alkalmazott művészeti terápiával kapcsolatban azonban ezt írja: „A csoportvezető feladata, hogy moderálja az interakciókat az együttműködés kialakítása érdekében. Nem az alkotások esztétikai értéke, hanem a kreatív folyamat tudatos és tudattalan összetevőinek megértése a fontos" (Jakab, 1968. cit. Trixler és Tényi, 1998). Trixler és Tényi (1998) a művészetterápia során történő nagyfokú energiafelszabadulásról beszél, ami szintén az esztétikumhoz köthető.

A *művészeti pedagógiai terápiában* az esztétikumnak fontos szerepe van. A terápiás munka során megszülető kép mélyen determinált a gyermek problémái által, de

egyben esztétikai minőség is. Ezért egyszerre segíti a negatív élményektől való eltávolodást és a pozitív önértékelés kialakulását. A megszülető mű, éppen esztétikai értéke miatt örtási örömforrás, ami arra ösztönzi, hogy ez a metódus rendszeres öngyógyító gyakorlattá váljon (Sándor, 1996).

Klaniczay Sára szerint gyermekpszichoterápiás munkájában, jól működő terápiás kapcsolat esetén, egy idő után megjelenik a *szép*, s ez nemcsak a művészi adottságú gyermekeknél fordul elő (Klaniczay, 1992, 1996). Megjegyzi továbbá, hogy a terápiás foglalkozáson megjelenő esztétikum nem tárgya az analitikus értelmezésnek. „A *szép* önmagában hordoz megoldást, a konfliktusokat átdolgozottan tükrözi. A szép megjelenésének a gyermekpszichoterápiában gyógyító funkciója van: együttes élmény, s mint ilyen – Mérei Ferenc szavaival élve – minőségi többletet visz a terápiás kapcsolatba" (Klaniczay, 1996, 292.).

A fentiek meggondolása, valamint Gerő Zsuzsa, a gyermekrajzok esztétikumával kapcsolatos munkásságának tanulmányozása, és saját 8 éves pedagógiai terápiás munkám tapasztalatai egyre inkább arról győznek meg, hogy a *művészeti pedagógiai terápia* esetében az esztétikai momentum döntő jelentőségű.

Gerő Zsuzsa a gyermekrajzok esztétikumát vizsgálva megállapítja, hogy a grafikus kifejezés az áttétel módjában lényegesen eltér egyéb feszültségelvezető kifejezéstől, pl.: a játéktól, mivel a képalkotásnál az élmény feszültségét kell „átfordítani". Arra, azonban, hogy ez az „átfordítás" valóban megtörtént-e, éppen a kép *esztétikai szempontú* vizsgálata alapján adhatunk választ. A közömbös sablonoktól túltengő rajzok esetében ugyanis az „élményfeszültség csökkentése, megmunkálása helyett a feszültség elhárítása történik: *a grafikus sémák mechanikus rajzolása nem feszültségelvezető közlés, hanem éppen azt kikerülő pótcselekvés*" (Gerő, 1974, 13).

Művészeti pedagógiai terápia – gyógypedagógiai művészeti terápia

Pedagógiai terápiás munkánkban tehát a gyermekrajzok *szimbólumfeltáró értelmezése helyett azok esztétikai szempontú vizsgálata adhat támpontokat az élmény, illetve problémafeldolgozó munkára vonatkozóan.*

Terápiás rendszerünk kialakításánál ezért elsősorban arra koncentrálunk, hogy olyan körülményeket teremtsünk, hogy a gyermek nyugodtan, elmélyülten dolgozhasson, ami lehetővé teszi és inspirálja a probléma feldolgozást. Ez sok esetben hosszú, esetleg több éves folyamat is lehet. A terápiás rendszert minden gyermekcsoport esetében másként alakítjuk ki, az adott igényeknek megfelelően, pl. az óvodás és a kisiskolás gyermekeknél a foglalkozás tevékenységtartalma a szabadfestés. Ezt többnyire valamilyen érzelmeket vagy a fantáziát megmozgató látvány, játék vagy mozgás előzi meg.

Célunk az, hogy a szabadfestés során esztétikus kép szülessen, ami feszültségel-

vezető közlést tartalmaz, azaz ahol az „átfordítást" a kifejezés feszültsége kíséri, és ezáltal valóságos élmény, vagy problémafeldolgozás történik.

Pedagógiai terápiás munkánk gyakorlati példáját a *„Szabadfestés védelem alatt"* (Sándor, 1996) című, tanulásban akadályozott kisgyermekekkel végzett 4 éves tevékenységünkből emelem ki.

A terápiás rendszer számos eleme közül (pl.: a foglalkozás helye, a berendezés, teremhasználat, eszközök, zene, a választás szabadsága, stb.) itt a *foglalkozás tartalmát és rendjét* foglalom röviden össze, *majd egy gyermek kétéves festő-történetén keresztül mutatom be terápiás munkánkat.*

A TERÁPIA TARTALMA

A foglalkozások tartalmát, legfontosabb mozzanatát a gyermekek spontán alkotó tevékenysége, a szabadfestés jelenti.

A szabadfestés technikáját a gyermekek életkora, illetve fejlettségi állapota indokolja. Ebben a korban ugyanis a gyermek, ha van rá lehetősége, még szabadon alkot, és kísérletez, miközben problémáival birkózik, sokszor a kifejezés, a képalkotás segítségével próbál megszabadulni azoktól.

A spontán munka beindításához játékkal, bábozással, mesével kezdjük a foglalkozást. Ezzel elsősorban az érzelmekre akarunk hatni, ugyanis célunk a problémafeldolgozás elindítása, nem pedig a látottak megörökítése vagy illusztrálása.

A FOGLALKOZÁSOK RENDJE

A foglalkozás rendjének kialakításakor szükségesnek látjuk az ésszerű keretek kialakítását. Ennek érdekében rövid uzsonnázással és a már említett kb. 20 perces játékkal vezetjük be a szabadfestést. Az uzsonnázás mindig szépen terített asztal mellett, kulturált körülmények között történik. A bevezető játék pedig az érzelmi ráhangolódást, a megnyugvást, a biztonságérzet kialakulását célozza.

Fontosnak tartjuk, hogy saját elképzeléseink megvalósítása helyett próbáljunk a gyermekek igényeihez alkalmazkodni. *Szinte mindent megtehetnek* együttlétünk során, feladatunknak elsősorban tevékenységük elfogadható mederben tartását tekintjük. Így pl. előfordul, hogy egy-egy gyermekkel heteken keresztül játszunk, mert azt igényeli. Később ő is elkezd festeni, de lehet, hogy még hosszú ideig rendszeresen visszatér a játékhoz.

A HATÁROK KÉRDÉSE

Személyiségépítésük fontos momentumának tekintjük a személyes igényeik kielégítésén kívül, vagy sokszor ellenére, a *határok pontos kijelölését* is. Ez egyrészt a *foglalkozások rendjének betartását, a dolgok rendjét jelenti*, de még fontosabb az, hogy a közös vagy az egyéni tevékenység során jó lehetőség nyílik *a személyiség határainak* próbálgatására is. A gyermek hol együtt fest társával, hol elvonul, és egyedül dolgozik. Sokszor kéri a felnőtt segítségét, máskor az elmélyüléshez teljes egyedüllétre van szüksége. A határok, és ezen belül is az én-határok kialakulását azért tartom különlegesen lényegesnek ebben a munkában, mert *a közös mű vagy éppen a saját mű kialakulása, az én-határok kézzelfogható kifejeződése is egyben.*

A MEGFELELŐ TÉR

Végül nagy gondot fordítunk a megfelelő, *tág tér biztosítására* is. Legyen elég helye a festéshez, egész teste mozoghasson munka közben, s ha egyedül akar dolgozni, elvonulhasson egy távoli zugba, ahol senki sem zavarja.

A SPONTÁN ALKOTÓMUNKA SEGÍTÉSE

A spontán alkotómunka segítésében azt a gondolatot tartottuk szem előtt, hogy tevékenységünk csupán a *megrekedt alkotómunka továbblendítésére* szorítkozzon.

Ez azonban sokszor nem könnyű feladat. Lehet, hogy új anyagot kell ajánlanunk, vagy valamiféle új impulzust kell adnunk, de az is elképzelhető, hogy a kényszerű ismétlésekből kell kizökkentenünk egy új ötlettel. Ehhez mind a pedagógiában, és annak pszichológiai vonatkozásaiban, mind a művészeti kifejezésben jártas szakember jelenléte szükséges.

A foglalkozások rendjéhez tartozik a tevékenység megörökítése videón, valamint az alkotások lefényképezése. Erre egyrészt az elemző munka elvégzéséhez, másrészt a dokumentálás céljából van szükségünk. A videofelvételnek közvetlen terápiás célja is van: Minden rajz (festmény) elkészülése után az alkotó elmondja mit festett, ezt videóra vesszük, ezzel is jelezve, hogy rajza és amit arról mond, számunkra nagyon fontos. Ez az önértékelését pozitívan befolyásolja, öntudatosságát növeli, ami személyiségfejlődésében nagy jelentőségű.

Esetismertetés

Gábor 1996-ban második osztályos tanulója volt egy speciális általános iskolának. Két éven keresztül járt terápiás foglalkozásainkra. Finom arcú, barna hajú, barna szemű kisfiú. Mindig jólöltözött, megjelenése tiszta, rendezett. Látszik rajta az otthoni gondoskodás.

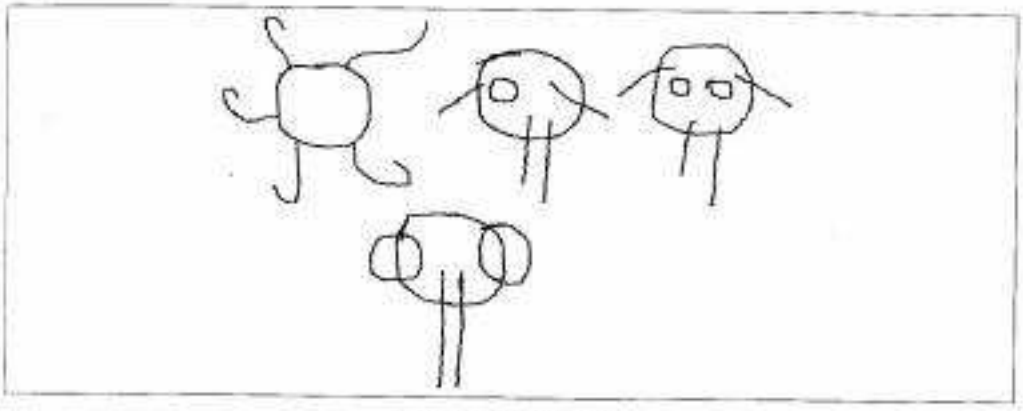
Elsőként gátlásos, félénk viselkedése tűnt fől. Kezdetben a rajzórákon a csoportnak szóló instrukciókat nem vette magára, csak akkor reagált lassan és nagyon félénken, tétován, ha csak hozzá szóltam. Jó ideig minden feladatot külön kellett megbeszélnem vele, az utasítást, a kérést megértette, ilyenkor válaszolt is azokra. Mozgását figyelve sokszor úgy éreztem, nem tudja eldönteni, merre is induljon. Ez nagy- és finommozgásait egyaránt jellemezte. Kötött, zárt mozgását magába forduló, zárt személyiségének külső jeleként értelmeztem.

A felületes szemlélő Gábort figyelmetlennek és szétszórtnak találhatja, mivel a külső ingerek nagy része valóban nem jut el hozzá. Ennek oka azonban legtöbbször az, hogy valami egészen másra koncentrál. Valami hozzá közelálló, számára izgalmas dolog köti le, amit mélyen és kitartóan megfigyel (pl.: érdekes forma vagy szín, vagy valamilyen mozgás stb.). Hosszasan és kitartóan tanulmányozza az apró kerámiafigurákat, a különös alakú kagylókat, csigákat, színes virágszirmokat, vagy a vizes tálkában az ecsetről leoldódó festék mozgásának színes játékát. Miközben tehát úgy tűnik, hogy a külső ingerek nagy része egyáltalán nem jut el hozzá, más hatások (pl.: mesefilm) olyan mélyen érintik, hogy azoktól egészen kimerül.

Gábor kétéves festő-történetét a foglalkozásokról készült jegyzőkönyvek és videofelvételek és rajzai alapján mutatom be.

A terápián készített első rajzai formailag egy három-négyéves gyermek firkáihoz hasonlóak. Rhoda Kellog értelmezése szerint megtalálhatók az alapfirkák és az azokból létrehozott kombinátumok és aggregátumok (Kellog, 1969). Alapfirkaként megjelennek a ferde és hajlított vonalak, a tökéletlen körvonalak, néha nyitott, hajlított vonalak és spirálok, kombinátumként a diagonális és a görög keresztek, az egymást átfedő és egymásba olvadó körvonalak, aggregátumként pedig a Kellog által leírt „napok", amik a formaábrázolás kezdeteinek tekinthetők *(29/1. ábra)*.

A rajzait elemezve Gábor 10 éves korában a firkakorszaknál tartott. Elgondolkodtató azonban, hogy ábráinak hosszú időn (éveken) keresztül ugyanazt a jelentést adta: a kék, pókszerű, szőrös nap-formát kék bikának, a piros hasonló formát vörös bikának, a piros füles-lábas, vagy fej-láb formát fiúnak, a diagonális kereszteket ikszeknek, a hármas hajlított vonal-együttest szivárványnak nevezte. Ez az értelmezés terápiánk alatt nem változott, ezért sokáig úgy fogalmaztunk, Gábor mindig ugyanazt rajzolja: két kék bikát, fiút, egy vörös bikát, ikszeket és szivárványt. Az elemző munka során azonban egyre világosabbá vált egy jól követhető fejlődési folyamat, aminek három fővonalát figyelhettük meg:



29/1. ábra. Alapfirkák

- a formaábrázolás fokozatos fejlődése;
- kizökkenés a kényszeres ismétlésekből, a tapadás megszűnése, nyitás kifelé;
- megszabadulás a bika-motívumtól, problémafeldolgozás;

A továbbiakban Gábor fejlődését e három területen mutatom be. A terápia első idejében, amikor láttuk, hogy kizárólag bikákat fest, próbáltuk az okot felkutatni. Kiderült, hogy kedvence egy bikás rajzfilm, hogy van egy értelmes, sikeres fiútestvére, aki nagyon keményen bánik vele, ő pedig törékeny, finom alkatú kisgyermek. Sokféle oka lehet tehát az ilyenféle motívumok ismétlésének, ami analitikus úton esetleg kideríthető lehet. A terápiás munkánk azonban pedagógiai jellegű, a szimbólumfeltárás nem feladatunk. Ezért úgy döntöttünk, hogy teret engedünk az ismétlésnek (ez a probléma feldolgozásához szükséges lehet), de egyéni fejlesztési tervet is készítünk, melynek lényege: folyamatos képességfejlesztéssel (mozgásfejlesztés, forma-megfigyelés, formareprodukálás, figyelemfejlesztés) segíteni a formaábrázolás kialakulását. Ettől is zárt személyiségének megnyílását és ezáltal a kényszeres ismétléseitől való megszabadulását vártuk.

Hipotézisünk szerint tehát *a spontán munka a problémafeldolgozás*, a *fejlesztőmunka pedig, a realitáshoz való közelítés* révén segíti személyiségfejlődését.

Hogyan tudtuk ezt megvalósítani a csoportmunkában?

Gábor részt vett minden csoportfoglalkozáson. Velünk ült a terített asztalnál, játszott, mozgott, improvizált, bábozott velünk, majd ugyanúgy festett szabadon, mint a többiek. Bikás képének elkészülte után azonban minden alkalommal egyénileg is foglalkoztam vele.

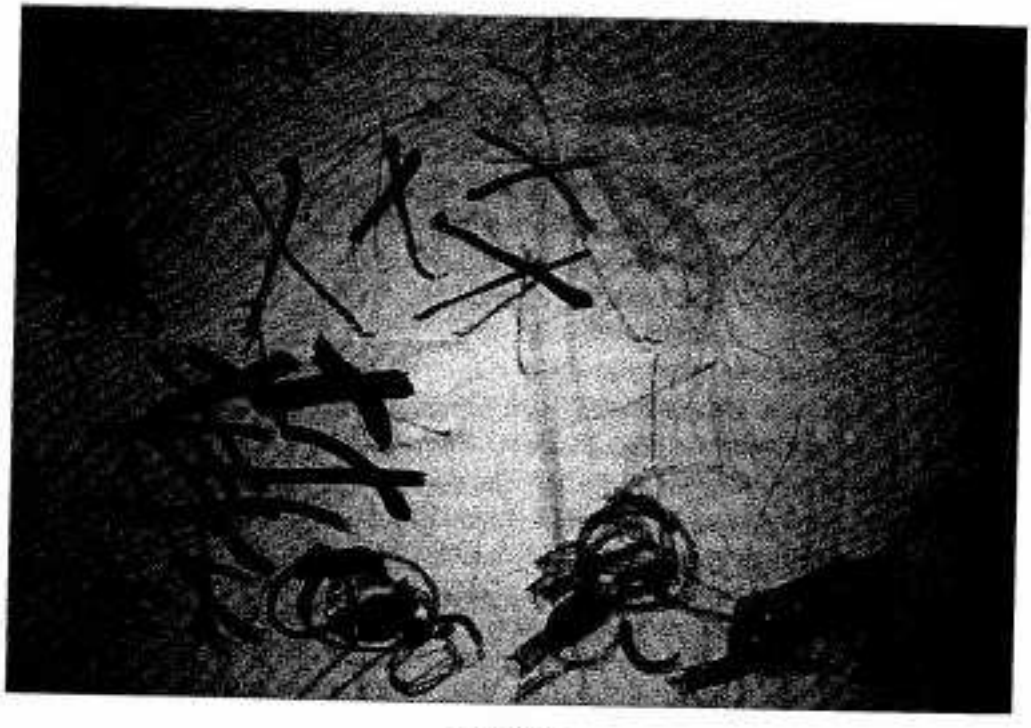
Firka-bikák. Mint már említettem, az első bikás képek firka-rajzoknak tekinthetők, vastag ecsettel, temperával készültek. Ez a tevékenység Gábor történetében rítussá vált. A munka minden momentuma, mindig ugyanúgy ismétlődött.

Ugyanabban a sarokban, egy védett kuckóban, a többiektől kissé szeparálva, ugyanakkora papíron, ugyanolyan testtartásban készültek rajzai. Mélyen, elmerülten dolgozott, mire elkészült, nagyon elfáradt, új kép festésére nem vállalkozott, inkább egyedül, elmerülten játszott a polcon lévő szép tárgyakkal, kerámiajátékokkal.

Az első bika-firkáiban *(29/2–3. ábra)* a motívumok szórtan helyezkednek el, a kép strukturáltsága alig észlelhető. Csak a két kék bika jelenik meg egymás mellett már itt is állandó viszonylatként ugyanúgy, mint minden további bikás képén.

Későbbi bikás képein lassan kialakul az állandó képi struktúra: lent a fiú a két kék és a piros bikával, fönt a szivárvány és az ikszek, mindig jobb oldalon a kék bikák párban, bal oldalon a vörös bika és középen a fiú. Ettől a struktúrától a későbbiekben sosem tért el.

Ezeket a képeket összefoglalóan úgy jellemzem, hogy Gábor itt mutatta meg magát. Ilyen vagyok (személyiségjegyek, rajzi fejlettség stb.), ez a problémám.



29/2. ábra



29/3. ábra

(Problémáját nem tudtuk és nem is akartuk kitalálni, de megpróbáltunk segíteni, hogy azoktól megszabadulhasson.)

Később, bikás képei erősen változtak, ezért ezeknek a következő összefoglaló címet adtam:

Harc a bikákkal. Ezeken a képeken látható, hogy az ábrázolásmód is megváltozott. A vonalas firkaábrák egyre inkább foltszerűvé váltak, az előbb leírt struktúra egyre határozottabb lett. A formák nagyságbeli viszonylatai pedig érdekes változásokat mutattak.

A 29/4. ábrán a fiú figurája hatalmas, a bikák fölé magasodik, a bikák felé nyúl.

A *29/5. ábrán* szintén óriási a fiú figurája, és a kék bikák fölé magasodik. A vörös bika azonban majdnem akkora, mint a fiú és érdekes, hullámos, szalagszerű nyúlványok láthatók rajta. Elképzelhető, hogy a foglalkozást bevezető bábjáték Bóbita-figurájának fejéről csüngő színes krepp-papír szalagok hatottak itt az ábrázolásra.

A *29/6. ábrán* a fiú kicsi, a bikák jóval nagyobb figurái közé ékelődik, a bikák szarva a fiú fölé magasodnak.

Mindhárom képen a kék bikák pókszerűek, a piros bikák formája főként a *29/6. ábrán* skorpiószerű, szőrös „nap"-firkára vezethető vissza.

A *29/7. ábrán* a bikák és a fiú formája az előzőekhez hasonló, de mozgásukban



29/4. ábra



29/5. ábra



29/6. ábra



29/7. ábra

valami változás észlelhető. A kép előzménye talán a korábbi játék. A sok héten át mindig hasonlóképpen megfestett bikás képek hatására játszani kezdtem a fiúval. Színes papírból két kék és egy piros bikaformát vágtam ki, valamint fehérből egy fiút. Gábor ezeket a bikákat szarvasoknak nevezte el. Játékunkban Gábor lett a fiú, én pe-

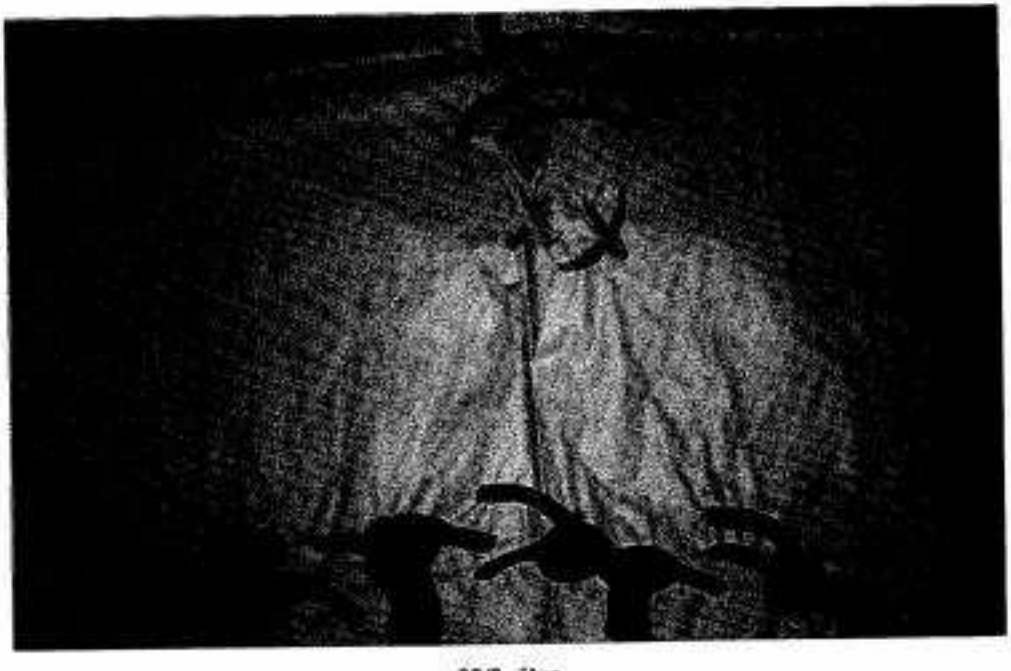
dig a szarvasokat mozgattam. Először a kék szarvas jelent meg, Gábor (a fiú) játszott vele, mert jó, kedves szarvas volt. Azután jött a piros szarvas. Kérdésemre, hogy mit csináljon a fiú és a jó szarvas, Gábor azt válaszolta, hogy bújjanak el. De jött a gonosz piros szarvas, megtalált minket, meg kellett vele küzdenünk. Legyőztük.

Gábor első szava a foglalkozás után édesanyjához ez volt: küzdöttünk. Közlésében nagyfokú izgatottságot éreztem. Az ezt követő foglalkozáson készült a már említett érdekes rajz, ahol a fiú figurája mozgásban van, mintha rátámadna a piros bikára.

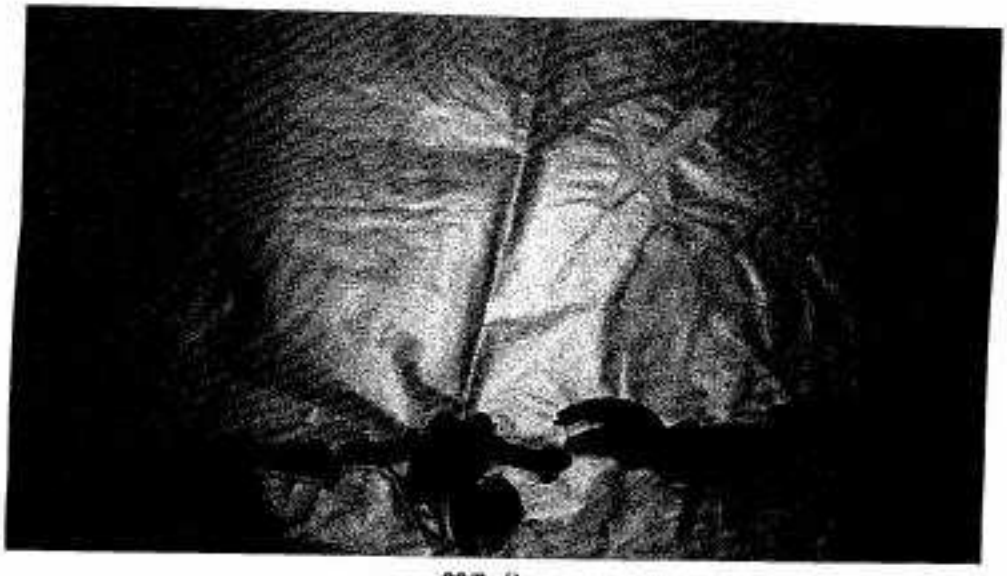
Ez persze csak feltételezés, hogy valójában mit jelentenek Gábor képein ezek a szimbólumok, és hogy mi lehet a rajzok hátterében, azt nem elemezzük tovább. Az azonban megállapítható, hogy itt mintha fordulat következett volna be. Ezért következő korszakát így neveztem el:

A megbékélés időszaka. Gábor számára a bikák még ekkor is fontosak voltak, hiszen minden alkalommal megfestette őket a játék vagy a bábozás után, de egyre rövidebb időt fordított rájuk, nem fáradt el közben és alig várta, hogy együtt dolgozzunk, fessünk valamit. Bikái is megváltoztak, a papír legaljára kerültek, a piros bika kifelé tart a képből, a kék bikák valahogy egyre inkább nyuszinak látszanak, sőt utolsó képén a szélső bika kedves lovacskává válik. *(29/8–11. ábra).*

A szivárvány fokozatosan a kép jobb oldalára kerül *(29/9–11. ábra).* Érdekes még a széttárt karú figura, ahogyan a bikák között áll: a *29/10. ábrán* különösen úgy tűnik, mintha a kék és a piros, a jó és a rossz, a félelem és biztonság között feszülne, egyensúlyozna, majd a lovacskás *(29/11. ábrán)* már békésen vezényli a figurá-



29/8. ábra



29/9. ábra



29/10. ábra

kat. Megjegyzem, hogy ezeken a képeken a formaábrázolás fejlődését is megfigyelhetjük, hiszen a fej-láb sémák itt már egészen állatszerű formákká alakultak. Az utolsó, a lovacskás képéről beszélgettünk:

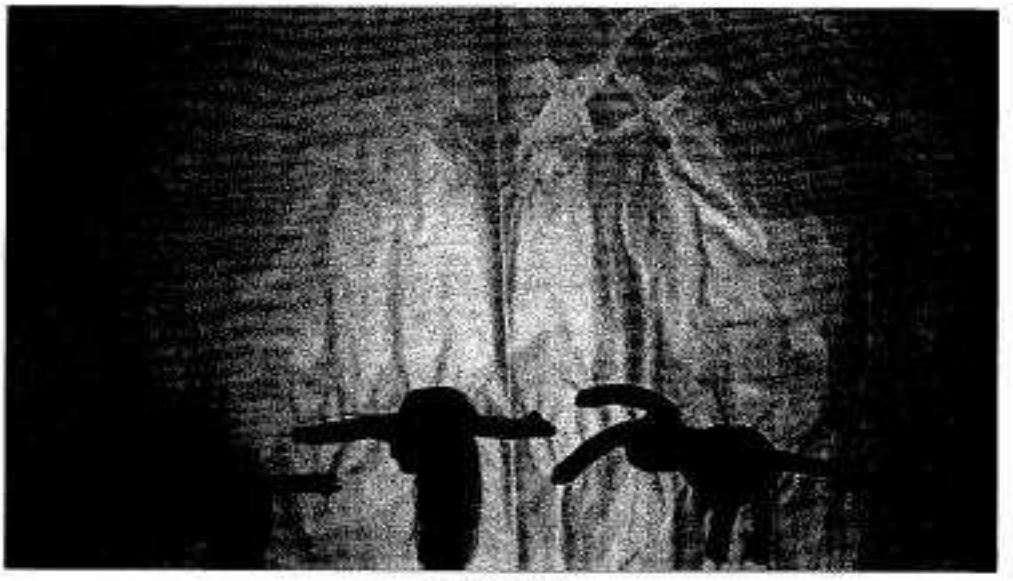
– *Mi történik a képen? – kérdeztem.*

– *A fiú bezárta a vörös bikát a ketrecbe.*

Ha ez így van, akkor már nem is kell tovább foglalkoznunk a bikákkal.

Gábor ezután soha többé nem festett bikákat.

Közben eltelt egy nyár. Szeptembertől az első képét teljesen benépesítette különféle álla-



29/11. ábra



29/12. ábra

tokkal (elefánt, orrszarvú, zsiráf, teve stb.). Formaábrázolására jellemző, hogy olyan fontos jelzések láthatók az egyes figurákon, amelyek valóban utaltak az adott állat jellegzetességére.

Az idei második foglalkozást bábjátékkal kezdtem. A játék főszereplője egy há-



29/13. ábra

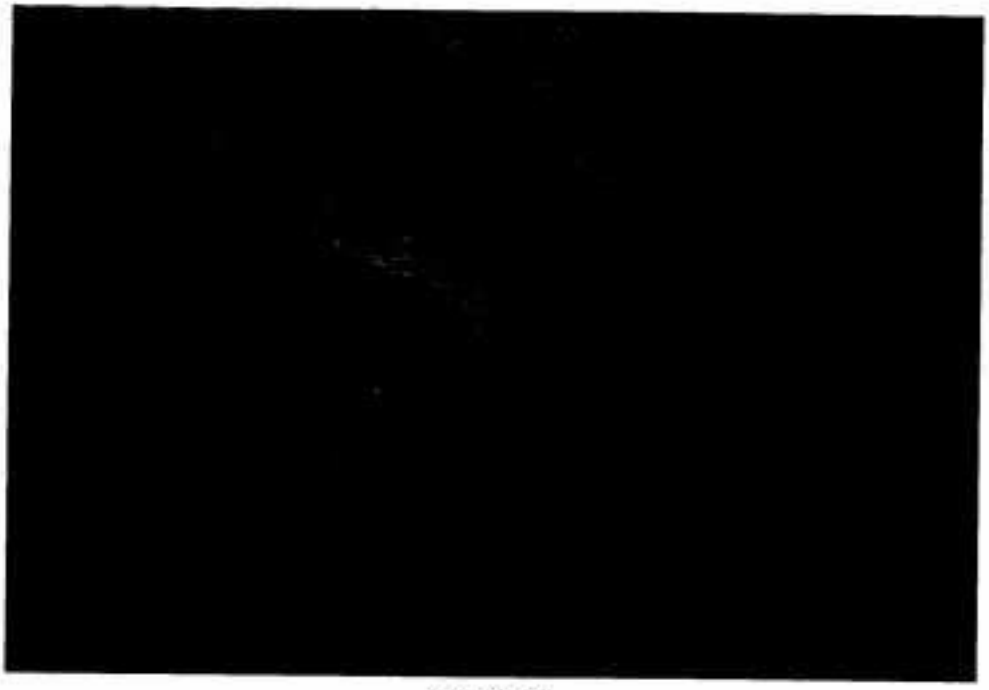
romfejű sárkány volt. Gábor rajzát a sárkányforma megfestésével kezdte. Sajnos később a képet elfedte színekkel, így amorf foltokból álló kép alakult *(29/12. ábra)*.

A következő foglalkozáson gólya és béka volt a játék szereplője. Képét a gólya hosszú csőrével és a béka megfestésével kezdte, sajnos ez a kép is az előző sorsára jutott *(29/13. ábra)*.

Gábor tehát a kétéves, rendszeres munka során spontán rajzában érdekes utat járt be. Rajzfejlődésében a *firkakorszak formaszakaszából jutott el olyan formaábrázolási szintre*, amikor már megpróbált a valóságból vett formajegyekkel formakaraktereket érzékeltetni, s *közben a* folyamatos ismétlések során *fontos problémafeldolgozó munkát végzett.*

Fejlesztő munka a terápiás folyamatban

Mindehhez hozzájárult a rendszeres *fejlesztő munka* is, hétről-hétre. A fejlesztőmunka *megtervezése* előtt felmértem a gyermek képesség állapotát. A mozgását kötöttnek, zártnak, nem megfelelően koordináltnak találtam. Járása totyogónak tűnt, karjait szinte sosem volt hajlandó felemelni, s a kör rajzolásánál a kör jobb oldali része mindig behorpadt, ez is a karmozgás szabadságának hiányát jelezte. Ezért kezdtem a fejlesztést mozgás-rajzból induló formaábrázolással. A formaábrázolás fejlesztésének felépítésénél kerestem azokat a pozitívumokat, amikre fejlesztő munkámat építhettem. A formaleképezési feladatoknál kiderült, hogy Gábor ezeket hamar



29/14. ábra



29/15. ábra

megoldja, ezért egyre bonyolultabb formák ábrázolásával foglalkoztunk. A körvonalból és a csigavonalból kiindulva először centrális szerkezeteket kellett leképeznie, majd a hullám és hurokvonal segítségével bonyolultabb centrális formákat festett (virág, nap, madár). Ezután próbálkoztunk az emberforma szerkezetének megtalálásával, majd ezeket a formákat megpróbáltuk képbe rendezni *(29/14–15. ábra)*.

Eleinte sok segítséget adtam, később egyre kevesebbet. Kezdetben közös képeket festettünk, később külön festettünk egymás mellett, majd egymással szemben. Gábornak ilyenkor az általam rajzoltakat kellett utánoznia. Végül egyedül dolgozott kép alapján.

Ez a fejlesztő munka azért volt lehetséges, mert Gábor érdeklődik a formák iránt és azokat képes mélyen megfigyelni.

Jelenleg kép alapján egyszerűbb szerkezeti formát felismerhetően képes lerajzolni, ami a formaábrázolás olyan fokát jelenti, amire a további vizuális fejlesztés építhető.

Gábor személyisége a terápia során nyitottabbá, oldottabbá vált, mozgása lazult, munkatempója növekedett, beszéde hangosabb, érthetőbb és határozottabb lett.

Mindettől azt reméljük, hogy tanulási képessége javul, ezáltal a családban elfoglalt helyzete is pozitívan változik, ami visszahat tanulására és egész személyisége további fejlődésére.

Gyógypedagógiai művészeti pedagógiai terápia és képességfejlesztés

A 12–14 éves, tanulásban akadályozott gyermekcsoportjainkban terápiás rendszerünk tevékenységtartalma vizuális képességfejlesztéssel egybekötött kreatív képalkotó munka. Fő célunk a kreatív állapot elérése, ami alapja az önkifejezésnek, és a befogadóképesség kialakulásának. Ilyen értelemben a kreativitást a tanulás feltételeként is értelmezhetjük.

Tanulásban akadályozott gyermekek számára kialakított vizuális pedagógiai terápiás rendszerünkben fontosnak tartjuk, hogy a gyermekek biztonságot adó légkörben „alkotásra inspiráló", nyugodt környezetben az őket valóban érdeklő problémára találjanak rá, amit saját problémájukként kezelhetnek (belső motiváció). A nyugodt, segítő légkörben végzett problémamegoldó munka élménye beépül a személyiségbe, ezáltal az ismeretek gazdagodása, a képességek fejlődése mellett az önbizalom is erősödik, ami növeli a bátorságot, hogy az új problémákkal szembenézzünk (Sándor, Horváth, 1995). Ezzel elindítható egy önmagát erősítő folyamat, ami a tanulási akadályozottság kompenzálásához, esetleg leküzdéséhez vezethet.

A képességfejlesztés tekintetében elsődleges célunk a tanulás segítése, és ennek érdekében a kognitív, a kreatív, a kommunikációs és a szociális képességek fejlesztése. Fejlesztőmunkánk részletezése azonban jelen tanulmányunknak nem feladata, ezért erre itt nem térünk ki.

Terápiás munka az iskolai tanórákon

A terápiás csoportban elért eredményeink arra buzdítottak, hogy a különösen nehéz gyermekeknél az osztálymunkába is megkíséreljük a terápiás metódus egyes elemeit beépíteni. Tanulásban akadályozott, első és másodikos gyermekek számára a *„Szabadfestés védelem alatt"* című terápiás módszerünkből próbáltunk meg néhány fontos elemet átvenni, és a tanítási órákba beépíteni. Feltételeztük ugyanis, hogy a kisgyermekek természetéhez közel álló nagyméretű szabadfestés a fejlődésben elmaradt gyermekek esetében jobban szolgálja a szabad önkifejezést, mint a kötöttebb iskolai szituációban történő feladatvégzés.

Segítette munkánkat az Országos Közoktatási Intézet által kiadott *Officina Bona* minősített tanterv, aminek *Vizuális Kultúra* tananyagát magam készítettem, és annak terápiás változatát úgy írtam meg, hogy terápiás tapasztalataimat megpróbáltam mind a tíz osztály tananyagába beépíteni. Ez a valóságban azt jelenti, hogy az alsó négy osztály tananyagának kidolgozásakor a legnagyobb hangsúlyt a gyermeki szabad önkifejezésre, a spontán munkára, a játékos kísérletezésre, valamint a tanulást meghatározó pszichikus funkciók (mozgás, percepció, testséma) fejlesztésére fektettem. A felső osztályokban igyekeztem a tananyagot tudatosan felépített képességfejlesztés (kognitív, motoros, kreatív, kommunikációs, szociális) szolgálatába állítani. Természetesen a terápiás változat tananyagának tartalmát is a Nemzeti Alaptanterv (NAT), és a Kerettanterv határozza meg, mégis néhány fontos jellegzetességet ki kell emelnünk.

A terápiás jellegből fakad az érzelmek hangsúlyozott fejlesztése, a biztonságérzet megteremtésére való törekvés, valamint az én-erősítés, ami a gyermek személyiségének megnyílását, felszabadulását eredményezi.

A tananyag tartalmát tekintve megjegyezzük, hogy itt a művészetek komplexitása jobban érvényesül. Minden évfolyamon végigvonul a zene, a mozgás, az irodalom, a képzőművészet elemeit együtt felhasználó alkotó tevékenység a kisgyermek spontán játékától a fiatal tudatos drámajátékáig (Sándor, 2000).

Az *Officina Bona* minősített tanterv terápiás változatú tananyagának megalkotása azért nagyjelentőségű számunkra, mert ezzel terápiás tapasztalataink tantervi anyagba építése legális lehetőséggé vált a gyógypedagógiai gyakorlat számára.

A módszer eredménye minket is meglepett. Az addig szinte kezelhetetlen gyermekek kitartó, elmélyült munkával, akár egy órán keresztül is képesek voltak dolgozni.

Nagyméretű (egész íves csomagolópapír), gyönyörűen komponált, pazar színhasználatú képeket festettek, tér- és formaábrázolásuk fejlődése mellett magatartásuk pozitív változása volt a legszembetűnőbb jelenség.

Alkotómunkájuk néhány szép példáját mutatjuk be a fejezet végén *(29/16–23. ábra)*. (A képeket a Váci Úti Általános Iskola első osztályos tanulói készítették.)



29/16. ábra



29/17. ábra



29/18. ábra



29/19. ábra



29/20. ábra



29/21. ábra



29/22. ábra



29/23. ábra

Irodalom

GERŐ ZS. (1974) *A gyermekrajzok esztétikuma.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

JAKAB I. (1968) *Psychiatry and Art.* Krager, Basel.

JAKAB I. (1985) *The healing power of the image. Japanese Bulletin of Art Therapy, 16.*

KELLOG R. (1969) *Analyzing Children's Art.* Mayfield Publishing Co., California.

KLANICZAY S. (1992) *A „Szép megjelenése" az analitikus gyermekpszichiátriában.* In: *Esetek a gyermekpszichiátria területéről.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Cerberus, Budapest, 128–134.

KLANICZAY S. (1996) *Művészeti terápia és gyógyító pedagógia.* Gyógypedagógiai Szemle, 4., 288–293.

SÁNDOR É. (1996) *„Szabadfestés védelem alatt" Képzőművészeti pedagógiai terápia tanulásban akadályozott, diákotthonban élő, 7–10 éves gyermekek számára.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

SÁNDOR É. (2000) *Vizuális Kultúra.* In: Janza Károlyné (szerk.) *Officina Bona, Minősített tanterv.* OKI, Budapest, 1–161.

SÁNDOR É., HORVÁTH P. (1995) *Képzőművészeti pedagógiai terápia.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

TRIXLER M., TÉNYI T., GÁTI A. (1998) *A grafikus kifejezésmód szerepe pszichotikus betegek diagnózisában és terápiájában.* In: Fodor I. (szerk.) *Félelmek és boldogságok. Előadások a művészeti nevelés pedagógiai, pszichológiai, művészetterápiai és pszichiátriai vonatkozásairól.* Devi Art Alapítvány, Pécs, 67–71.

VASARHELYI V. (1996) *Vizuális pszichoterápia (esettanulmányok).* Animula, Budapest.

Urbánné Varga Katalin

30.

Kommunikációs képességek fejlesztése autista gyermekeknél a zeneterápia eszközeivel

Az emberiség történetének kezdetéig nyúlik vissza a ritmusnak (dob) és a hangnak (kiáltások, ének, ráolvasás) a használata a gyógyítás folyamatában. Az évszázadok alatt azonban a sámánok e szertartásaira a feledés homálya borult, bár eldugott vidékeken (pl. Szibéria) e hagyomány máig él, s az utóbbi évtizedekben újra feléledni látszik (Diószegi, 1998; Babulka és mtsai. 1989; Forgács, 1992; Hoppál, 1994; Tucek, 1994; Vitebsky, 1996; Harner, 1997).

Az a tapasztalat azonban, hogy a zene, illetve a zenélés segítő és gyógyító eszköz lehet, élő maradt, s a 20. századi Amerika és Európa országaiban – egyre szélesedő körben – *zeneterápia* néven elindult hódító útjára.

A zeneterápia szó az emberekben többféle érzést, gondolatot kelthet (pl. kíváncsiság, elutasítás, értetlenség, lelkesedés, hitetlenség stb.) attól függően, mennyire ismert számukra ez a terápiás forma. E különböző reakciót bizonyára színezi a terápia szó is, hiszen ez a köztudatban általában az orvosi tevékenységhez kapcsolódik. Talán a zene szó tűnik minden olvasó számára pontosan érthetőnek, pedig ugyancsak nehéz lenne megfogalmazni, mi is a zene.

Mielőtt tehát a zeneterápia gyakorlatára, lehetőségeinek részleteire rátérnénk, szükségesnek tartjuk a zeneterápia körvonalazását, más segítő tevékenységekkel való kapcsolódási pontjainak megkeresését. Ezután röviden áttekintjük, hogyan definiálható ez az eljárás, melyek az alapelvei és eszközei. Végezetül gyakorlati példák segítségével demonstráljuk alkalmazásának lehetőségeit.

A zeneterápia mint nonverbális módszer

A terápia – pedagógia – pszichoterápia – zeneterápia kapcsolatai

A „terápia" szó definícióit olvasva több enciklopédiában, lexikonban csak orvosi megközelítésű magyarázatokat találunk: gyógyítás, gyógykezelés, gyógymód, orvosi kezelés, kezelés, orvoslás. Ugyancsak orvosi tevékenységformákra utalnak a

műszeres beavatkozás, műtét, gyógyszerelés, étrend kifejezések, illetve egy helyen előfordult a rehabilitáció szó is. Ezzel szemben a külföldi szakirodalomban az eredeti görög jelentést is kihangsúlyozzák a szó tartalmának meghatározásánál: „szolgálni, védeni, segíteni, ápolni" (Orff, 1994; Buzási, 1993; Missura, 1994). Ebből következően önként adódik a zeneterápia definíciójaként a legegyszerűbb meghatározás: *zenével gyógyítás, segítés.*

A zeneterápia azonban szoros kapcsolatban van a zenei neveléssel is, egyes szerzők annak pszichológiai alapozású folytatásaként határozzák meg. Kodály indoklása a zenei nevelés szükségességéről ezt az összefüggést jól mutatja, amikor így fogalmaz: „....az ének felszabadít, bátorít, gátlásokból, félénkségből kigyógyít. Koncentrál, testi-lelki diszpozíción javít, munkára kedvet csinál, alkalmasabbá tesz, figyelemre-fegyelemre szoktat. Hogy egész embert mozgat, nemcsak egy-egy részét. ...Fejleszti a közösségi érzést. Kifejleszti a csírájában minden emberben meglévő zeneérzéket..." (Kodály, 1974., I/304.).

E nyilvánvaló összefüggést felismerve kísérli meg Missura a zeneterápia és a zenei nevelés közti kapcsolat és különbség megfogalmazását. Itt csak a zene-zenélés aspektusából idézve gondolatait, e kapcsolatot a közös zenei nyelvben jelöli meg. A különbséget pedig abban látja, hogy pedagógiai célként maga a zene, a zenélés jelölhető meg (azaz maga a „produktum"), míg a terápia esetében a zene-zenélés az eszköz, amelynek segítségével lehetőség van a tapasztalásra, az önmegismerésre, a változásra, a „gyógyulásra" (azaz a terápiára), s ez az út maga a cél (Orff, 1974; Missura, 1994). A szakmai határok kijelölésének nehézségét és ugyanakkor fontosságát jelzik, hogy a terápia és a nevelés (pedagógia), illetve a gyógypedagógia szétválasztásának, körülhatárolásának témájában is újra és újra megjelennek írások, elhangzanak okfejtések (Tóth Z., 1933; Sulyomi-Schulmann, 1942; Gordosné, 1964, 1967; Hirsch, 1967; Pálhegyi, 1967, 1969; Vértes O. A., 1990; Klaniczay, 1998; Lányiné, 1999). Tovább árnyalhatja a képet az a tény is, hogy a zeneterápiás munka többféle céllal folyhat, pl. elsődleges vagy másodlagos prevenciós, rekreációs, pszichoprofilaktikus, palliatív, ortopedagógiai (azaz gyógypedagógiai), rehabilitációs célból alkalmazzák; illetve különböző lehet a terápiás megközelítési mód is: pszichoanalitikus, személyközpontú, humanisztikus, viselkedés-központú, kommunikatív, integratív stb.

A sokrétű szakmai kapcsolatok lehetőségét jelzi tehát, hogy mind a gyógypedagógia, mind a zeneterápia lehet pszichoterápiás jellegű, illetve célú (Pálhegyi, 1967, 1969, 1972). Azonban a pszichoterápiával kapcsolatban is azt olvashatjuk: "a pszichoterápia fogalmának meghatározása nem könnyű feladat, egységes definiálása szinte lehetetlen" (Pintér, 1993, 5.), míg Buda Béla – külföldi szakirodalomra hivatkozva – ugyanerről a témáról így ír: „A pszichoterápia a nevelés, illetve a reedukáció modelljében jobban értelmezhető, mint a gyógyításban" (Buda, 1993, 217.) Ugyanerre az összefüggésre hívja fel a figyelmet Lányiné Engelmayer Ágnes is (Lányiné, 1999). Így tehát csak azt szögezhetjük le a fentiek alapján, hogy e szakterü-

letek szoros kapcsolatban vannak egymással, és egymáshoz képest határaik pontosan, minden szempontból nem írhatók körül, és nem választhatók el.

Mint az előzőekben már említettük, a zeneterápia központi eleme maga a zene, a zenélés, ezért a zeneterápia a nonverbális terápiák körébe tartozik. Ebből következően a közlés eszköze, jelen esetben a zene, illetve a hangkeltő eszköz (hangszer, vagy bármi más) vagy maga a test, melyhez a mozgás társul, illetve az maga a hangot létrehozó erő. A terápiás munka elsődleges célja a kapcsolatteremtés és önkifejezési módok fejlesztése, gyakorlása, valamint az önismeret mélyítésével az adaptációs készség erősítése. A „nonverbális" jelző a szóbeli kommunikáció háttérbe szorulását, illetve csak szükség esetén való használatát jelzi (Bagdy, 1991, 3.).

A nonverbális kifejezésmódnak a metakommunikációnál tágabb tartalmára is figyelmeztet Bagdy, valamint arra, hogy az lehet tudatos (pl. jelbeszéd), illetve spontán kísérője a verbalitásnak. A nonverbális pszichoterápiánál minden nem verbális kifejezési eszközt felhasználnak a módszer és cél meghatározottságának függvényében (Bagdy, 1991). Minthogy a zeneterápia is nonverbális terápia, tehát az egyik cél itt is a kommunikáció korrekciója és tökéletesítése a zenei eszközrendszer segítségével (Urbánné, 1999) .

Mindezekből az következik, hogy a zeneterápiánál is érvényesek a nonverbális terápiák alapelvei (Bagdy, 1991).

A ZENETERÁPIA DEFINÍCIÓJA ÉS FAJTÁI

A zeneterápia átfogó definícióját 1996-ban a Zeneterápiás Világkongresszuson (World Congress of Music Therapy) Hamburgban a Klinikai Gyakorlati Bizottság (Clinican Practice Commission) így határozta meg:

„Zeneterápia során a képzett zeneterapeuta egy tervezett folyamatban használja a zenét vagy zenei elemeket (hang, ritmus, dallam, harmónia) annak érdekében, hogy elősegítse a kommunikációt, kapcsolatokat, tanulást, kifejezést, mobilizációt, szervezést (szerveződést). Ezek mellett pedig terápiás hatást gyakorol fizikai, emocionális, mentális, szociális és kognitív területeken.

A zeneterápia célja, hogy az egyén lehetőségeit feltérképezze és/vagy sérült funkcióit helyreállítsa, így jobb intraperszonális és/vagy interperszonális integrációt tesz lehetővé, valamint a prevenció, rehabilitáció vagy kezelés következtében a páciens minőségileg jobb életet élhet."

Munkamód szerint megkülönböztethetünk

- aktív (zenélő, zenét „csináló", zenével kommunikáló) vagy
- receptív (zenét befogadó és az általa mozgósított emlékekkel, képekkel dolgozó) és
- kombinált (mozgással, képzőművészeti tevékenységformákkal ötvözött) módot, illetve
- egyéni és
- csoportos formákat.

Alapelvek

A zeneterápiás munka tapasztalatai az évtizedek során kikristályosították azokat az alapelveket, melyek megadják a tevékenység kereteit. Ezek kimunkálása elsősorban Benenson nevéhez fűződik.

a) Az ISO alapelv

A szó a görög „isos" szóból ered, mely „hasonlót" jelent (Orff, 1994, 79.). Benenson olvasatában az „identité sonore" kifejezésből származtatott szó „hangazonosság"-ot jelent, mely összegzi egy hang és egy hangegyüttes, vagy olyan belső hangjelenségek létének fogalmát, amelyek jellemeznek és egyénítenek minket. (Benenson, 1981, 21.). Tapasztalatai alapján létezik:

„gestalt ISO", amely az egyénre jellemző globális érzékelési mód, érzéklet, amely egyúttal az egyén kommunikációs csatornája is;

„komplementer ISO", amely ezen egyénre jellemző érzékelési mód/érzéklet fluktuációját, változását jelenti a környezeti vagy dinamikus körülmények hatására;

„kulturális ISO", mely a globális kulturális összképződménynek a terméke, amelynek része az egyén és csoportja;

„csoport ISO", mely a szociális közeget (pszichofiziológiai, hangi és mozgásos tényezők körét) jelzi, amelyben az egyén fejlődött. Megfelelő időtartam szükséges kialakulásához és strukturálódásához. A csoport ISO a feltétele, hogy kialakuljon a csoport integrációs egysége, s megfelel az adott embercsoport hangazonosságának;

„egyetemes ISO", ami olyan hangazonosság, amely az összes emberi lényt azonosítja. Alkotóelemei közé tartozik a szívdobogás, a légzés zaja, a születés és az azt kísérő anyai hangok stb.

Benenson az ISO-t dinamikus, állandóan fejlődő jelenségnek írja le, szemben az imprinting állandóságával.

A zeneterápia klinikai gyakorlatában megfigyelték, hogy a lehangolt, depressziós betegeket sikeresebben lehet serkenteni a nyugodt, lassú tempójú (adagio) zenével, míg a mániásokat, a mentálisan gyorsabb tempójú pácienseket erőteljesebben lehet a frissebb (pl. allegro) zenével befolyásolni. E megfigyelésekből kiindulva Benenson és munkatársai azt a véleményt alakították ki, hogy a terapeutának – ezen alapelv szerint – reakcióit a páciens, a gyermek viselkedéséhez kell igazítania, s ezzel mintegy „tükröt" (lásd „hangazonosság" vagy „hasonlóság") kell tartani számára. Ha a gyermek viselkedése, megnyilvánulása szokatlan, zavart, „nem normális", akkor is kapcsolódni kell hozzá legalább úgy, hogy a terapeuta reakciója semleges legyen, s ne legyen ellentmondó a gyermeknek.

Pl. Gy. 9 éves, szép arcú, nem beszélő autista fiúgyermek, akinek nehéz a fi-

gyelmét felkelteni, vele kapcsolatot teremteni, s miután együttműködésre nem nagyon hajlandó, szellemi képességei sem ítélhetők meg megbízhatóan.

Az egyik zeneterápiás foglalkozás kezdetén a hangszerek között ülve, rugalmas csődarabot pörgetve – ami egy hangszer tartozéka volt – kibámult az ablakon. A terapeuta – aki a gyermek helyzetváltoztatása miatt így éppen félig mögötte ült – a triangulum hangját csendítette meg halkan, majd a nevét énekelte a gyermeknek. Szüneteket tartva, a csendítést és név-éneklést variálva, a terapeuta újra és újra provokálta GY.-t. Ő eleinte nem reagált, hanem tovább pörgetett, és nézett ki az ablakon. Majd az egyik dallam elhangzása után GY. mély, dörmögő, vagy inkább „lehelve" hörgő, sóhajtó hangot hallatott. Ezt a terapeuta is megismételte. Ezután a fém háromszög helyett egy tompábban szóló hangszert, a melegebb hangú réselt fadobot szólaltatta meg a terapeuta, s újra a gyermek nevét énekelte, változtatva a magasságon és intenzitáson. GY. újra az előbbihez hasonló hangot adott ki, de most megállt közben a keze. (A hangazonosság felvállalásával a terapeuta alkalmazkodott a gyermeket az adott pillanatban jellemző és képviselő hanghoz – gestalt ISO –, s megkísérelte felfedezni a kommunikációs csatornáját.) A hangadás néhányszor ismétlődött, egyre hosszabbodóan és kicsit erőteljesebb hangerővel. Ezeket a terapeuta mindig hasonlóan megismételte („dörmögéssel"), illetve hangszeren is – mintegy felkínálva az ő saját hangjaként a hangszerhangot – reagált. GY. keze időnként megállt, majd az egyik ilyen megtorpanásnál a csővel ráütött a terapeuta által megszólaltatott réselt fadobra. Ebben a pillanatban a gyermek is jelzést adott, a kapcsolat megszületett.

A szituációt az ISO-ra példaként írtuk le, de érdekességként megemlítjük, hogy ezen foglalkozás vége felé GY. – aki az órán addig csak két alkalommal vett fel rövid időre szemkontaktust a terapeutával – egyszer csak a terapeutához lépett, oldalról hozzá simult, hagyta magát átölelni és fejét az ülő terapeuta fejére hajtotta. Ez testnyelven a közeledés és szorosabb kapcsolat – azaz érintés – elfogadását, igenlését, sőt aktív igénylését jelentette! A terapeuta átölelte, vele együtt mozogva ringatni kezdte, közben improvizálva dallamot és szöveget – ritmusával a ringatáshoz igazodva – a gyermek nevével az együtt zenélés öröméről énekelt. Néhány perc múlva GY. megelégelte az intimitásnak ezt a fokát, újra az ablakhoz ment.

E foglalkozásról videofelvétel is készült, s általa újra és újra felidézhető a koncentráció szintje, a megszületett együttműködés, és az a torokszorító érzés, mely a foglalkozás néhány ilyen katartikus pillanatát kísérte.

b) A közvetítő tárgy alapelve

Jelen esetben ez a zeneterápiás gyakorlatban használt hangszer/hangszerek/hangadó tárgyak csoportjára vonatkozik, melyeknek terápiás szempontból a következő jellemzőkkel kell rendelkezniük:

– reális és konkrét megjelenési forma;
– ártalmatlanság (azaz nem szabadít fel önmagában vészreakciót);

– továbbításra alkalmasság, azaz kommunikációt lehetővé tevő, illetve elválasztó és összekötő;
– *megfelelés és alkalmazhatóság (a kliens szükségletéhez igazodik)*;
– asszimilálhatóság, elfogadhatóság (intimitást, azaz a páciensnek önmagával való azonosulást biztosító);
- azonosíthatóság (közvetlenül felismerhető);
- eszközt jelentő (a páciens „meghosszabbításaként" használható).

A hangkeltő eszközök hangjai is közvetítő tárgyként működnek, illetve úgy is értelmezhetők, s e hangok jellemzők az adott hangszerekre, de függetlenek a zeneterapeutától (Benenson, 1981).

c) Az integráló tárgy alapelve

A klinikai tapasztalatok szerint a mindenkori csoport domináns tagjai hajlamosak olyan hangszerek választására, amelyek könnyen válnak vezető hangszerré. E hangszerek könnyen kezelhetők, viszonylag erős, átütő hangúak, alakjuk is inkább öblös. Könnyebben rendeződik „köréjük" a zene, hangjuk összefogja, integrálja, esetleg eltakarja a halkabb hangokat. Jól kapcsolható a „csoport" és a „kulturális" ISO-hoz.

A ZENÉLÉS ESZKÖZEI ÉS HASZNÁLATUK MÓDJA

A zeneterápia eszköztárába tehát beletartoznak mindazok a technikai eszközök és elemek, amelyek hallható hangot adnak vagy mozgásban vannak (hiszen a mozgás hangot kelt, illetve a hang mozgást jelent), s így megnyilvánulásaik üzenetként foghatók fel. Ilyenek pl. az ORFF instrumentárium hangszerei, az egyszerű népi hangszerek (pl. kolomp, facimbalom) vagy bármilyen tárgy, amellyel hang kelthető (kavics, bot, gyufásdoboz), de ide sorolhatjuk még a saját testet és hangjainak széles körét is. Pl. szájjal lehet zümmögni, rikácsolni, kurjongatni, fejhangon jajgatni, orrhangon dünnyögni stb. De befolyásolhatjuk a szájon keresztül megszólaló hangot a száj elé tartott tenyérrel, ujjmozgatással, papírba csavart fésűvel is stb., vagy különböző hangja van a lépésnek, dobbantásnak, csosszantásnak, kopogásnak, tapsolásnak, simításnak stb.

Azt is ki kell emelnünk, hogy a hangszerek nemcsak a megszokott módon szólaltathatók meg, hanem lehet azokat is, pl. kopogtatva, simogatva, pöckölve, dörzsölve, illetve könyökkel, térddel ütve hangadásra bírni. Így új hangzások születhetnek, melyekkel a pillanatnyi lelkiállapotot, mondandót esetleg pontosabban is fejezhetjük ki, mint a megszokott hangokkal.

A zeneterápiás munka kezdetén célszerű olyan eszközöket, hangszereket használni, melyeknek:

– egyszerű a kezelése;
– könnyű megszólaltatni;
– jól hallható hangot adnak ki;
– a kifelé fordulást szolgálják (nem a becsukódást);
– világos hangi lehetőséggel rendelkeznek (azaz konkrét ritmus vagy dallam szólaltatható meg rajtuk);
– elégséges tárgyi ingert jelentenek.

Ilyen pl. a dob és annak különböző fajtái, illetve a xilofon- és metallofon-család.

A *dob* a legősibb hangszerek egyike. Ritmikus hangja a regresszió kialakulását segíti és a szívverést idézi, a terápia ideális eszköze, mert:

– zenei ismeret nélkül is használható;
– bármilyen módon (ütővel, simítva, ökéllel, tenyérrel, kaparva, pöckölve stb.) megszólaltatható;
– hangja átható és ősi.

Használata nagy hangzásterjedelmet tesz lehetővé (auditív inger); különböző megszólaltatási módja – a hangokon túl – a mozgás és tapintás érzékelési lehetőségeit tágítja (kinesztetikus inger); formájának, nagyságának, ütőfelületének milyensége, színe lehetővé teszi a vizuális és taktilis érzékelés differenciálódását; s ha állva szólaltatjuk meg, lehetséges a teljes testmozgás.

Különböző testrészhez érintve segíti a testséma tudatosulását, illetve a térbeli tájékozódás fejlődését. Egyszerű formája serkentő, motiváló, kommunikációra biztató, melyet segít a kifelé áradó, széttartó hangja és más testekkel együttrezgésre való hajlama.

Dallamalkotás lehetőségét nyújtó hangszerek közé tartozik az egyszerű *metallofon-*, illetve a *xilofon-család* vagy a jóval bonyolultabb, s ezért csak behatároltan használható billentyűs hangszer, a *zongora*.

A zongora – terápiás szempontból, különösen a munka elején – a kliens számára kevésbé használható, mert:

– súlyos, nem mozdítható hangszer;
– nagy hangterjedelmű klaviatúrája, konvencionális használati módjának ismerete miatt inkább ijesztő, taszító, mint vonzó;
– ülve kell megszólaltatni, mely a test többi részét passzivitásra készteti;
– csak a hangszer felé (a többiektől el-) fordulva lehet rajta játszani, tehát befelé fordulásra késztet, így elszigeteli használóját.

(Kivételt jelentenek a hallássérültek, akiknél a rezgés jól érzékelhetősége miatt – zongora teste – a fentiek ellenére is preferálják, illetve a terápiás folyamat utolsó

idejében.) Ugyanakkor a terapeuta számára adott esetben jól használható: pl. hosszan hallható harmóniáival, zengésével a kliens vagy a csoport hangulata jól stimulálható.

A kliens számára ezért alkalmasabb terápiás eszköz a metallofon és a xilofon, mint dallamhangszer. Ezeknek hangzó, hangolt lapjaik fémből, illetve fából készülnek, melyek egyenként elmozdíthatók. Így szükség szerint lehet egy vagy több hangzólappal használni azokat, mely esetben funkcionálhatnak ütőhangszerekként (egy hanggal), illetve több hangzó lappal dallamhangszerként is. Megszólaltatásuk így fokozatosan nehezedik, hiszen még a legegyszerűbb, két hangból álló improvizált dallamnál is szükséges az ütő pontos irányítása, és ha konkrét gyermekdalról van szó, a memóriát is segítségül kell hívni a hangok sorrendje miatt és a ritmus reprodukálásához.

De mint az előzőekben említettük, ezek a hangszerek is megszólaltathatók a szokásostól eltérő módon, e lehetőségek megtalálása fantáziát és kreativitást igényel, illetve a megszokott megoldásokhoz való ragaszkodást oldja, s az újszerű hangzás a hanggal kapcsolatos előítéleteinket bombázza. Több hangzó lapon való párhuzamos, egyidejű játék pedig az egyszólamú zenéléstől a többszólamúság, a harmónia hangzása felé vezetheti a zenélőt és a hallgatót. A terapeuta döntésén múlik, mely hangzó lapokat hagyja a hangszeren, így biztosíthatja a konszonáns vagy disszonáns hangzás megtapasztalási lehetőségét vagy súlyosabb sérültség esetén is a sikerélmény örömét.

E hangszerek hangminősége a különböző fajta ütőkkel és az ütőmozdulat különböző erősségével is befolyásolható az egészen halk, finom hangzástól az erős és kemény hangig. Ezek megtapasztalása a differenciáltabb, főleg auditív és taktilis érzékelést biztosítják és a sokoldalúbb önkifejezéshez adnak eszköztárat. Ezt a hangszerparkot egészítik ki a fa/fém/műanyag *ritmushangszerek*, melyek változatos hangszínű, hangerejű csörgést, zörgést, kopogást stb. produkálnak, s anyaguk, formájuk, hangjuk, kezelésmódjuk különbözősége miatt mindegyik mobilizáló, kreativitásra serkentő, cselekvésre késztető hatású.

A hangot adó tárgyaknál, eszközöknél, hangszereknél azonban intimebb megszólalási mód a *saját testhang* (pl. taps, csettintés, dobbantás, cuppantás, berregés, éneklés stb.). A hangszerek tulajdonképpen az emberi test meghosszabbításai, holott testünkben implicite ott rejlenek a többféle hangadás lehetőségei, csak merjünk élni velük!

A legtermészetesebb a taps, melynek hangja, ereje, színe függhet az ütés erejétől és helyétől (combra, tenyérre, két ujjal két ujjra stb.), módjától (homorított vagy domborított kézfejjel) stb. Ugyancsak természetes mozdulat a lépés, mely lehet dobbantó, csosszantó, koppanó stb., mely lépésformák más-más hangot adnak, s még bizonyos fokig a lelkiállapotról is nyújtanak információt. Két ember érintéséből (pl. a tenyerük összecsattanása) születő hang pedig a szocializálódást segítő lépcsőfok lehet. A test hangszerként való használata egyéb tapasztalatok megszerzé-

sét is segíti: a saját test határainak megélését, a testséma feltérképezését, a mozdulatokhoz és milyenségükhöz kapcsolódó szenzoros tapasztalatok gyűjtését, melyeken keresztül az éntudat is erősödik stb.

Jóval mélyebb rétegeket érint, illetve tesz hallhatóvá a *beszéd*, illetve az *énekhang*. Különösen az utóbbi – pontosabban bármilyen *nem* beszédhang – megszólaltatása esik nehezünkre. Arra kondicionálódtunk neveltetésünk során, hogy a kontrollálatlan, artikulálatlan hang a deviáns viselkedés, vagy más nem kellemes hely (kórház), jelenség (sérültek) kísérője, ezért igyekszünk róla nem tudomást venni, illetve elhallgattatni. Pedig ha a csecsemőkorra gondolunk, a beszéd kialakulásáig mindnyájan átéltük a gőgicsélés, gurgulázás, kiáltozás, sírás időszakát, mely a csecsemő közérzetének pontos fokmérője is.

A zeneterápia hangkészletéhez ezek hozzátartoznak, illetve mondhatnánk úgy is, hogy az érzéseket, érzelmeket kifejező hangok tartoznak hozzá: bánat–sóhaj, öröm–kacagás, vidámság–hahotázás, fájdalom–kiáltás, hörgés, nyöszörgés, düh–fogcsikorgatás, ordítás stb. (Fekete, 1998).

De sokaknál szorongást vált ki az a helyzet is, ha valamiért éneklésre kérik, vagy énekelniük kellene, legalább is ott, ahol az éneklés hagyományát, örömét, s bánatot elpanaszoló funkcióját kiirtotta már az iskola osztályozott „muszáj teljesítménye" (Dobszay, 1991; Sebő, 1994; Berecz, 1998), és gyakran a kapcsolódó megszégyenítő kritika. Így azután teljesen félreértve Kodályt, elfelejtve az éneklés "kibeszélő" – így megkönnyebbítő, felszabadító – hatását, ma már az emberek többsége fél az éneklést, és az énekelve megszólaláshoz is sokaknak terápiás segítségre lenne szüksége.

A páciensek köréhez azonban aktuálisan nem beszélő vagy beszélni nem tudó személyek is hozzátartoznak. Ezért a terapeutától semmilyen hang (tehát a felsorolt, vagy lehetséges hangok) nem lehet idegen sem a megértés, vagy átélés, sem a megszólaltatás, vagy kifejezés szempontjából!

A ZENETERÁPIA LEHETŐSÉGEI AUTISTA GYERMEKEKKEL

„Vannak a lélekben
rejtői, melyekbe csak a zene világít be!"
Kodály

AZ AUTIZMUS

Az autizmus pervazív – azaz a személyiség minden oldalát károsító – személyiségzavar, mely a viselkedésre jellemző tünetekkel írható le. Súlyos és enyhébb, illetve teljes vagy részleges formái ismeretesek. Az autizmus irreverzibilis, fogyatékos állapot, melynek esetében a pedagógiai, illetve terápiás cél a képességek fejlesztése,

illetve kompenzálása, s az azoknak megfelelő szintű társadalmi beillesztés elősegítése lehet. A sérülés fokától függően ez az önellátás kialakításától a magas szintű tanultságig, munkaképzésig terjedhet (Balázs, 1991).

Az autizmus legfontosabb jellemzői (DSM–IV., 1995, 48–49.)

A) Minőségi romlás a szociális interakcióban: pl.

– a szociális interakciót szabályozó szemkontaktus, arckifejezés, testtartás, gesztusok;

– a kortársi kapcsolatok kifejlesztésének hiánya;

– a szociális/érzelmi kölcsönösség hiánya.

B) Minőségi károsodás a kommunikációban: pl.

– a beszélt nyelv fejlődésének késése vagy teljes hiánya;

– a meglévő beszéd ellenére beszélgetés kezdeményezésének vagy fenntartásának csökkenése.;

– sztereotip nyelvi fordulatok, ismétlődés, echolália;

– spontán fantázia vagy szociális imitatív játék hiánya.

C) Viselkedés, érdeklődés, tevékenység korlátozott, ismétlődő, sablonos mintái: pl.

– intenzitásában vagy tárgyában abnormális, illetve sztereotip minták;

– látszólag rugalmatlan ragaszkodás bizonyos nem funkcionális rutinokhoz, rituálékhoz;

– sztereotip, ismétlődő motoros manierek.

Elmaradás vagy abnormális működés jellemző – mely három éves kor előtt jelentkezett – legalább egy területen a szociális érintkezés, a szociális kommunikációban használt beszéd és a szimbolikus vagy képzeletbeli játék terén. A fenti zavarok nem magyarázhatók egyéb gyermekkori dezintegratív zavarral.

A zeneterápiás foglalkozások keretében a sérült készségek, képességek kialakítását, mobilizálását, fejlesztését, illetve kompenzálását tűzzük ki célul.

Autista gyermek – zeneterápiás helyzet

Az itt említett és tárgyalt zeneterápiás foglalkozások egy budapesti speciális tantervű általános iskola autista csoportjában folytak – és folynak –, ahol nagyobb részt nem beszélő, különböző értelmi képességű autista gyermekek vannak. Az alábbiakban az ott folyó zeneterápiás munkából mutatunk be mozzanatokat, eredményeket.

N. N. nem beszélő, megnyilvánulásai alapján feltehetőleg középfokban értelmileg is sérült, a zeneterápiás foglalkozások kezdetén 9, ma már 14 éves autista leány. Zenét szívesen hallgatott, erre volt lehetőség az egyik teremben, de lehetőleg fekve, magzati pózban. Az iskola vezetésének egyetértésével az aktív zeneterápiás módszert kívántuk alkalmazni, ezért egyszerű ritmushangszereket (dob, claves/ütőfa, triangulum, ujjcintányér, stb.) kínáltunk a gyermeknek a foglalkozásokon, melyekre kezdetben nem reagált, illetve nem vette kézbe azokat. Így a terapeuta énekléssel (mondókákkal, gyermekdalokkal, népdalokkal), s a dallamhoz kötődő, igazodó érintéssel próbált kapcsolatot teremteni az összehúzódva fekvő gyermekkel. Pl. A gyermekdal/mondóka ritmusának vagy lüktetésének megfelelő simítással, ujjakkal való érintéssel, melyek különböző minősége, erőssége stb. együttal érzékeltette a gyermekdal/mondóka hangulatát. Ugyancsak a különböző testtájak váltogatásával (hát, karok, lábak) – melyeket a szöveg tagolódásához igazodva váltva érintett a terapeuta – próbálta segíteni a testérzékelést, a saját testen való tapasztalást, tájékozódást, s eközben a különböző érintésmódok differenciálását is fejlesztette, gyakoroltatta (Kokas, 1979, 1980, 1992). E tapasztalási módnak azonban mélyebb érzelmeket kiváltó hatása is lehet: a mozdulatokat kísérő barátságos szemkontaktus a megnyugvást és az elfogadást segítheti, a simogatás vagy a keményebb érintés a nyugtató vagy serkentő hangulatot indukálhatja, s az utóbbi aktivitásra, motiváltságra mozgósíthat stb. A hang érzékelése, illetve megszólaltatása, a kapcsolódó pszichofiziológiás mechanizmusok az ösztönvilág energiaforrásait és a lét transzcendens dimenzióit is érintik, melyek segítik a lélektani rendező folyamatokat (Fekete, 2001, 12.). Ennek kanalizálódása és hatása a terapeutával való interperszonális kapcsolat keretében történik, azaz „gyógyító tényezővé a ...katartikus-korrektív interperszonális kapcsolat látszik kerülni" (Tényi, 2000, 57.).

Tehát a gyermek e multiszenzoros (hallási, bőrérzékelési, vizuális, szociális) provokálása – mely a percepció aktívabb (megfigyelés, megkülönböztetés) és passzívabb (megértés, tudatosítás) folyamatát, valamint az érzelmi tapasztalást egyaránt célozta és szolgálta – több foglalkozáson keresztül tartott anélkül, hogy a gyermek részéről bármilyen válaszreakció érkezett volna. Többheti (ekkor még hetente egy alkalommal történő) próbálkozás után az egyik foglalkozás elején az első érintések után N. N. „kifordult": az arca elé tett, könyökben behajlított kezeit kinyújtotta, arcát a terapeuta felé fordítva spontán, saját kezdeményezésre felvette a szemkontaktust.

A további foglalkozásokon ez az érdeklődés, önkéntes kontaktusteremtés egyre gyakrabban és egyre hosszabb ideig volt megfigyelhető, melyre támaszkodni lehetett és lehet a terápiás munkában. Igaz, e motiváltság hullámzó intenzitású volt – azaz a kapcsolatteremtésben hol aktívabb, hol passzívabb –, de a gyermeknek a zeneterápiás foglalkozás iránti szimpátiáját jelezte, hogy a terapeuta megjelenésekor többnyire azonnal felállt (abbahagyta, amit csinált), és indult, vagy csak hívni kellett

és jött. E viselkedés mutatja, hogy sikerült vele olyan bizalomteli légkört kialakítani, mely minden tanulás nélkülözhetetlen alapja (Orff 1994, 62–63.).

Az évek során lassan megbarátkozott a hangszerekkel is, melyek közül főleg az ütőket és a dobot preferálja. Az ütőket érintésre és kommunikációra „használja". Az ütővel való érintést – utánzás alapján – a terapeutától vette át a gyermek. A terapeuta a puha fejű filcütővel – éneklés közben a zenéhez is igazodóan ritmusosan, vagy a dallam hullámzását érzékeltetve – érintette a gyermeket: a mozdulatot, az érintést néha utánozta a gyermek. De az ütők a főszereplő eszközök N. N. és a terapeuta kezében akkor is, amikor azok összeérintésével, összeütögetésével „beszélgetnek", vagy ugyanez alakul ki dobolás formájában. Ezen esetekben az együtt zenéléshez, kopogáshoz a test előtti, különböző irányú célzott mozgások szükségesek a különböző méretű (kisebb-nagyobb fejű, rövidebb-hosszabb szárú), anyagú (fa, filc, bőr, műanyag) ütőkkel, melyek használata sokféle spontán tapasztalathoz segítik hozzá a gyermeket: pl. irányok, irányított és célzott mozgás, ütéserősség, azaz mozdulat és hangerő összefüggése, anyag és hangszín kapcsolata stb. terén. De ekkor történik az érzelmi minta megtapasztalása, megérzése és a kinyilvánítása is az alakulóban levő interperszonális kapcsolatban.

Emlékezetes találkozás volt, amikor az ütő szimbolikus üzenetközvetítővé is vált a terapeuta és a páciens között. Már 4 éves közös munka hátterével – mely időtartam az iskolai hosszú szünetek, betegségek, illetve a terapeuta akadályoztatása miatt sajnos nem volt kiegyensúlyozottan folyamatos – a terapeuta az egyik alkalommal a megszokott helyiségbe kísérte a gyermeket. A dokumentálás céljából e foglalkozást filmezni akarták, melyet a terapeuta szóban jelzett N. N.-nek, s amely nem először történt a közös munka során. Ez alkalommal azonban talán a lámpa, vagy az idegen jelenléte ellenállást váltott ki N. N-ből, s az ajtóban megállva, nem jött be a terápiás helyiségbe. A terapeuta az ajtóban állva – miközben megkísérelte az arcát eltakaró gyermekkel a szemkontaktus felvételét – ütővel megszólaltatott xilofon glissandóval provokálta a gyermeket, felkínálva egyúttal a hangot létrehozó ütőt is. (A provokálás a terápiában fontos eszköz az érdeklődés felkeltésére, s minden fejlődési folyamat eleme – Orff, 1994, 14.) N. N. az ütőt ellökte, artikulálatlan kiáltással válaszolt. Ezt a terapeuta megismételte, amellyel a gestalt ISO elve szerint belehelyezkedett a gyermek világába, illetve visszatükrözte a páciens viselkedését, kommunikációs módját, s egyúttal lehetőséget teremtett arra, hogy a gyermek megtapasztalja: erőfeszítés szükséges a részéről a kommunikációhoz (Benenson, 1981, 21.; Orff, 1994, 79.).

A terapeuta újabb kapcsolatteremtési móddal élt: a gyermek nevét és hívását egyszerű dallam-improvizációval ismételgette (ugyanazt játszva a xilofonon is), miközben N. N. előtt felkínálva nyújtotta a másik ütőt. E hívogatást a terapeuta – a reakciót váró szünetekkel meg-megszakítva – többször, nyugodt hangvétellel, hosszan ismételgette, miközben továbbra is kínálta az ütőt. A gyermek még néhányszor elutasította a hívást (ellökte ugyan a terapeuta kezét, de mind csendesebb

kiáltással, hangadással kísérve azt, melyet a terapeuta szintén megismételt). Majd a megnyugtató hangú, újra és újra ismétlődő énekelt hívogatásra, a dallamhoz kapcsolódó simogatásra és érintésre fokozatosan együttműködővé vált: az arca előtt tartott egyik kezét – amellyel korábban ellökte az ütőt – bizonytalanul az ütő felé nyújtotta, s bár ökölbe zárt kézzel, de megérintette azt. A vizuális és hangi inger tehát felkeltette az érdeklődését és cselekvésre is késztette (Orff, 1994, 14.). A biztató és nyugtató, hívogató éneklés hatására elzárkózó hangulata lassan fellazult, és többször megérintette az elé tartott ütőt – kezét újra és újra visszahúzva –, majd az egyik érintésnél hagyta, hogy a terapeuta az ujjai közé csúsztassa azt. Az ütőt tartva engedte, hogy a dallam lüktetésére egyre nagyobb ívű együttmozgást alakítson ki vele a terapeuta. Először csak a kézfejet, aztán az alkart, majd a teljes kart mozgatta a terapeuta lassan a gyermek teste előtt. Ezután a hívogató, mindössze három hangból álló és a gyermek nevét is megszólaltató dallam ismétlődő motívumához igazodva folytatódott a ringó mozgás. E mozgás hatására egyre lazább lett a leány egész testtartása, másik kezét is leengedte, fel-felnézett, majd hosszabb szemkontaktust is felvett a terapeutával. Végül felkiáltott, de már egészen más hangsúllyal, inkább vidáman, felszólítóan, s az ütőt – mintegy a döntés jelképeként – kezében magasra tartva, önként belépett a terápiás helyiségbe és leült a hangszerek közé.

E folyamatnak a leírása nehezen tudja tükrözni azt az érzelmi feszültséget, a terapeuta koncentrációjának azt a fokát, a gyermekben végbemenő változások megjelenésének apró rezdüléseit (melyeket a terapeutának észlelnie kellett, s helyesen reagálnia rájuk), amelyek a résztvevőkben végbementek, beleértve a jelenetet filmező szakembert is. A terapeuta érzékenységből, fantáziából, elfogadásból, toleranciából és türelemből vizsgázott. Ugyanakkor tapasztalatokat gyűjthetett mindkét fél a testnyelv üzenetközvetítő és megértető szerepéről, a szemkontaktus beleegyező, egyetértő, érdeklődést kifejező jelzéséről, az emóciónak a terápiás munkát befolyásoló hatásáról, az énekelt impulzusok mozgósító erejéről, a provokálás, az inger reakciót kiváltó szerepéről, az érzékenységi küszöb szintjének, annak felismerésének fontosságáról, a mozgás változást indukáló hatásáról, a gestalt jelentőségéről, s a közösen megélt élményteli idő emlékké válásáról (Lehtonen, 1994).

Folytatva – az előzőekben leírt – foglalkozást, a terapeutának újra meg kellett teremtenie a csak egymásra figyelők légkörét, mely N. N. „bevonulásával" kicsit megtört. A gyermek mellé ülve egy közepes méretű kézi dobot kínált a terapeuta az ütőt tartó N. N.-nek. A hangszer megszólaltatása önmagában is bonyolult feladat volt, mert a gyermek keresztbe tett lábbal ült, két kezét a térdén szintén keresztbe téve, egyikben tartva az ütőt. E pózban kellett tájékozódnia a térben a gyermeknek, melyik kézzel, melyik irányba akar/kell mozdulni a hangszer megszólaltatásához. N. N. néhány dobütéssel beérte, amelyekre a terapeuta is válaszolt a hangszeren, de ő kézzel érintette azt. Rövid idő múlva a leány is elejtette (elengedte a levegőben) az ütőt, és áttért a dob „kaparására". Az utánzás – hogy ő is kézzel dolgozik a dobbal – jelezte: észrevette a váltást, hajlandó elfogadni és használni az új „szabályt".

A kerek dob – a terapeuta és a gyermek közötti térben – összekötő és elválasztó szerepet kapott, de ugyanakkor kijelölte a határokat is. Határai vannak a hangszernek (keret, a bőr területe), a gyermeknek (a sérüléséből eredők, illetve kezdeményezőkészségétől, fantáziájától stb. függők: pl. a hangszer megszólaltatási módja), mint ahogy a foglalkozás is időhatárok között történik.

Ugyanakkor határokat bontó, nyitó lehetőség is állt előtte: a bátorsággal élés a sztereotip kéztartás elhagyására (mely gyakran kéztördeléssel egybekötött), a saját test és pszichés határain való túllépésre a hangszer megszólaltatásával és a megszólaltatás milyenségével, s mindezek önálló eldöntésére és kivitelezésére.

A dob – az emberiség ősi tapasztalatai szerint – a szív dobbanásait idézi és mágikus erő megtestesítője, a gyógyító ritusok eszköze. A látható/láthatatlan világ közti összeköttetés szimbóluma. A dob választása, megszólaltatása tehát fontos pillanat.

A dobot N. N. az ölében tartott kezéből kinyúló mutató ujjával a szélén, a keret mellett kaparászva szólaltatta meg, majd a terapeutára nézett. A tükröt tartó, „ezt csináltad választ" a terapeuta a maga oldalán ugyanúgy megszólaltatta, majd tartva a szemkontaktust, a gyermek nevének ritmusát koppintotta a dobon, és párhuzamosan énekelte is azt. N. N. megismételte a látott koppintásokat. Így kialakult egy rövid párbeszéd, melynek az eleje utánzás, ismétlés volt – mely a tanulási folyamat fontos része a megfigyelés és a memória mozgósításával – (Orff, 1994, 12.), s melynek folytatásaként improvizált ritmusok adták a kérdés-felelet váltakozását. Ebben az együttműködési szándék mellett a kezdeményezés (Orff, 1994, 24.), a spontán önkifejezés is megnyilvánult, még ha rövid időre is.

A közös dobolást N. N. újabb kezdeményezése zárta le: a hangszeren átnyúlva a karjánál fogva maga felé kezdte húzni a terapeutát, kérő hangsúlyú nyöszörgés kíséretében. A terapeuta ismétlő, illetve variáló hangadására hangadással válaszolt, mely hol artikulálatlan hang, hol dallamfoszlány volt anélkül, hogy a gyermek a száját kinyitotta volna. A hangszert a leány félretolta. A terapeuta hagyta a gyermeket kezdeményezni, aminek az lett a vége, hogy N. N. a terapeuta ölébe ült (168 cm magas leány!), a terapeuta kezét az oldalán és hátán maga köré, ölelésre igazította, fejét a terapeuta vállára hajtotta, majd egyik kezét kinyújtva a dobon kaparászott egy rövid ritmust. A mozdulatokkal testnyelven ezt üzente: „Szeress! Dajkálj! Ringass! Simogass!" A dobhang talán az együttlét vagy együtt zenélés folytatását kérte?

A terápia két legfontosabb tényezőjeként Bálint Mihály az értelmezést és a tárgykapcsolatot nevezi meg. Sőt tovább megy: „...a kezelés bizonyos szakaszaiban a működő kapcsolat megteremtése és megtartása – különösen a regressziós betegeknél – talán még a jó értelmezések megfogalmazásánál is fontosabb terápiás feladat." Majd később: „A tárgykapcsolat ezzel szemben mindig legalább két ember közti interakció és – jóval többször, mint gondolnánk – nem verbális elemek hozzák létre, tartják fenn" (Bálint, 1994, 146–147).

Megítélésünk és a szakirodalom szerint a zeneterápiának, mint nonverbális esz-

közökkel dolgozó terápiás formának szintén az egyik legfontosabb és legnehezebb aspektusa a páciensek zenei, illetve testnyelvi megnyilvánulásainak megfigyelése és értelmezése. A leírt szituációban N. N. testnyelvi jelzéseit úgy véljük, csak az említett módon lehetett olvasni. Ugyancsak megerősített minket ezen olvasatban az a tény is, hogy a gyermeknek e viselkedése regressziót tükrözött, azaz korához képest infantilis, kisgyermekkori igényeket jelzett, illetve felfogható egyúttal úgy is, mint a páciens „saját belső élete, saját tudattalanja felé fordulást" (Broche, 1996, 61.). De a regresszió – melyet Bálint ugyan skizofrénekre utalva fogalmazott meg (Bálint, 1994, 54.) – egyéb jellemzői is megfigyelhetők N. N. napi viselkedésében: „narcisztikus függetlenség, a külső világ teljes figyelmen kívül hagyása, tovaröppenő és látszólag jelentőség nélküli kapcsolat egymástól elszigetelt tárgyakkal..."

A gyermek egyébként a L. Wing felosztása szerinti „izolált" típusú autista jellemzőit mutatja leginkább: azaz a „szociális környezetről nem vesz tudomást, kapcsolatot nem tűr, szemkontaktust nem vesz fel" (ezek N. N. esetében enyhébb formában, nem kizárólagosan ugyan, de többnyire jelen vannak), illetve nem beszél vagy csak sztereotip módon, funkcionális cél nélkül. Tartását, mozgását, aktivitását is bizarrériák, szimpla, főleg mechanikus sztereotípiák jellemzik. Számos halmozottan sérült, értelmi fogyatékos gyermek tartozik e csoportba. Prognózisa a legrosszabb" (cit. Balázs, 1981, 2828.). Az utóbbi megállapítások N. N.-re illenek.

Visszatérve még a terápiás szituációra, a terapeuta reakciójával, viselkedésével kapcsolatban fel kell hívni arra is a figyelmet, mennyire fontos és milyen nehéz – s bizonyos veszélyeket is rejtő – a döntés, hogyan reagáljon ilyenkor a terapeuta?

Bálint erről így ír: A veszélyeket kikerülendő, vigyázni kell, ne legyen a terapeuta „bölcs és hatalmas tárgy", akivel függőségi viszonyba kerülhetne a kliens, de ugyanakkor „ne váljon különálló, élesen körülhatárolt tárggyá, illetve ne viselkedjen akként". „Más szóval meg kell engednie betegeinek, hogy úgy kapcsolódjanak hozzá, úgy éljenek vele együtt, mintha az elsődleges szubsztanciák közül való volna, ...hordoznia kell betegét, ...a beteg rendelkezésére kell állnia, és különösebb ellenállás nélkül tűrnie, hogy a beteg használhassa. Valamennyi ellenállás persze... kimondottan kívánatos, ...amennyi az előrehaladáshoz szükséges... Mindezeken túl mindig ott és jelen kell lennie elpusztíthatatlanul, akár a víz és a föld" (Bálint, 1994, 154.). Ugyanakkor – Klaniczayt idézve: „A terápiás kapcsolatban alapvetően fontos szerepet játszik a távolság", mert segítségével tágíthatjuk a páciens „személyes terét és lehetőségeinek körét", valamint a befogadóképességhez és az alkotóképességhez segíthetjük hozzá (Klaniczay, 1998).

A terapeutának egy ilyen szituáció megoldása komoly és nehéz feladat, hiszen ő csak közvetítő közeg, katalizátor lehet, aki a változásokat csak segítheti, de nem helyettesíthet senkit és semmit.

Ez a szituáció felvetette a terapeuta számára a korlátok, korlátozások szempontját is: hol a határa, meddig kell/szükséges/helyes „a beteg rendelkezésére állni", s hol/hogyan kell a határokat végül mégis meghúzni?

Ginott erről így vélekedik (cit. Gező, 1993, 97.) „...minden szimbolikus viselkedést vagy beszédben közvetített kívánságot megengedünk, de a direkt destruktív viselkedést tiltjuk, illetőleg indirekt síkra tereljük". Ugyanitt idézi Bixlert, aki szerint pontosan körülhatárolt korlátoknak kell lenni, de ezt csak az adott helyzetben kell jelezni (uo. 97.).

E korlátozás fokozatát így írja le: észrevételezni a gyermek megnyilvánulásait; verbálisan kifejezni, illetve „végső esetben fizikai értelemben is korlátozni kell a gyermek viselkedését" (uo. 97.).

N. N. tehát a terapeuta ölében ült, aki átölelte – ahogy a gyermek kívánta –, s mielőtt énekelni és a hátát simogatni vagy őt ringatni kezdte volna, előre megmondta N. N.-nek, hogy nem tudja sokáig így tartani, tehát számítson rá, hogy nemsokára vége lesz ennek a helyzetnek. Így próbálta verbálisan felkészíteni a befejezésre. Miközben improvizálva énekelt N. N-nek a terapeuta, figyelte közben a saját megnyilvánulásaira a gyermek reakcióit is:

– a terapeuta időnként elcsöndesedett, megállt a ritmizálással vagy ringatással, mire N. N. konzekvensen jelezte folytatási igényét: mosolyogva nyögött, nyöszörgött vagy jobbra-balra dülöngélt és húzta magával a terapeutát, illetve kaparászva jelzett a keze ügyében lévő dobon. Ebből rövid beszélgetések is születtek: a gyermek a dobon jelzett, a terapeuta a gyermek hátán válaszolt;

– a terapeuta verbális felszólítására (befejezzük! állj föl!) hasonló módon folytatást kért, mely mindig erőteljes volt és elhatározást tükrözött. Tehát N. N. pontosan tudta mit akar, és azt jelezni is képes volt!

A terapeuta jelzései eleinte várakozók voltak – hiszen fontos volt N. N. reakcióit megfigyelni –, de amelyekből N. N. is pontosan érezte azt, hogy van még lehetőség a folytatásra!

Akkor azonban, amikor a terapeuta viselkedéséből és hanglejtéséből világossá vált a leány számára, hogy most tényleg vége a ringatásnak, a másodszori felszólításnál minden ellenkezés nélkül felállt és kifelé indult a teremből.

Ha e gyermekkel való együttes, több éves munkát – a szakemberekkel előre összeállított, a gyermekkori autizmust pontozó, a viselkedés egyes aspektusainak súlyosság szerinti fokozatait is megjelölő skála alapján írt – feljegyzéseink tükrében végignézzük, a következőket szögezhetjük le (CARS, 1986).

1. *Hallás*

A gépi zenén túl fokozatosan elfogadta a felkínált hangszerek hangját, ezek közül a dobot különösen megkedvelte, különböző módon hajlandó volt használni. A terapeuta hangjára figyelt, a hangszín/hangerőváltozás jelentésbeli üzenetét érti, többnyire hangulata szerint reagál. A zenei foglalkozások iránti pozitív viszonyulása egyértelmű, az évek során erősödő tendenciájú, bár nem mindig kiegyensúlyozott.

2. *Tapintás, ízlelés, szaglás*

A hangszereket inkább tárgyakként kezelte, semmint hangadó eszközként. A foglalkozásokon ízlelni, szagolni nem próbálta őket, de gyakori volt, hogy cél nélkül megfogta, megérintette, felemelte, elejtette.

3. *Félelem, idegesség, érzelmi reakciók*

Az évek során a terapeutával való kapcsolat az „ismerősség biztonságával" működött, még a nyári szünet miatti kihagyás után is; félelem, idegesség nem volt tapasztalható. Viszont a foglalkozásokon való belső motiváltsága, együttműködőképessége változó és hullámzó volt, napi hangulatától függött. Ritkán nagyobb érzelmi hullámzás megfigyelhető volt, melyet artikulálatlan hanggal, mozdulattal jelzett. Ezt a felkínált hangszereken – illetve dobon – kijátszhatta volna, de ezzel gyakorlatban csak egyszer próbált élni: néhány erősebb dobütéssel. Többnyire azonban csak jelzi indulatát, (nyöszörgésének hangerejével, színével, intenzitásával, karjai csapkodásával), de zenélésre való felszólításra vagy zenei provokációra, felkínálásra nem, vagy csak visszafogottan reagál. Indulatát, feszültségét nem játssza ki, de lágy énekléssel, zenéléssel hangulatát enyhíteni, befolyásolni lehet.

4. *Verbális kommunikáció*

A gyermek egyáltalán nem beszél. Többnyire artikulálatlan hangokat ad, melyek általában az őt jellemző közömbösséggel szemben érzelmi kimozdulást jeleznek nála. A sokszor hallott énekekből néha – többnyire látszólag váratlanul, de legalábbis nem az adott eseményhez kapcsolódóan – foszlányokat zárt szájjal dúdol.

5. *Nonverbális kommunikáció*

Arckifejezése többnyire mozdulatlan. Szemkontaktust – az évek során – egyre többször, hosszabban felvesz. Testtartása gyakran összegörnyedő, sztereotípiaként kezeit tördeli, térdei közé szorítja, ökölbe szorítva egymáshoz ütögeti, hajlong stb., azaz befelé forduló, elutasító.

Ha hangulata jó, aktívabb, a szemkontaktus hosszabb (melyet mosoly is kísérhet, de ez inkább archaikus, ritkán látszik személyhez szólónak), illetve a terapeuta kezét fogja és szorongatja.

6. *Aktivitási szint*

Változó, a hangulatától függ. Zenés tevékenységbe többnyire bevonható, bár intenzitása, együttműködésének hossza hangulatán múlik.

7. *Intelligencia*

Érdeklődése inkább szemlélődésnek nevezhető, mely néha figyelőbb. Egyszerű instrukciókat, felszólításokat ért, esetenként egyértelmű helyzetet is felfog; ismerős, tanult szituációban többnyire adekvátan reagál.

8. *Viszonyulás az emberekhez, alkalmazkodás*

A terapeutával kapcsolatkialakításra hajlandó volt, ez az évek során „ismerős, tehát biztonságos" szintre fejlődött. Testi érintést – hátán, karján, lábán – fokozatos bevezetéssel ugyan, de gyakorlatilag első perctől enged, s N. N. az évek során e téren kezdeményezővé is vált.

9. *Sztereotípiák*

N. N. sztereotípiái: kényszeres kézmozgások (ökölbe szorítás, ütögetés, ujjpattogtatás, a kezek térd közé szorítása, az egyik láb emelgetése, hajlongás stb.), melyeket időnként nyögésszerű hangadások is kísérnek. Ezekről a figyelem elterelése nagyon nehéz és gyakran csak pillanatokra sikerül. Nagyon motiváltnak kell lennie a páciensnek az együttműködésre, hogy a sztereotípiák viszonylag hosszabb időre eltűnjenek.

Összegezés

A leírtakból kitűnik, hogy a nonverbális zeneterápia segítségével valamilyen fokon mindenki megérinthető. A sérült, elzárkózott személyiség a zenével, a zeneterápia eszközeivel kapcsolatfelvételre, nyitásra késztethető. A zeneterápiás munka folyamatában „aha-élmény" észlelhető, mely katartikus pillanatokat is eredményez, és amely megérintődés mély dinamikus nyomokat hagyhat, s ez a kívülálló számára is érzékelhető lehet (Csirszka, 1993, 9–12.).

Az érdektelen, a közömbös állapotot, a „semmi"-t válthatja fel a kommunikáció, még ha időleges is a létrejötte. Ezek az élmények hozzásegítették az autista gyermekeket, hogy magányukból kilépve, rövidebb-hosszabb időre kapcsolatot teremtsenek, intrapszichésen befolyásolódjanak.

A megszületett kapcsolatban a metakommunikáció és a kommunikáció kezdetei észlelhetőek voltak, a folyamatban ezek differenciáltabbá válhattak, illetve a hang és ritmus segítségével az önkifejezés lehetőségeivel találkozhattak a páciensek.

A terapeuta felkészültsége és különösen megfelelő személyisége alapvető feltétele a terápiás kapcsolat kialakulásának, a páciens bizalma megnyerésének, a terápia hatékonyságának.

A zeneterápia által individuális élményt, kifejezési lehetőséget, emberi kapcsolatot kapnak a páciensek egy sajátos esztétikai többlettel, melyben ez idáig nem volt részük. Ugyanakkor az átélés új lehetőségeket, mintákat hordozott, melyek befolyásolhatják hosszú távon az autista gyermekek érzelmi világát és viselkedését is.

Irodalom

BABULKA, BORSÁNYI, GRYNAEUS (szerk.) (1989) *Sippal, dobbal.* Mezőgazdasági Kiadó, Budapest.

BAGDY E. (1993) *Ritmus és mozgás szerepe a pszichikum szerveződésében, a pszichopatológiai potenciálokban és a gyógyító munkában.* Előadás kézirata. Elhangzott Pécsett a zeneterapeuta-képzés keretében.

BAGDY E. (1991) *A nonverbális pszichoterápiák.* In: *Nonverbális pszichoterápiák.* (Szerk.: Juhász Sándor) Animula, Budapest, 3–35.

BALÁZS A. (1991) *Az autizmus korszerű szemlélete*. In: *Orvosi Hetilap* 132. évf. 51. sz. 2827–2835.

BÁLINT M. (1994) *Őstörés*. Akadémiai, Budapest, 54–55, 153–155.

BENENSON, R. (1981) *Manuel de Musikotherápie*. In: *Ediciones Paidos*, Buenos Aires, 26–90.

BERECZ A. (1998) *...Bú hozza, kedv hordozza...* Ezredforduló Alapítvány, Nemzeti Kulturális Alap, Pro Print Kiadó, Budapest.

BROCHE, G. (1996) *A jungi mélypszichológia gyermekterápiája*. In: *Gyermekpszichoterápia*. (Szerk.: H. Petzold, G. Ramin) Osiris, Budapest, 46–67.

BUDA B. (1993) *A pszichoterápia alapkérdései* In: *Psychiatria Hungarica – Módszerspecifikus irányzatok* – tematikus szám 3., 215–223.

BUDA B. (1976) *Az empátia jelensége és jelentősége a pszichiátriában*. In: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2., 107–123.

BUZÁSI N. (1993) *A zene és a terápia fogalma, valamint közös nevezője, a zeneterápia* Előadás kézirata. Elhangzott Pécsett, a zeneterapeuta képzés keretében.

CARS – Gyermekkori Autizmust Pontozó Skála (1986). Összeállította: E. Schopler és R. Reicher Livington, Anglia

CSIRSZKA J. (1993) *Élményterápia*. Árbóc K. 9–12.

DIÓSZEGI V. (1998) *A sámánlét emlékei*. Akadémiai, Budapest.

DOBSZAY L. (1991) *Kodály után*. Kodály Intézet, Kecskemét.

DSM-IV. (1995) *A DSM-IV diagnosztikai kritériumai*. Animula, 48–49.

FEKETE A. (1998) *Hal(l)hatatlan hangjaink*. Előadás kézirat. Elhangzott: Pécsett, a korai fejlesztők IV. országos konferenciáján.

FEKETE A. (2001) *Minden ember lelkében dal van... Gondolatok az éneklésről, az énektanításról, és a magyar néphagyományról*. (Kézirat, megjelenés alatt)

FORGÁCS A. (1992) *Pszichoarcheológia, pszichoszintézis és sámánizmus. Para(pszicho)frázis* In: *Végeken folyóirat*, 3., 15–20.

GERŐ ZS. (1993) *A gyermekpszichoterápia egyes szakaszainak elemzése*. In: Gerő Zsuzsa (szerk.) *A gyermekpszichoterápia elmélete és gyakorlata*. III. kötet. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 91–106.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1964) *A gyógyító nevelés fogalmának fejlődéséről és korszerű értelmezéséről*. In: Kiss Árpád (szerk.) *Tanulmányok a neveléstudomány köréből*, 1963. Akadémiai, Budapest.

GORDOSNÉ SZABÓ A. (1967) *A gyógypedagógiai tevékenységről*. In: Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola tudományos évkönyve II. (Szerk.: Lovász Tibor) Budapest, 167–185.

HARNER, M. (1997) *A sámán útja*. Édesvíz Kiadó, Budapest.

HIRSCH M. (1967, 1994) *Nevelés és pszichoterápia*. MTA Különlenyomat, ill. In: *Zene és terápia* (szerk.: dr. Madarászné, Urbánné) Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 22–25.

HOPPÁL M. (1994) *Sámánok*. Helikon, Budapest.

KLANICZAY S. (1995) *Az „akusztikus" és „vizuális" fogalmak hermanni jelentése.* Magyar Pszichoanalitikus Egyesület Konferenciája – Előadás különlenyomat.

KLANICZAY S. (1998) *Határhelyzetek.* Magyar Pszichoanalitikus Egyesület, Animula, Különlenyomat.

KODÁLY Z. (1974) *Visszatekintés.* Zeneműkiadó, I/304.

KOKAS K. (1979) *Személyiségformálás zenével. Improvizált zenei mozgások gyermekekkel.* In: Budapesti Népművelő, 3–4., 23–27.

KOKAS K. (1980) *A zene és mozgás együttes felhasználása személyiségformálásban.* In: *Pedagógiai Szemle,* 6., 528–537.

KOKAS K. (1992) *A zene felemeli a kezeimet.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1999) *Gyógypedagógia és terápia.* A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola 1998. évi Tudomány Napján elhangzott előadás kézirata.

LEHTONEN, K. (1994) *Gibt es Entsprechungen zwischen den Strukturen von Musik und denen Psyche?* In: *Musiktherapeutische Umschau.* Band 15. Heft 1., 9–25.

MISSURA, A. (1994) *Zeneterápia – zenei nevelés* In: *Zene és terápia* (Szerk.: dr. Madarászné, Urbánné) Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 9–21.

ORFF, Gertrud: (1994) *Orff zeneterápiájának alapfogalmai.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

PÁLHEGYI F. (1967) *A gyógypedagógiai tevékenység pszichoterápiás jellegéről.* In: *Pszichológiai Szemle,* 2., 295–298.

PÁLHEGYI F. (1969) *Még egyszer a gyógypedagógiai tevékenység pszichoterápiás jellegéről.* In: *Pszichológiai Szemle,* 3–4., 569–572.

PÁLHEGYI F. (1972) *Az inadaptáció személyiségdinamikája.* In: Gordosné Szabó A. (szerk.) *Simon Antal emlékünnepély és I. Orsz. Szakmai Konferencia.* Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete kiadványai 3., Vác, 66–75.

PEETERS, T. (1997) *Autizmus. Az elmélettől a gyakorlatig.* Autizmus Alapítvány, Kapocs K.

PINTÉR G. (1993) *A pszichoterápia kutatása. Elmélet, módszerek, eredmények* In: *Pszichoterápia,* március, 5.

ROGERS, C. R. (1992) *A személy-központú megközelítés alapjai.* In: Illyés S., Ritoók P.-né (szerk.) *A nevelési és pályaválasztási tanácsadás pszichológiája.* 535–559.

SEBŐ F. (1994) *Népzenei olvasókönyv.* Magyar Művészeti Intézet, Budapest.

SULYOMI-SCHULMANN A. (1942) *Pedagógiai pszichoterápia.* In: *Gyógypedagógiai Szemle,* 1992/4., 257–261.

SZÉKELY M., WEISS M. (1994) *Autisztikus kórképek diagnosztikája és terápiája.* Tanszer Bt., Budapest.

TÉNYI T. (2000) *A nonverbális terápiák az újabb analitikus elméletek tükrében.* In.: dr. Tényi T. (szerk.) *A pszichodinamikus pszichiátria a legújabb pszichoanalitikus eredmények tükrében.* Animula, Budapest, 57.

TÓTH Z. (1933) *Általános gyógypedagógia.* Magyar Gyógypedagógiai Társaság, Budapest.

TUCEK, G. K. (1994) *Altorientalische musik und Kunsttherapie.* Rosenau.

URBÁNNÉ VARGA K. (1999) *A zene – mint ősi nyelv – szerepe és lehetőségei a kommunikációban.* In: *Beszédgyógyítás*, 1–2., 55–67.

VÉRTES O. A. (1990) *Gyógyít-e a gyógyító pedagógia?* In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 3., 163–171.

VITEBSKY, P. (1996) *A sámán.* Helikon, Budapest.

Fehérné Kovács Zsuzsanna

31.

Fejlesztő diagnosztika a logopédiában

A diagnosztikai szemlélet kialakulása

A diagnózis, a diagnosztika, a gyógypedagógia tudományterületén belül, a logopédiának is nélkülözhetetlen terminológiai fogalma, amely nélkül lehetetlenné válna az érintett beszédben akadályozott populáció körülhatárolása, biztos felismerése, a fennálló deficitek és a működő teljesítmények leírása, és ennek következtében a gyógyító-nevelő, fejlesztő területek kijelölése, a prognózis megrajzolása.

A diagnosztika szó tartalma, a kezdeti orvosi, betegségszempontú értelmezéstől a 20. század végére átalakulásokon ment keresztül. A különböző humántudományok fejlődésének, változásának, új diszciplínák kialakulásának hatására több tudományterületen is teret hódított magának, jelentése az alkalmazott tudományterületnek megfelelően módosult, bővült, változott.

Az orvosi diagnosztikai szempontú megközelítés a betegség felismerésének és megállapításának a tudományáról beszél, amely a tünetek és az etiológiai háttér feltárásával a gyógyítás módját, folyamatát jelöli ki.

A pedagógiai diagnózis az általános helyzetfelismerés, helyzetfeltárás, fejlesztés érdekében az összefüggő intellektuális, pszichikus és egyéb tényezők állapotának, fejlettségi szintjének meghatározását hangsúlyozza a megfelelő pedagógiai eljárások, vizsgálatok segítségével.

A gyógypedagógiai diagnosztika a különböző fogyatékosságok felismerését jelenti a deficitek feltárásával, amelyhez csatlakozik a prognosztikus lehetőségek felbecsülése, megállapítása, a curriculum lehetőségeinek körülrajzolása (Göllesz, 1990).

A pszichodiagnosztika a lelki folyamatok egyéni illetve típusos jellegzetességeit feltérképező pszichológiai vizsgálóeljárások összessége, amelyeknek célja a vizsgált személy pszichés jellemzőinek feltárása, várható fejlődésének, esetleges lelki működési rendellenességeinek a megállapítása (Várfiné, 1997).

A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika elsősorban a fejlesztést, a terápiát biztosító tényezők feltárását jelenti pszichodiagnosztikus eljárások, valamint a komplex vizsgálatok eredményeinek összevetésével (Lányiné, 1997).

A nyelvészet, a pszichológia és a neurológia metszőpontjain, határmezsgyéjén létrejövő új tudományok: a pszicholingvisztika, a neuropszichológia, a neuroling-

visztika is létrehozzák a maguk diagnosztikus eljárásait, az emberi agy szerkezete és az emberi nyelv nyelvtanának szerkezete közötti összefüggések, a beszédprodukció és beszédértés közötti összefüggések feltárására, a nyelvelsajátítás folyamatának, valamint annak eltéréseinek megismerésére (Bánréti, 1999). A világ különböző nyelvein a kidolgozott és standartizált pszicholingvisztikai tesztek a nyelvi fejlődés és a pszichés részképességek területeinek vizsgálatát segítik.

A logopédia mint a gyógypedagógia elsődleges és másodlagos kommunikációs zavarokkal foglalkozó ága, amely a hang-, beszéd- és nyelvi zavarok kutatásával, megelőzésével, diagnosztikájával és korrekciójával, terápiájával foglalkozó integratív tudomány, nem hagyhatja figyelmen kívül azoknak a határterületi tudományoknak a fejlődését, amelyeknek eredményei befolyásolják diagnosztikus és terápiás felfogását (V. Kovács, 1997).

A magyar logopédia történetének nagyjai beszédzavarokról alkotott szemléletében mindig visszatükröződik az adott korszak tudományos fejlettsége.

Sarbó már közel száz évvel ezelőtt, 1901-ben megjelent, *„Népszerű útmutatás a beszédhibák felismerésére és elhárítására"* című művében „a dadogók és egyéb beszédhibában szenvedők" vizsgálatára és az eredmények nyilvántartására úgynevezett „Számláló lapot", mai szóval *vizsgálati lapot* állított össze, amely előzményi/anamnesztikus adatokra, a jelenlegi állapotra és a beszédhiba fajtájára, súlyosságára irányuló kérdéseket, szempontokat tartalmazott (Sarbó, 1901).

Ez a vizsgálati csomag az ország egyre bővülő logopédiai hálózatában egységessé tette a beszédhibák feltárását és nyilvántartását. Korszerűségét igazolja, hogy legfontosabb elemei ma sem vesztették érvényüket, hiszen ma is jelen vannak vizsgálati metodikánkban.

Az 1968/69. tanévtől egyre intenzívebben bővülő fővárosi és megyei logopédiai hálózaton belül a szakemberek egyre több rászoruló óvodás- és iskoláskorú beszédhibást kezeltek. Így fogalmazódott meg a hagyományos diagnosztikai és terápiás módszerek mellett a korszerű medicinális és pszichológiai szempontú kiegészítés igénye, az egyre differenciáltabb, mai szóval élve, *sérülésspecifikus logopédiai ellátás* érdekében.

Ez a szemlélet tükröződik a *Meixner–Palotás* által kidolgozott vizsgálati *algoritmusban*, amelynek általános szempontjai a diagnózis, a prognózis és az erre épülő kezelés irányának és módjának megválasztására adnak tájékozódási pontokat a logopédus szakembereknek (Meixner, Palotás, 1974).

Ez a megközelítés implicit formában magában hordozza a teammunka (pszichológiai, fül-orr-gégészeti, fogászati, ideg- és gyermekgyógyászati, logopédiai) szükségességének korszerű szemléletét is, a sikeres diagnosztikai és az erre épülő terápiás munka érdekében.

A DIAGNOSZTIKAI SZEMLÉLET VÁLTOZÁSA A LOGOPÉDIÁBAN

A *Logopédiai vizsgálat* című könyv (Feketéné, 1990) megjelenésével teremtődtek meg a szélesebb alapú logopédiai diagnosztikai tevékenység objektív feltételei. Ez a vizsgálati könyv, amelyet a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Gyakorló Beszédjavító Intézetének gyakorlatvezető tanárai dolgoztak ki, annyiban jelentett minőségi változást az eddigi diagnosztikai szakirodalomhoz képest, hogy törekedett minden logopédiai kórkép komplex vizsgálati leírására.

Ez azonban szükséges, de nem elégséges feltétele volt annak, hogy a diagnosztikus tevékenység, a vizsgálatok kiválasztása, elvégzése, a kapott eredmények értékelésének képessége, így a terápiás irány meghatározása beépüljön a mindennapi logopédiai tevékenységbe. Szükség volt még a logopédusok szemléletbeli változására, amely a vizsgálóeljárások megismerését, azok technikai birtokbavételét, valamint annak elfogadását jelentette, hogy *a korszerű, sérülésspecifikus terápiás tevékenység csak diagnosztikusan alapozódhat meg.*

Ennek a szemléletnek az elfogadtatását, a hozzákapcsolódó ismeretek elsajátítását a logopédusjelölt hallgatók körében a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán folyó logopédusképzés segítette, de oroszlánrészt vállalt benne a végzett logopédusaink körében Gerebenné dr. Várbíró Katalin főiskolai tanár és dr. Juhász Ágnes, a Gyakorló Beszédjavító Intézet igazgatója, akik a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete (MAGYE) keretein belül 1992-ben indították el *„Logopédiai-diagnosztikai"* tanfolyamukat. Így épült be fokozatosan *a státusdiagnózis, a folyamatdiagnózis, a differenciáldiagnózis* fogalma, és a hozzájuk kapcsolódó elméleti és gyakorlati tudás a szakmai köztudatba.

A DIAGNOSZTIKAI SZEMLÉLETVÁLTOZÁS INDOKOLTSÁGA

A szemléletváltozást több ok is indokolja. A rokon tudományok gyors fejlődése, a kutatási eredmények hatása, a logopédia elméletén belül a diagnosztikus megközelítések átértékelését eredményezték.

Változások történtek a pedagógiai/gyógypedagógiai nevelési–fejlesztési szemléletben, ennek köszönhetően a figyelem a differenciálpedagógia eredményei felé fordul. Nyilvánvalóvá válik, hogy a gyógyító-nevelő, fejlesztő terápiás folyamatban résztvevők kommunikációs, intellektuális fejlettségi szintje, részképességei, személyisége is változásokon megy keresztül. Ezek nyomonkövetése nélkülözhetetlen a sikeres gyógypedagógiai–logopédiai tevékenység szempontjából. Így alakul ki az úgynevezett képességspecifikus/sérülésspecifikus megközelítés, amely egyik záloga a ma oly gyakran emlegetett minőségbiztosításnak. A fejlesztés/terápia során többször elvégzett vizsgálatok szembesíthetik a szakembert munkájának eredményeivel,

az elért változásokkal, fejlődésekkel, az esetleges stagnálásokkal, visszaesésekkel. Ezek felismerése, elemzése, értelmezése a terápia/fejlesztés során fontos része a logopédiai tevékenységnek.

Ez a feltáró folyamat a *fejlesztő diagnosztika*, amely egyben lehetővé teszi a fejlődési profil megrajzolását is. Így válik lehetővé a sérült és ép területek változásának feltérképezése, a terápia módosult irányának kijelölése.

Ez a szemlélet egyben átértékeli az eddig általánosan elfogadott mechanikus emberképfelfogást, terápiás felfogást, amely a logopédus számára csak a beszédben megjelenő tünetekre való irányultságot jelenti. Ebben az esetben csak fonetikai szinten, a kiejtés szintjén megjelenő tünetek megszüntetése az egyedüli cél, függetlenül attól, hogy a meglévő tüneteket milyen biológiai (organikus, funkcionális, centrális, perifériás), pszichés (részképességbeli hiányok, diszfunkciók, eltérések, elmaradások a figyelem, az észlelés, az intermodális integráció/kódolás, beszédmotorika, vizuomotoros koordináció, valamint a szeriális emlékezeti területeken) és/vagy környezeti okok tartják fenn. Az ilyen jellegű felfogás nem teszi képessé a szakembert kompetenciahatárainak reális felismerésére, ezért elszigetelt terápiás tevékenységet folytat a környezet és más segítő szakemberek bevonása nélkül. Csak a vezető tünetek alapján nem képes felismerni azt, hogy nemcsak ő lehet az egyedüli kompetens segítő szakember az érintett beszédben akadályozott esetében. Az ehhez kapcsolódó terápiás szemlélet a segítségnyújtást, a terápiát egyirányú kapcsolatnak tekinti, az érintett beszédhibás egyéni aktivitását és a környezetet negligálja. Ennek következtében az igazi okok és a ténylegesen fejlesztésre váró területek feltáratlanok, ellátatlanok maradnak.

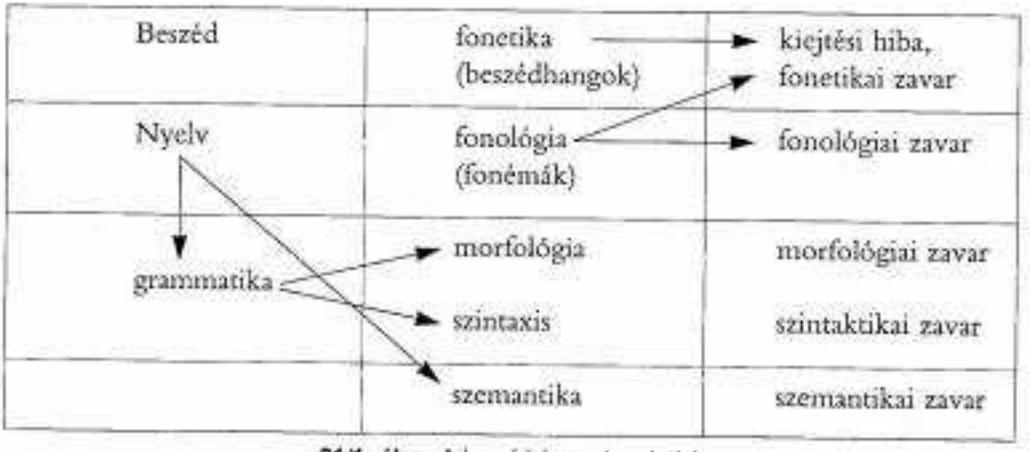
Ezzel szemben a *dinamikus emberkép* felfogáshoz kapcsolódó, korszerű szemlélet a speciális fejlesztési szükségletek igényeinek megfelelő terápiát képvisel, amely a *széles alapú folyamatdiagnózis*ra épít. Ebben a kísérő-követő felfogásban kölcsönös egymásra ható terápiás kapcsolat érvényesül. A fejlesztés a személyiség, a kommunikáció egészét célozza meg. Ha szükséges, a szűkebb és tágabb környezetet is igyekszik megnyerni a terápiának. Kompetenciahatárainak reális felismerése révén más szakemberek segítségét is képes igénybe venni a sikeres, sérülésspecifikus terápia érdekében. Lehetővé teszi az *önsegítés* kiépülését, ennek érdekében az egyéni aktvitást serkentő módszereket alkalmazza, amelyek a kommunikáció pragmatikai szintjét, az egyéni alkalmazási módokat is fejlesztik.

A *nyelvtudomány* Saussure (1916) óta beszél a nyelvezetről (langage) mint beszédkészségről. Ennek a készségnek két aspektusa van: a nyelvi rendszer (langue) és a beszédtevékenység (parole). A „parole" a „langue" aktuális, egyéni használatát jelenti a beszédben. A nyelvi rendszer szabály- és szimbólumrendszerrel rendelkező kódolási mechanizmus, amely lehetővé teszi, hogy a felhasználó különféle módon tudja ezt generálni. A nyelvhasználó ismeri a nyelvet felépítő elemek egymáshoz illesztésének, kapcsolásának szabályait, amelyekkel a véges számú elemszámból végtelenszámú variációt képes összeállítani. Chomsky (1985) a nyelvelméletet a kogni-

tív pszichológia azon területének tekinti, amely a nyelvvel mint „mentális szervvel" foglalkozik. Nyelvi kompetenciáról és performanciáról beszél, amely a nyelvi tudást és a tényleges nyelvhasználatot foglalja magában. A beszédprodukció létrehozásakor, valamint a beszédértés során ebből a tudásból aktiváljuk az éppen szükséges nyelvi tudásunkat.

Elmélete nagymértékben befolyásolta, befolyásolja logopédiai diagnosztikai gondolkodásunkat; meghatározza logopédiai kompetenciánk határainak felismerését és kijelölését, hiszen a logopédia, ami a nyelv mindkét használati módját: az értést és a kivitelezést is vizsgálata tárgyának tekinti, nem hagyhatja figyelmen kívül ezeket a tudományos eredményeket. A konzekvenciákat nemcsak a fogalom meghatározásokban, hanem a diagnosztikus, terápiás felfogásokban is végig kell gondolnia.

Első lépésként a beszédhiba és nyelvi zavar fogalmainak tisztázására van szükség, amelyet Scholz (1967) a következőképpen fogalmazott meg:



31/1. ábra. A beszéd és nyelv szintjei

Értelmezésében a nyelvi zavar a nyelvi szintek (fonológiai, morfológiai-szintaktikai, lexikai-szemantikai) érintettségét jelenti, azaz a rossz beszédteljesítmény mögött a különböző nyelvi szintek működésének eltérése, deficitje húzódik meg. Beszédhiba esetén csak a fonetikai szint az, ami eltér a nyelvhasználók standardjától, mögötte a nyelvi szintek szabályosan működnek, így nem beszélhetünk nyelvi zavarról, csak kiejtési hibáról.

Pléh (1992) mutat rá arra, hogy a beszéd zavarai nem feltétlenül érintik a nyelvi rendszert, a nyelvi tudást, viszont a nyelvi zavarok csak a beszéden keresztül ismerhetőek meg. A nyelvi zavarok kisgyermekkorban gyakran beszédzavarokkal is együtt járhatnak.

Véleményünk szerint nyelvi zavarról akkor beszélhetünk, ha a nyelvi kompe-

tencián belül a nyelvi elemek és/vagy szabályok ismerete, felismerése eltérő, zavart vagy hiányos egy vagy több nyelvi szinten, illetve a performancia területén mindezek alkalmazási zavara vagy képtelensége az átlagostól eltérő nyelv- és beszédhasználatban.

A logopédus, ma már tudjuk helytelenül, munkája során elsősorban a beszédre (parole) koncentrál, ebből próbál különféle diagnosztikus eljárásokkal ismeretekhez jutni a terápia érdekében. Ha azonban a feltárás csak a fonetikai szintig jut el, nem ismeri fel a nyelvi (langue) eltéréseket, ezek egyes nyelvi szinteken megjelenő jellemzőit, akkor az általa összeállított terápia nem felel meg a gyermek nyelvi képességstruktúrájának.

A *gyógypedagógiai pszichológia* fejlődése a részképességzavarok felismerésére, az egyre differenciáltabb diagnosztizálás fontosságára, valamint ezek nyelvi zavarokkal való kapcsolatára irányította figyelmünket. A különféle tanulási értelmezések közül Sarkadi–Zsoldos (1992) a kritériumok felsorolásakor a kognitív pszichológiai tünetek közé sorolja a beszédszerveződés, a nyelvi készség zavarát is a percepció, az emlékezet, a lateralitás és a mozgáskoordinációs zavarok mellett. Ezenkívül ráirányítja figyelmünket arra is, hogy a részképességek területén nyújtott teljesítmények egyenetlenségének az intelligenciaprofilon belül igen informatív tartalma van. A szórtság a megismerési folyamatok helyes működését és a nyelvelsajátítás szabályos útját egyaránt negatív irányban befolyásolja. Ez az elméleti megközelítés eredményezi a logopédiai diagnosztikai tevékenységen belül a részképességek vizsgálati rendszerének kiépülését.

A *pszicholingvisztikai* elméletek közül Zollinger (1988) felfogása az, amely a nyelvi zavarok logopédiai értelmezésének átértékelését leginkább elősegítette. Elmélete szerint a kommunikáció, a beszéd- és nyelvfejlődés egyes fázisaiban különböző folyamatok válnak meghatározóvá, ezek az úgynevezett primer folyamatok. Attól függően, hogy mely primer folyamatok szenvednek sérülést a kommunikáció és a nyelv/beszédelsajátítás során, különböző típusú nyelvelmaradások írhatóak le:

Az első típus esetében a zavar a korai kommunikációs kompetencia területén lép fel, a probléma már nagyon korán manifesztálódik: pl. a csecsemő nem fordul környezete jelzései felé (ez a kifejező és kapcsolattartó kommunikációs funkciók zavarához vezethet).

A második típusnál a zavar a szimbólumképzés területén jön létre. Ilyenkor a háttérben kognitív okok húzódnak meg, a probléma egyéves kor körül, illetve után jelentkezik, amikor az önálló megnevezésnek, az első szavaknak, holofrázisoknak kellene megjelennie. A szimbólumképzés területén megjelenő zavarok egyben a közlő beszédfunkció zavarát is magukban rejtik/rejthetik.

A harmadik típus esetében a zavar a neurolingvisztikai szerveződésű folyamatok területein lép fel, ilyenkor a deficitek jóval később, három éves kor körül válnak felismerhetővé, akkor, amikor a gyermek már összefüggően, mondatokban beszél. A megindult spontán mondatalkotás során a szavak egymáshoz való viszonyát az

adott nyelv grammatikai szabályai határozzák meg. Csak a kialakuló nyelvhasználat során érhetőek tetten ezek az egyénre jellemző morfológiai-szintaktikai hibák. Még ennél is később válhat nyilvánvalóvá a lexikai-szemantikai szinten, a szó másodlagos, harmadlagos jelentési területén létrejövő nyelvi zavar. Abban az esetben, ha a szemantikai érintettség az egyre elvontabb jelentéstartalmak, asszociációk területét érinti, akkor a problémákra csak ezeknek a használatakor derül fény, azaz ötödik, hatodik osztályos kor körül.

Ez nemcsak azt jelenti, hogy a nyelvi tünetek csak a sérüléseknek megfelelő nyelvi szinteken alakulnak ki, hanem azt is, hogy az új, a fejlődés során később kialakuló, ráépülő folyamatok integrálódása sem tud zavarmentesen létrejönni, mert a deficit azok működését is befolyásolhatja.

A kommunikációs kompetencia területén létrejövő zavar minden fölötte lévő nyelvi szintre hatással lehet, hiszen a később kiépülő működések ezen alapulnak. A morfológiai-szintaktikai szint a legérzékenyebb, ennek sérülése, diszfunkciója, hatással van szinte valamennyi terület működésére (a kommunikációs, szimbolikus és neurolingvisztikai szerveződésű területekre egyaránt). A később kiépülő szemantikai szint deficitje kevésbé fogja érinteni a korábban kialakuló kommunikációs terület fejlődését.

Ezért fontos nemcsak a tünetek leírása, hanem a sérülés feltételezett keletkezésében és kiterjedtségben szerepet játszó területek feltárása is, hiszen csak ezek ismeretében kezdődhet meg a helyes korrekció.

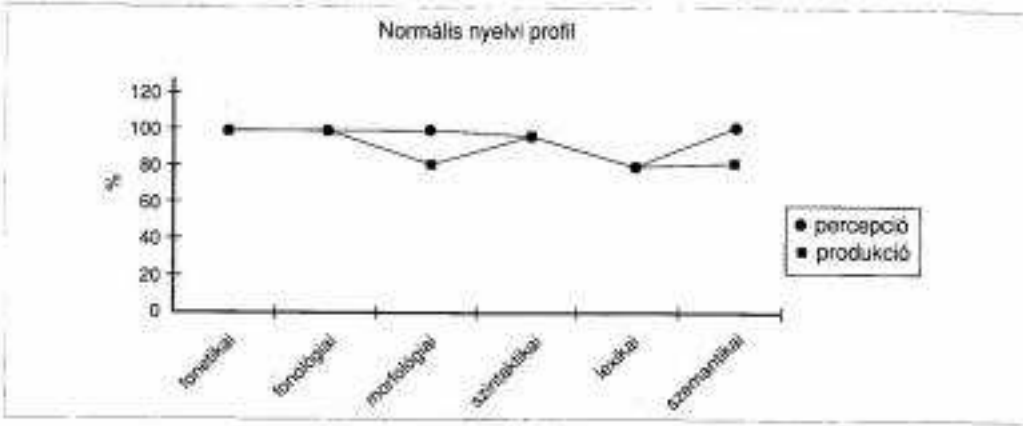
Helytelenül jár el az a logopédus, akinek tanítványánál primer sérülésként korai kommunikációs problémák vannak jelen, és ő a beszédtanítással kívánja a terápiát elkezdeni. Ennek a gyermeknek nem a beszédét kell fejleszteni, hanem a kommunikációs vágyát kell felkelteni örömteli terápiás kapcsolatban, ahol megtapasztalhatja, hogy az emberi érintkezés öröm forrása is lehet.

Mit profitálhatunk ebből az elméletből?

Az alapos, a kommunikáció fejlődését is feltáró anamnézis, a megfelelően kiválasztott, minden nyelvi szintre kiterjedő (a percepció és a produkció területét egyaránt érintő) vizsgálatok teszik csak lehetővé a teljes nyelvi kompetencia feltérképezését, a nyelvi profil megrajzolását, amelyet a *31/2. a* és *31/2. b ábra* mutat.

Csak ezek ismeretében tudjuk a különböző szintek sérüléseinek egymásra épülését értelmezni. A vizsgálataink során feltáruló nyelvi profil megmutatja azokat a nyelvi szinteket, amelyek az életkori átlagnak megfelelőek, esetleg még magasabbak is, és azokat is, amelyek negatív irányban térnek el a megkívánt teljesítménytől. Terápiánk során a jól működőkre tudunk építeni a deficitek kiküszöbölésének érdekében.

A bemutatott 31/2. *a* ábra normális nyelvi fejlettségű gyermek nyelvi profilját rajzolja meg. Jól látható, hogy az életkori kívánalmaknak megfelelő nyelvi működés esetén a szenzoros és motoros nyelvi teljesítmények szinte fedik, ölelik, kiegyenlítik egymást.



31/2. *a* ábra. Normális nyelvi profil



31/2. *b* ábra. Diszfáziás nyelvi profil

A 31/2. *b* ábra egy diszfáziás gyermek nyelvi profilja. Egyértelműen leolvasható, hogy minden nyelvi szinten jelentős eltérést mutat, motorosan fejletlenebb nyelvi teljesítményeket mutat, mint szenzorosan.

A LOGOPÉDIAI DIAGNOSZTIKA KORSZERŰ ÉRTELMEZÉSE

A logopédiai diagnosztika több lépésből álló összetett folyamat; vizsgáló, elemző, általánosító, intellektuális és gyakorlati gyógypedagógiai-logopédiai tevékenység, amelynek során a szakember elméleti és diagnosztikai felkészültsége alapján értelmezi a feltárandó kommunikációs zavart, felállítja hipotézisét, kiválasztja és

elvégzi a vizsgálatokat. A feltáruló adatokat értelmezi, elemzi a kommunikáció, a beszéd és nyelvi állapot, a pszichés részfunkciók, képességek területein. Mindezt összeveti a szociokulturális környezetről, a személyiségről nyert információkkal. Ehhez rendeli hozzá a kiegészítő szakorvosi (orr-fül-gégészeti, foniátriai, neurológiai, audiológiai stb.), pszichológiai (intelligencia, személyiség) vizsgálatok eredményeinek értelmezését. Mindezeket az információkat, adatokat integrálja, általánosítja. Végső lépésként a levont konklúziók eredményeként kijelöli a terápia kezdeti irányát a státusdiagnózis és differenciáldiagnózis felállításával. A státusszal a jelenállapot pontos leírását adja meg (elsősorban a nyelvi és a teljesítmény profilra támaszkodva), a differenciáldiagnózissal elkülöníti a hasonló tüneteket mutató egyéb logopédiai kórképektől. Így válik lehetővé például az enyhe nagyothallás következtében kialakuló megkésett beszédfejlődés elkülönítése a szenzoros dominanciájú fejlődési diszfáziától, vagy a motoros dominanciájú beszédfejlődési zavartól.

Ugyanezeknek az eredményeknek a megfelelő értelmezésétől függ annak eldöntése is, hogy a vizsgált, beszédben akadályozott fejlesztése/terápiája mennyiben tartozik a logopédia kompetenciakörébe (pl. siketség, autizmus, elmebetegség, súlyos pszichés trauma következtében kialakuló kommunikációs zavar), mennyire szükséges más szakemberek bevonása.

Ha az ellátás csak logopédiai kompetencia, akkor ez milyen fejlesztéseket, milyen logopédiai terápiás megközelítést igényel? A szakember ismeri-e azokat a logopédiai módszereket, terápiákat, illetve jártas-e azokban annyira, hogy hatékonyan tudjon a rászorulón segíteni?

Amennyiben a felkészültség, tudás, tapasztalat megfelelő, csak akkor van esély a sérülésspecifikus logopédiai terápiás/fejlesztő munkára.

Abban az esetben, ha a logopédus sem elméletben, sem terápiás gyakorlatban nem szerzett megfelelő ismereteket a szükséges terápiához, akkor két eset lehetséges: rendelkezik kellő önismerettel, azaz levonja ennek konzekvenciáját, az érintettet átirányítja olyan szakemberhez, aki képes a fejlesztésre szoruló szükségleteinek és képességeinek megfelelő fejlesztésére, vagy olyan terápiába fog, amely egyáltalán nem felel meg a sérülésspecifikus kívánalmaknak.

Ilyenkor értékes hónapok, évek telnek el úgy, hogy a beszédhibás nem adekvát terápiában részesül. A közvetlen környezet, a család azt hiszi, beszédben akadályozott családtagja megfelelő ellátásban részesül. A következmények az iskolában, különböző tanulási zavarok, iskolai kudarcok és másodlagosan kiépülő személyiségzavarok formájában jelentkezhetnek.

Amennyiben az ellátás csak részben logopédiai kompetencia, és más kiegészítő, nem logopédiai támogatások is szükségesek (pl. a dadogásterápiához csatlakozó pszichoterápia, vagy szülőcsoport), mennyire képes a team-munka megszervezésére, megvalósítására. Van-e ehhez szükséges kapcsolatrendszere, működésbe tudja-e ezt hozni.

Ha egyáltalán nem logopédiai feladat a feltárt eset ellátása, a megfelelő szakem-

berhez irányítás kellő elméleti megalapozottságot és jól kiépített kapcsolatrendszert feltételez.

Ideális esetben elindul a helyes úton a logopédiai terápia. Ez azonban nem jelenti a logopédiai diagnosztikus munka befejeződését. A terápia előre haladtával újabb vizsgálatok válnak szükségessé, illetve a régiek megismétlése válik időszerűvé a fejlesztés, a terápia irányának esetleges módosítása érdekében. Ezt a tevékenységet hívjuk folyamatdiagnózisnak, amely segítségével állítható fel a fejlődési profil a nyelvi szintek és pszichés funkciók területén egyaránt. A profilok értelmezésével tárulnak fel azok a területek, ahol fejlődés, esetleg lemaradás, törés, stagnálás, illetve visszaesés történt.

A fejlődési profil *(31/3. ábra)* nélkülözhetetlen diagnosztikus eszköze az eredetileg felállított hipotézis helytállóságának illetve megkérdőjelezésének. A profil elemzésével egyértelművé válnak a létrejött változások. Ilyenkor válik el, hogy történt-e fejlődés a terápia hatására. Kell-e a fejlesztési területek súlypontján, irányán változtatni?

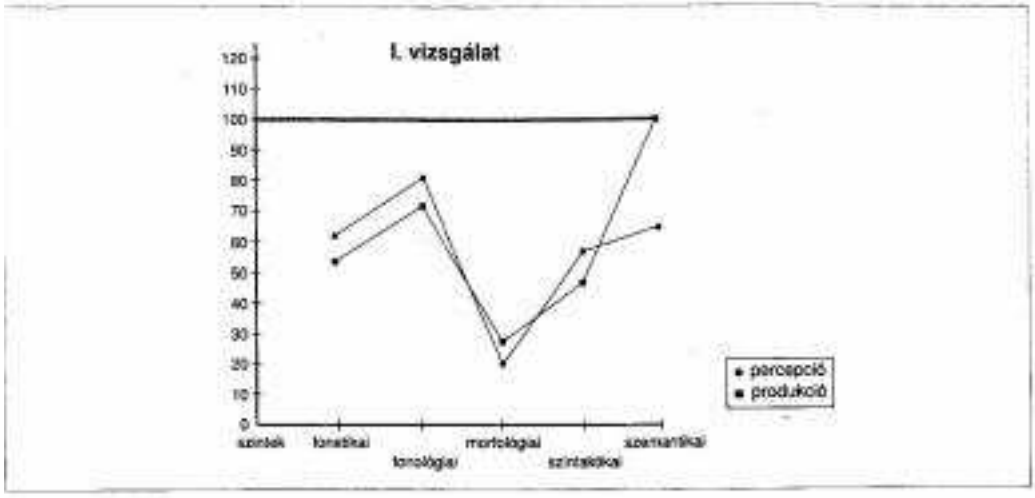
A fejlesztő diagnosztika magában foglalja az állandó változás, módosulás szemléletét. Természetesen csak azoknak a területeknek a változását tudjuk tudatosan nyomon követni, amelyeket bevontunk – diagnosztikus megfontolásaink alapján – a vizsgálódásaink körébe. Ha helytelenül választottunk módszert, vizsgálóeljárást, akkor a fejlesztő diagnosztikánk sem áll biztos lábakon, így az erre épített terápiás módosítások sem felelnek meg a beszédben akadályozott képesség- és nyelvi struktúrájának.

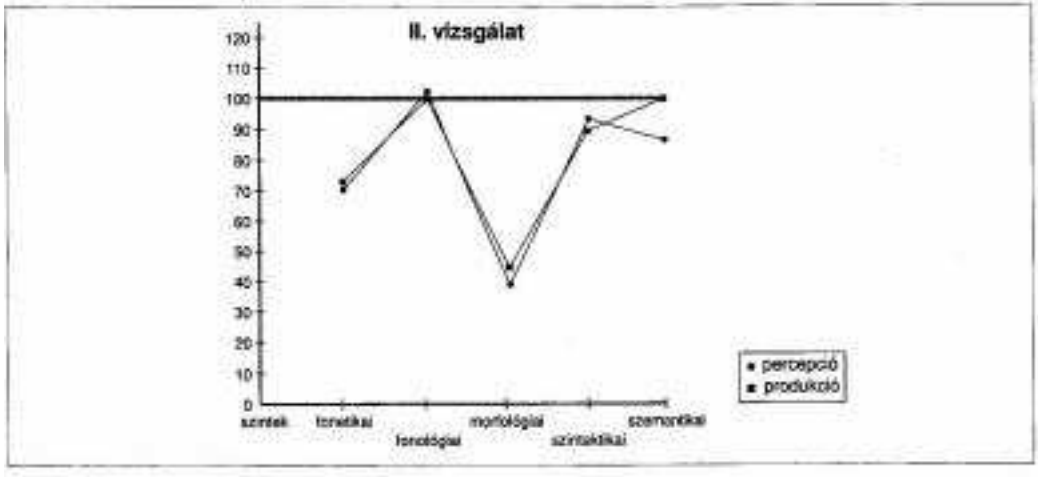
Pedig ez a fejlesztő diagnosztikus szemlélet lehetne a biztosítéka a minőségbiztosításnak. Ez tenné lehetővé a terápiás/fejlesztőmunka hatásfokának mérhetőségét, eredményességének vagy esetleges kudarcának felismerését.

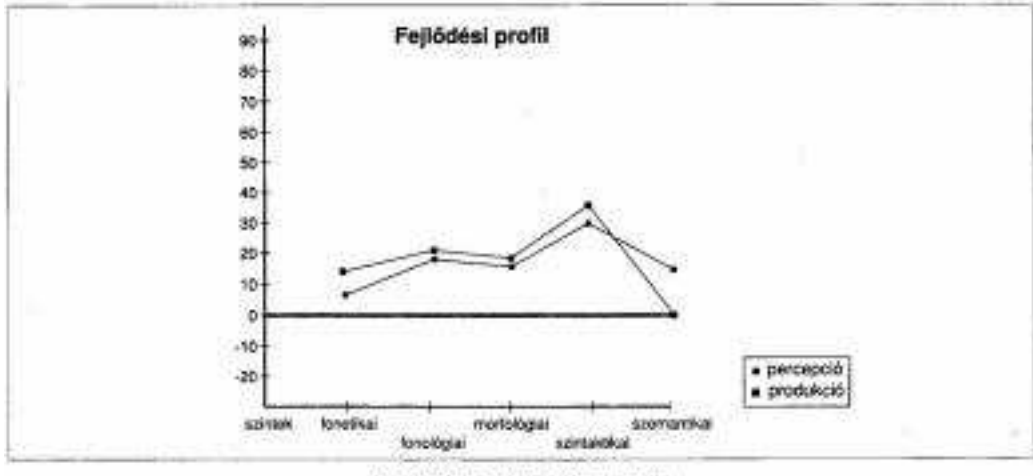
Mindezeken kívül diagnosztikus, terápiás tevékenységünk minőségi színvonalát emeli a logopédus társadalom szemléletébe egyre inkább beépülő szupervíziós és esetmegbeszélő csoportok iránti igény. A szupervizor támogatásával az esetlegesen tévútra futott terápia ismét helyes mederbe terelődik. Az esetismertetések szemléletbeli változásokat eredményeznek a nehéz, váratlanul, kiszámíthatalanul, indokolatlanul elakadt terápiás folyamatok elemzésével, értelmezésével. Ebben a folyamatban a logopédus személyisége is változik (Jászberényi, 1998).

Fontos a változások nyomon követése az 1993. évi LXXIX. közoktatási törvény szellemének megfelelően is. Pl. II. fejezetének 10. §-a kimondja: a gyermeknek, tanulónak joga, hogy képességeinek megfelelő nevelésben és oktatásban részesüljön, képességeihez mérten tovább tanuljon. A 19. § (7) b) pontja így fogalmaz: a pedagógus alapvető feladata a nevelő és oktató tevékenysége során, hogy vegye figyelembe a gyermek, tanuló egyéni képességét, fejlődésének ütemét, fejlettségét, fogyatékosságát, és segítse képességeinek kibontakozását.

A fent leírt indokok együttesen erősítenek meg bennünket abban, hogy a hatékony terápiás munka nélkülözhetetlen eszköze a fejlesztődiagnosztika, amely az egyedüli lehetséges módja az egyéni képességek feltárásának.

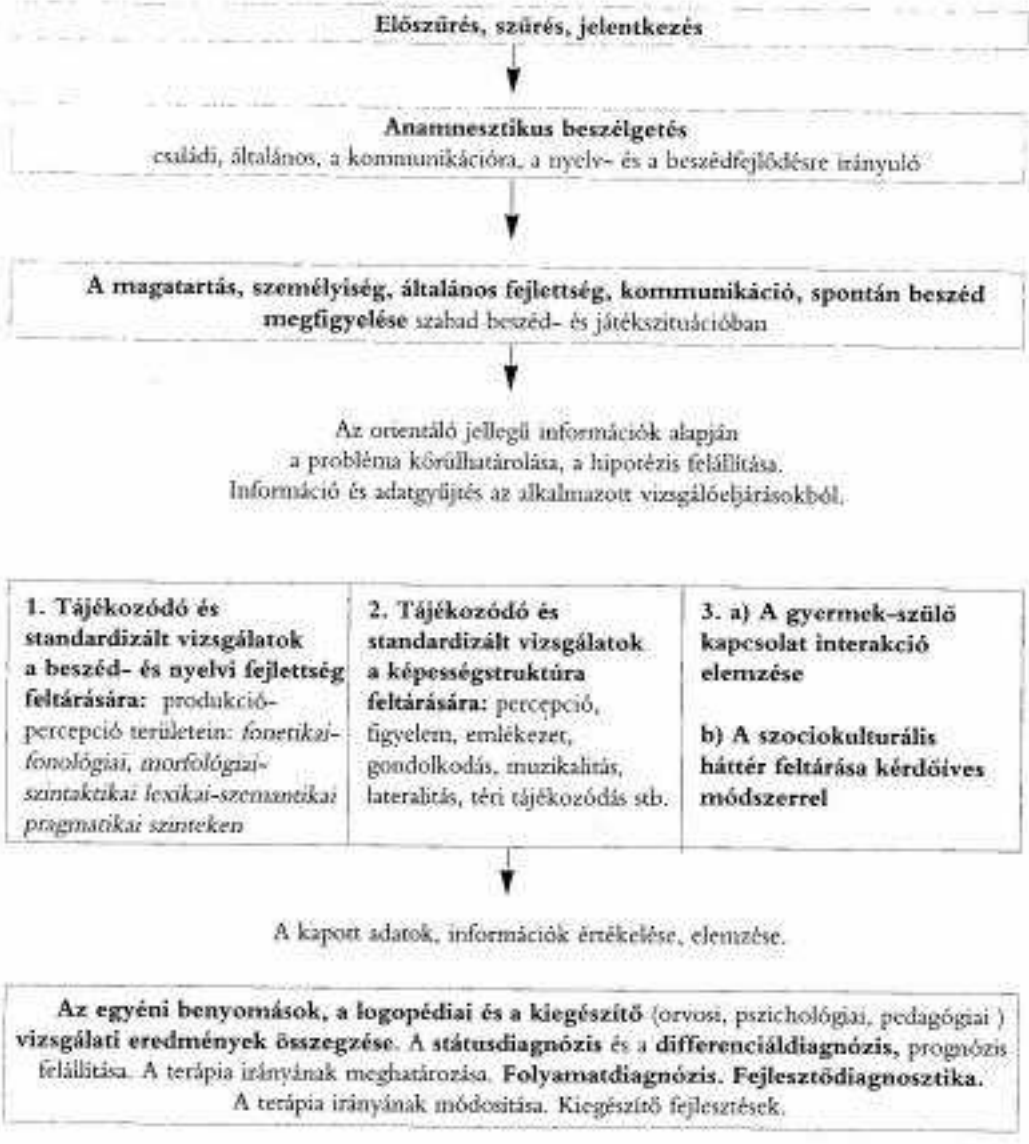






31/3. ábra. A fejlődési profil

A *31/4. ábra* a logopédiai diagnosztikai folyamat egymásra épülésének algoritmusát, valamint a vizsgálódásaink körébe bevont területeket foglalja össze.



31/4. ábra. A logopédiai diagnosztika folyamata

Illusztratív esetbemutatások

A most következő esetismertetések, a már bemutatott elméleti megfontolások alátámasztására készültek. Célunk annak bizonyítása, hogy csak adekvát diagnosztikus módszerrel lehet sikeres terápiát végezni. Ha ez az alapelv sérül, torzul az egész terápiás felfogás, a következmény a beszédhibás sikertelen terápiájában érhető tetten.

Első esetismertetésünk a vizsgálat, a diagnózisfelállítás túldimenzionálásáról szól. Ha csak vizsgálunk, de nem rendelünk hozzá terápiát, teljesen feleslegesnek tekinthetjük diagnosztikai tevékenységünket. A vizsgálatnak, a diagnosztikának csak akkor van értelme, ha azt terápia, fejlesztés követi. Igazán akkor a leghatékonyabb, ha a vizsgálatvezető és a terápiát végző személy azonos.

B. S. ötéves fiú, akit gyermekneurológusa megkeresésére vizsgáltak meg, mert kora és ép hallása ellenére még nem beszélt. A gyermeket nagyon agilis, középkorú anyja hozta a vizsgálatra, aki nagyon rutinosan viselkedett. A gyermek meglévő leleteit kisebb kötetbe gyűjtötte. Az első beszélgetés során nyilvánvalóvá vált, hogy a nem beszélő gyermeket hároméves korától vitte az anya különböző orvosi, gyógypedagógiai, logopédiai ambulanciákra. Ahol a beszéd- és nyelvfejlődési elmaradása mellett az esetleges értelmi elmaradásra való utalás is szóba került (mivel probandusnak már volt egy tanulásban akadályozott, nyolc éves testvére), onnan az anya azonnal továbbvitte egy másik vizsgáló állomásra. Így fordulhatott elő, hogy jóllehet már közel három éve vizsgálták, mégsem foglalkozott vele még senki. Sehol, semmilyen fejlesztést, terápiát nem kapott. Valódi diagnózist senki sem tudott felállítani, mert az anya háritása, félelme miatt mindig megfutamodott előle. Félt az esetleges mentális területeket érintő diagnózistól. A vizsgálatok nyilvánvalóvá tették, hogy a gyermeknek rossz a beszédértése: alapvető fogalmakat sem ért meg, akkor, ha azok nem a megszokott szövegkörnyezetben hangzanak el. Az anya a vizsgálatba többször is beleszólt „Máskor ezt tudja! Ezt tudja!" felkiáltással. Nagyon nehezen viselte gyermeke negatív teljesítését, aki pedig könnyen bevonható volt a vizsgálati helyzetbe, szinte ki volt éhezve a fejlesztésre, a kapcsolatra. „Ké, ké!" felkiáltásokkal várta az újabb megoldandó, játékos feladatokat. A beszéd és nyelvi fejlettségre, az értésre és a kivitelezésre, a pszichés részfunkcióra irányuló vizsgálatok (figyelem, emlékezet, sorrendiség, percepció stb.) azonban rámutattak arra, hogy az ötéves korban meglévő „nem beszélése" már hátrányosan befolyásolta gondolkodása fejlődését is. A ki nem épült nyelvi rendszer ennyi idős korban már a megismerési funkciót is negatív irányba befolyásolja. Ekkor már nehezen ítélhető meg, hogy a fennálló mentális elmaradás vajon a rossz akusztikus percepción, értési deficiteken nyugvó nyelvi fejletlenség következménye, illetve éppen fordítva történhetett-e a folyamat: az értelmi elmaradás eredményezte a beszédfejlődésbeli elmaradást is. Az anamnézis, a vizsgálati eredmények alapján nem tudtunk kiállni az esetleges értelmi elmaradáshoz társuló nyelvi fejlődési zavar hipotézise mellett sem egyértelműen. A

gyermeknek mindenképpen beszédindító és részképességeket egyaránt fejlesztő terápiára lett volna szüksége ahhoz, hogy ezt a feltételezésünket egy bizonyos terápiás idő eltelte után, a fejlesztő diagnosztika segítségével esetleg korrigálhattuk volna.

Erre azonban sajnos nem került sor, mivel az anya a mi esetünkben sem fogadta el az esetlegesen feltételezett diagnózisokat, és a következő megbeszélt időpontban már nem jelent meg gyermekével.

Második esetünk annak példáját hordozza magában, hogy a primer sérülések figyelmen kívül hagyása, fel nem ismerése milyen következményekkel járhat a terápia sikerességének, illetve sikertelenségének megítélésében.

S. K. hároméves korában kezdett el beszédindító terápiára járni, ugyanis jó hallása ellenére csak néhány szavas szókinccsel rendelkezett.

Az anemnesztikus adatok alapján a háttérben a pozitív családi anamnézis, intrauterin és perinatális történések is feltételezhetőek voltak. Nem dokumentáltak az alig beszélő gyermek terápia előtti vizsgálatai, „Hiszen nem volt mit vizsgálni, mivel nem is beszélt". A beszédindító terápia a hangsúlyt elsősorban az aktív szókincs bővítésére és a hangok tisztítására helyezte. A gyermek a fél éves fejlesztés hatására kerek mondatokban, összefüggően kezdett el beszélni. A megszületett mondatai grammatikusak voltak. A logopédus szükségtelennek ítélte a terápia folytatását, hiszen a javuló beszéd és nyelvi teljesítmény, a rövid idő alatt elért beszédfejlődési eredmények a megkésett beszédfejlődés diagnózisát bizonyították. Úgy tűnt, hogy a terápia hatására spontán lépett működésbe a gyermek nyelvalkotó képessége, megindult beszédfejlődése.

Két év múlva került sor a kontrollvizsgálatra. Nagyon hiányos szókincset, súlyos dizgrammatizmust, sajátos szórendiséggel társuló szövegalkotási nehézséget találtak. Az ekkor elvégzett pszichodiagnosztikai vizsgálatok nagyon szórt intelligenciát tártak fel, az átlagos IQ ellenére olyan szórtat, amely már a nyelv, a gondolkodás működésének zavarát is eredményezheti, amely az ép integrációs-asszociációs folyamatok létrehozását is nehezíti. A szenzomotoros fejlődés területén is elmaradásokat találtak. Az utólag felállított, módosított differenciáldiagnózis motoros dominanciájú szenzomotoros diszfáziáról beszél. A módosított diagnózis alapján a beszédterápiát kiegészítették beszédértési, a tervezési folyamatok nyelvi rendezés fejlesztésével, diszlexia prevencióval, valamint grafomotoros fejlesztéssel.

Mi lehetett az oka, hogy a gyermek oly hirtelen megindúló beszéd- és nyelvi fejlődésében megakadt? Miért nem lehetett előre vetíteni ezt a később megjelenő nyelvi problémát?

A nyelvfejlődési zavaroknál fontos diagnosztikus feladat annak kiderítése, melyik primer folyamat sérülése állhat a megjelenő nyelvi tünetek, ebben az esetben a morfológiai-szintaktikai szinten létrejött sérülés hátterében. A magasab szinteken jelenlévő sérülés, eltérés csak később válik nyilvánvaló nyelvi problémává. A három-négy éves kor körül megindúló folyamatos beszédben még nem feltétlenül mutatkozik meg. Ahogyan ezt már Zollingertől megtanultuk, a grammatikai szint,

valamint a szintaktikai szint sérülései csak a teljes grammatikai rendszer kiépülése után válnak nyilvánvalóvá (Zollinger, 1988). Ebben az esetben is nyilvánvaló, hogy a megkésve, támogatással, meginduló nyelvben, beszédben kiépülő hibásan működő grammatikai rendszer tünetei két évvel korábban még nem jelenhettek meg, a hibás nyelvi stratégia felszínre töréséhez a sajátos nyelvi működtetés kiépülése szükséges: kialakult szókincs, amelyből építkezik a mondat, megjelennek a nyelvi viszonyítások (ragok, képzők, jelek) a szófajok, az egyes mondatrészek között. A logopédus a beszédindítás korai fázisában a szűk szókincs, analóg mondatok kiépítése során nem vetíthette előre, a már előbbiekben megindokolt, később megjelenő tüneteket.

A gyermek problémája végül is megoldódott, hiszen még iskolába lépése előtt a sérülésspecifikus, deficitjeinek, képességstruktútájának megfelelő terápián vett részt.

Harmadik esetismertetésünk olyan akadályozott beszédfejlődésű fiúról szól, aki már két és féléves korában összefüggően, de teljesen érthetetlenül beszélt. Ötéves koráig nem részesült terápiában. Addig az óvodai logopédus a gyermeket nem vizsgálta és nem kezelte mondván: „Pöszeséggel csak nagycsoportban foglalkozom". A szülők nem nyugodtak bele ebbe a döntésbe, a helyzetet súlyosnak ítélték, ezért felkerestek egy másik logopédust, aki megvizsgálta, a diagnózis alapján azonnal elkezdte az intenzív logopédiai kezelést.

K. T. zavartalan terhességből született, csecsemőkora harmonikus, bár mozgásfejlődése kissé megkésett, mozgáskoordinációja összerendezetlen volt. Intenzív gagyogás után az első szavakat másfél évesen mondta. Mondatalkotása, összefüggő beszéde két és féléves kora körül indult meg, de beszéde nehezen volt érthető a rengeteg hibásan ejtett hang miatt. Nyilvánvalóvá vált a logopédus számára, hogy ép hallás ellenére, beszéd- és nyelvi fejlődést akadályozó tényezőkkel áll szemben. Feladata volt a sérült, elmaradt, illetve az életkornak megfelelő képességek, funkciók feltárása. Ennek érdekében az alábbi vizsgálatokra került sor:

irányuló vizsgálatok:

– SON: IQ = 102, szórt intelligencia, nagy diszkrepancia az igen jó szintű logikai és az igen gyenge taktilis-kinesztéziás észlelés, valamint az információfeldolgozás fejlődésében. (Ez a teljesítményprofil Heldstab (1998) szerint tipikusan jellemző a súlyos beszédzavarral küzdő gyermekekre);

– Goodenough: RQ = 95, kevés rajzjegyet tartalmazó;

– Bender/A: 4 éves szintű vizuomotoros teljesítmény;

– GMP: súlyos szenzoros elmaradások, átlagos teljesítménye 4 éves szintű, de egyes próbákban a hároméves szintet sem érte el;

– Lateralitás vizsgálat: bal szem preferencia, kevert kéz- és lábhasználat, a választott kéz a bal, sokkal ügyesebben is dolgozik vele.

A nyelvi területek feltárására irányuló vizsgálatok:

- fonetikai–fonológiai szintre irányuló, a percepció és produkció területén;
- morfológiai–szintaktikai szintre irányuló, a percepció és produkció területén;
- szemantikai szintre irányuló, a percepció és produkció területén.

Az eredmények a *31/5. a ábra* segítségével követhetőek nyomon. Mint leolvasható, az eredmények, a szemantikai szint kivételével, minden nyelvi területen jelentős elmaradást mutattak. A legsúlyosabb eltérés, a produkció és a percepció területén, a morfológiai szinten jelentkezett.

Nyelvi szintek	**Percepció területén**	**Produkció területén**
fonetikai *az artikuláció vizsgálat*	50%	60%
fonológiai *oppozíciós szópárok*	70%	80%
morfológiai *P-P-L*	28%	20%
szintaktikai *GMP12- spontán beszéd*	45%	52%
szemantikai *hasonlat vizsgálat*	60%	100%

31/5. *a* ábra. Nyelvi szintek vizsgálata I.

A feltárt részfunkciók és a nyelvi területek fejlesztésére egyaránt irányuló terápia hatását félév múlva újra vizsgálták. A fejlődés, változás a következő volt:

Az intelligencia és a részképességek területén:

- SON: IQ = 105, a részpróbák teljesítményaránya közötti különbség jelentősen nem változott;
- Goodenough: RQ = 101, még mindig kevés rajzjeggyel;
- Bender/A: 4,5 éves szintű vizuomotoros teljesítmény;
- GMP: a szenzoros elmaradások némileg enyhültek, de az átlagos teljesítménye éppenhogy meghaladta az előző félév teljesítményét, visszaesés nem volt megfigyelhető;
- Lateralitás vizsgálat: a választott kéz, a bal, továbbra is ügyesebb, de a másik kéz ügyessége is, a többi motoros teljesítménnyel együtt javult.

Összegezve: a részfunkciókról elmondható, hogy lassú fejlődésnek indultak minden egyes fejlesztett területen.

Ennek transzfer hatása a nyelvi teljesítmények általános javulásán is megmutatkozik.

A két vizsgálat összehasonlítása alapján *(31/5. b ábra)* elmondhatjuk, fejlődés észlelhető a fonológiai tudatosság és a szintaktikai alkalmazás területén. A morfológiai szint gyengesége azt mutatja, hogy a terápia fókuszát a későbbiekben leginkább ezeknek a fejlesztésére kell irányítani mind a motoros, mind a szenzoros alkalmazás területein. Ugyan még artikulációs hibák is jelen vannak, ami a motoros nehezítettségre utal.

Nyelvi szintek	Percepció területén	Produkció területén
fonetikai	75%	72%
fonológiai	100%	100%
morfológiai	45%	40%
szintaktikai	90%	92%
szemantikai	100%	100%

31/5. *b* ábra. Nyelvi szintek vizsgálata II.

Az első és a második vizsgálat eredményeinek összehasonlító értelmezése azt mutatja, hogy a logopédus által alkalmazott fejlesztődiagnosztikai módszer jó irányba vitte a terápiát. Az ismételt vizsgálatok nemcsak a deficites területek fejlődésére mutattak rá, hanem azokra is, amelyek stagnálnak, kevésbé fejlődnek. A kijelölt terápiás irány helyes volt, de módosítás szükséges általában a szenzoros és motoros teljesítmények, valamint a nyelvi szintek közül a morfológiai területek erőteljesebb, dominánsabb fejlesztése érdekében. Több, mélyrehatóbb gyakorlat szükséges a toldalékok (képzők, jelek, ragok, névutók) értésének és használatának a javítására, amelyeket szorosan össze kell kapcsolni a téri tájékozódási területek fejlesztésével. Csak így érhető el, hogy a terápia megfelelő hatású legyen, ezzel teremtve meg a rászoruló gyermek valóban sérülésspecifikus terápiáját.

Tanulmányunkban a fejlesztődiagnosztika szükségességének indokoltságát, elméleti megalapozottságát, valamint az alkalmazásához szükséges szemléletbeli változások fontosságát kívántuk bemutatni. Valódi gyakorlati értékét a bemutatott esetismertetéseken keresztül kívántuk a szakma elé tárni, érzékeltetvén a diagnosztikai tevékenység és a terápia egyensúlyának fontosságát: terápia nem létezhet diagnosz-

tika, fejlesztődiagnosztika nélkül, mint ahogyan a diagnosztika is elveszti jelentőségét terápia nélkül. Csak egymást kiegészítve, egymásból építkezve tudnak autentikus szerepet betölteni logopédiai tevékenységünkben.

Irodalom

BÁNRÉTI Z. (szerk.) (1999) *Nyelvi struktúrák és az agy. Neurolingvisztikai tanulmányok*. Corvina, Budapest.

BÁTHORI Z., FALUS I. (szerk.) (1997) *Pedagógiai lexikon*. Keraban, Budapest.

CHOMSKY, N. (1985) *Generatív grammatika*. Európa, Budapest.

FEHÉRNÉ KOVÁCS ZS. (1998) *Nyelvi képességek és a tanulási zavar*. In: *Beszédgyógyítás*. 1., 38–45.

FEHÉRNÉ KOVÁCS ZS. (1997) *A nyelvfejlődési elmaradás mint a kommunikációs zavar korai megnyilvánulása*. In: *III. Logopédiai Napok Konferencia*. Sopron, Művelődési Minisztérium, 41–47.

FEKETÉNÉ (szerk.) (1990) *Logopédiai vizsgálat*. OPI.

GÖLLESZ V. (szerk.) (1990) *Gyógypedagógia kórtan*. Tankönyvkiadó, Budapest.

JÁSZBERÉNYI M. (1998) *Szupervízió a gyógypedagógiában*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, különszám, 36–42.

LÁNYINÉ E. Á. (1997) *gyógypedagógiai pszichológia, szócikk*. In: *Pedagógiai lexikon*. Keraban, Budapest, I/616–617.

MEIXNER, PALOTÁS (1974) *A beszédhibás gyermek vizsgálatának általános szempontjai*. In: Kovács E. (szerk.) *Logopédia jegyzet I*. Tankönyvkiadó, Budapest, 61–95.

NATION, J. E., ARAM, D. M. (1989) *Diagnostik von Sprech- und Sprachstörungen*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

PLÉH CS. (1992) *Pszichológiatörténet*. Gondolat, Budapest.

SARBÓ A. (1901) *Népszerű útmutatás a beszédhibák felismerésére és elhárítására*. Budapest.

SARKADI K., ZSOLDOS M. (1992) *Koncepcionális kérdések a tanulási zavar fogalom körül*. In: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 3–4., 259–270.

SCHOLZ, J. (1967) *Störungen der Aussprache*. In: *Handbuch der Sprachterapie, Band 2*. Spiess. 1992. Marhold, Berlin.

VÁRFINÉ (1997) *pszichodiagnosztika, szócikk* In: *Pedagógiai lexikon*. Keraban, Budapest, III/219.

V. KOVÁCS E. (1997) *logopédia, szócikk*. In: *Pedagógiai lexikon*. Keraban, Budapest, II/370–371.

ZOLLINGER, B. (1988) *Sprachentwicklungsstörungen*. Haupt Verlag, Berlin.

Lajos Péter

32.

A RITUÁLINNOVATÍV TERÁPIA (RIT) ALKALMAZÁSA GYERMEK DADOGÓK KEZELÉSÉBEN

A dadogás összetett jelenség, elméleteiről, kutatásairól, a gyógyítására kidolgozott módszerekről szóló tanulmányokkal könyvtárakat lehetne megtölteni. A rituálinnovatív terápia lelki betegségek gyógyítására kidolgozott csoportterápiás módszer. Jelen tanulmányomban a módszer logopédiai és ezen belül is gyermek dadogók kezelésére való adaptálását mutatom be.

A RITUÁLINNOVATÍV TERÁPIA (RIT)

A rituálinnovatív terápiát „hétköznapi" nevén a *rituális terápiát* mint pszichológiai gyógymódot Juhász Sándor dolgozta ki 1981-ben pszichiátriai betegek kezelésére (Juhász, 1987). Később neurotikusokat és alkoholbetegeket is gyógyítottak vele. A nyolcvanas évek közepén először Feketéné Gacsó Mária próbálta ki dadogóknál (Feketéné, 1994).

A rituális terápiát úgy kell elképzelni, hogy emberek összejönnek egy csoportban, és különféle mozgásos gyakorlatokat végeznek közösen. A gyakorlatokból azáltal lesz rítus, hogy a csoport tagjai ezeket minden foglalkozáson meghatározott sorrendben megismétlik.

HOGYAN HAT A RITUÁLIS TERÁPIA?

Az emberek a pszichológiai kezelést általában úgy képzelik el, hogy a pszichológus és a beteg beszélget egymással, a páciens pedig kibeszéli problémáit. Bizonyos lelki nehézségeket azonban nem lehet kibeszélni, mert a beteg nem tud beszélni: dadog. A rituális terápia olyan *mozgásos csoportmódszer*, amelyben a résztvevők inkább megjelenítik és eljátsszák az őket foglalkoztató problémákat. A lelki nehézségek hátterében meghúzódó traumák gyakran nem idézhetőek fel szavakkal, mert olyan korai időszakban keletkeztek, amikor az egyén még nem tudott beszélni. Ebben a korszakban az élmények nem szavak, hanem mozgásminták formájában rak-

tározódtak el az emlékezetben. A korai traumák feldolgozásának legmegfelelőbb eszköze a mozgás (Bagdy, 1983).

Juhász Sándor (1987) terápiás ülések során megfigyelte, hogy pszichiátriai betegei mennyire ragaszkodnak a megszokottakhoz. Minél több időt töltöttek együtt, annál több mozdulatsor, gesztus, játék, de még bizonyos tárgyak használata is szokássá vált, azaz ritualizálódott. Miért lett ez fontos számukra? Az ismétlődés, az ismerősség benyomása biztonságot adott ezeknek az embereknek. Bizonyos pszichiátriai kórképek esetében ugyanis meglazulnak a valóság átélését elősegítő támpontok, a beteg elveszíti realitásérzékét. A rítus meghatározott térben és időben zajló ismétlődő mozgás (pl. a vallási rítusok helye a templom, a szertartásnak szigorúan időhöz kötött rendje van), amely rendszert visz az egyén viselkedésébe, növelve kapcsolatát a valósággal. A rítus – mint ismétlődő cselekvés – az ismertség érzését növelve csökkenti az újtól eredő szorongásokat (Juhász, 1987).

Mi történik egy terápiás foglalkozáson?

A RIT-ben a terapeuták kevés tárggyal dolgoznak. Terápiás tárgyak: *a szőnyeg, az óra és a tükör.* A termet üres térnek kell elképzelni a résztvevőknek, amelyet a csoporttagok tesznek otthonossá.

Egy terápiás foglalkozáson a következő gyakorlatok szerepelnek

Labdajátékok:

A faliórát a kezdési időre állítjuk, és pontosan középre helyezzük a szőnyeget. Egymásnak dobjuk a gumilabdákat.

Rituális kezdés:

Körben állva kézfogás, csukott szemmel felkészülés a csoportfoglalkozásra. A tér és a terápiás tárgyak alapos megnézése járás közben. Járás csak önmagunkra figyelve. Járás közben egymás alapos megnézése, mindenkinek mindenkivel kell legalább egyszer találkoznia. A szőnyegen egy kedvelt helyen kezdjük el nézni a szőnyeget. Ezután megérintjük a szőnyeget, majd megnézzük az órát és a tükörben magunkat.

Kötetlen mozgásimprovizációk:

Összegömbölyödött mozdulatlanságból indulva, megadott ideig mindenki azt csinál, amit akar, csak beszélni nem szabad.

Emlékezeti, képzeleti és gondolkodási játékok:

Háton fekve a szőnyegen, kényelmes, laza helyzetben kezdünk emlékezni valamilyen eseményre, élményre.

Rituális átvezető játékok:

Az első feladat a csoport aktuális, közös mozgásritmusának megtalálása járás közben. A nagyon lassú járásból fokozatosan gyorsítunk, majd lassítunk.

Mozgás- és beszédjátékok:

Körben vagy a szőnyeg közepén állva mindenki mutat egy-egy egyszerű gyakorlatot, és közben mesél arról, mi történt vele aznap.

Rituális felemelések:

Mindenki mindenkit felemel a szőnyegbe becsavarva. Aki nem vállalja a szőnyegbe tekerést, azt átmenetileg a szőnyegen vagy szőnyeg nélkül emeljük fel.

Dramatikus játékok és/vagy megbeszélés:

A dramatikus játékok és a megbeszélés is általában aktuális problémákból indul ki. A megbeszélésen a történtek felidézése, értelmezése csak a terapeuta által meghatározott bizonyos szintig jut el.

Rituális befejezés:

A befejezés a kezdő rítus megismétlése fordított sorrendben.

A terápiát Feketéné Gacsó Mária adaptálta felnőtt dadogók kezelésére (Feketéné, 1994). A RIT adaptálására az a gyakorlati tény adott alkalmat, hogy sok azoknak a fiatal beszédhibásoknak a száma, akik hibás beszédük miatt interperszonális hátrányokat szenvednek el, és kérik a logopédusok segítségét.

Miért alkalmazható a rituális terápia a dadogás kezelésében?

Feketéné (1989) feltételezése szerint a dadogás pszichés tünetnek tekinthető, amely kora gyermekkorban, a beszédfejlődés folyamán keletkező okokra vezethető vissza. A dadogás mint korai zavar azon a módon, ahogy kialakult, csakis mozgásos terápia segítségével szüntethető meg. A dadogás, kialakulását követően, fokozatosan beépül az ember viselkedésébe, és a dadogó minden megnyilvánulását és életstilusát is befolyásolva szokásrendszert alakít ki. Az így kialakult szokások egy idő után a dadogás rögzüléséhez vezetnek, azaz tünetfenntartó szerepük lesz. A dadogás nemcsak beszédhiba, hanem viselkedésforma is, amellyel a dadogó alkalmazkodik a valósághoz. A rituális terápia segítségével ezeknek *a megmerevedett szokásoknak és viselkedési ritusoknak a megváltoztatása a cél*. A terápia mint csoportterápiás módszer lehetőséget ad a felnőtt dadogóknak a kapcsolatteremtésre, csökkentve elszigeteltségüket, egyúttal növelve önbizalmukat.

Rituálinnovatív terápia gyermekek számára

A RIT gyermekváltozatát 1988-tól alkalmazzuk gyakorlati munkánk során (Lajos, Rudas, 1991). A felnőtt dadogóknál szerzett RIT-tapasztalatok után azt feltételeztük, ha a terápiát alacsonyabb életkorban alkalmazzuk, elkerülhetjük a felnőtteknél tapasztalható ellenállást, ami bizonyos esetekben az önfeltárulkozástól való idegenkedésben nyilvánul meg (Lajos, 1989). Megerősítette elgondolásomat az is,

hogy ambuláns kezeléseken többnyire gyermekek fordulnak meg. A gyermek fejlődésben van, állandóan változik, a változás lehetőségeit felhasználva azt csak a megfelelő irányba kell terelni. A nem verbális terápia azért is lehet számukra alkalmasabb, mert a gyermek „nyelve" nem a beszéd, hanem a cselekvés, a mozgás. A gyermekeket magával sodorják a játékos, mozgásos gyakorlatok, általában gyorsan feloldódnak, és náluk ritkábban tapasztaltunk ellenállást.

A terápiát elsősorban nagycsoportos és kisiskolás korcsoportban alkalmazzuk.

A terápiának két fő feladata van: *a dadogás létrejöttében és fenntartásában szerepet játszó érzelmi feszültségek feloldása* (pszichodinamikai komponens) és *a kommunikáció újratanítása* (beszédpedagógiai komponens). A feszültségeket a pszichomotorium segítségével, a mozgáson keresztül tudjuk feloldani. A terápia középpontjában a *némajáték* áll. A némajáték során megjelenítjük a preverbális, a beszéd megjelenése előtti kort. A terápiás foglalkozás további részében innen rekonstruáljuk a lelki élet fejlődését, vele párhuzamosan pedig a kommunikáció megtanulását, a megszületéstől a beszéd elsajátításáig. Ennek megfelelően a foglalkozások menetében kétféle struktúrát alkalmazunk, egymással gyakran átfedésben.

Az egyik a *fejlődési struktúra*, amely magába foglalja a megszületést, a preverbális kort (néma játék, gesztusjáték) és a beszéd használatba vételének korát (verbális gyakorlat).

A másik a *kommunikációs struktúra*, ez három szintet foglal magában: a képi kommunikáció (képzeleti játék), a mozgásos kommunikáció (gesztus-játék) és a verbális kommunikáció szintjét (verbális gyakorlatok).

A gyakorlat során ez a két fő struktúra kiegészült egy harmadikkal, az *interperszonális struktúrával*, amely a társas történések folyamán jön létre, beleágyazódik minden gyakorlatba és az egész terápiának a keretét is képezi.

A foglalkozások elején és végén lévő kezdő és befejező rítusok keretként fogják közre az ezekre a struktúrákra épülő gyakorlatokat.

A gyermek RIT-et mint önálló gyermekterápiás módszert a *RIT gyermekváltozat*aként hoztuk létre. Logopédiai adaptálása azt jelenti, hogy megtartottuk az eredeti terápia szemléletét és a terápia vázát, amit kommunikációt fejlesztő logopédiai gyakorlatokkal egészítettünk ki. Ezeknek a gyakorlatoknak a többségét más logopédiai terápiákból vettük át, ám RIT-beli alkalmazásukkal többletjelentést kaptak.

Azt gondoljuk, hogy a terápia lényege nemcsak ezeknek a gyakorlatoknak a kivitelezése. A terápiában a csoporthelyzetben kialakult lelki történésekkel is foglalkozunk. A csoporttevékenység, a rítusok kialakítása és elvégzése a személyiség fejlesztésének eszköze is.

A foglalkozásvezetőnek a gyermek bizalmába kell férkőznie. Fontos, hogy a gyermekek érzelmileg elfogadják. Az azonosulás fontos szerepet tölt be a terápiában. A terapeuta átveszi a szülő érzelmi szerepét – ami nem azt jelenti, hogy ő lesz a szülők helyett a szülő –, azonosulási személlyé válik. Az *azonosulási személy* érzelmileg hat a gyermekre, aki ennek hatására kontroll alatt tartja tetteit: nem azért vi-

selkedik az adott helyzetnek megfelelően, mert az számára ésszerű, hanem mert az érzelmileg elfogadott személy azt kívánja. Ennek a feladatnak a legnehezebb megfelelni, mégis azt mondhatjuk, hogy ezen áll vagy bukik a terápia sikere. Ha a terapeuta ki tudja alakítani ezt a szerepét, akkor ezzel megfelelően kell tudnia bánni.

Az egyik legnagyobb probléma a terapeuta számára a fegyelmezés: alkalmazhatók-e terápiás helyzetben didaktikus fegyelmező eszközök? A dadogó gyermekeket szüleik általában túlszabályozzák, a terápia szabadabb légkörében kezelhetetlenné válhatnak. A vezetőnek következetesen be kell tartatnia a szabályokat, s ezen belül teret kell engednie a szabad megnyilvánulásoknak. Fegyelmezni lehet és kell is, a legfontosabb, hogy a gyermekek elfogadják a velük foglalkozó felnőttet.

A dadogó környezetének tünetfenntartó szerepe van, amit szokásokon és rítusokon keresztül közvetít. A dadogást ezeknek feloldásával szüntethetjük meg úgy, hogy új szokásokat és rítusokat teremtünk.

Mi történik egy terápiás foglalkozáson?

A gyakorlatok egy része keretbe foglalja a többit. Mind a keretjátékok, mind az egyéb játékok állandóan megújulnak. Szükség van erre, hogy alkalmazkodni tudjunk a gyermekekhez, hogy ők is kezdeményezzenek, ők is befolyásolják a történéseket. Fontos, hogy a keretjátékok is változzanak, így a rítusok nem merevednek meg, vagyis a terápia folyamán az órák mind tartalmilag, mind alakilag fejlődnek. Nem hirtelen nagy, hanem lassú, átélhető változásokról van szó. Most megpróbáljuk ezt a folyamatot lefotózni, és az eddig általunk alkalmazott gyakorlatok alapján az órák momentumait egymás mellé rakni. Így átfogó kép alakulhat ki a foglalkozásokról.

Az egyszerűség kedvéért legyen két nagy rész: a keret gyakorlatai (kezdő és befejező játékok) és a szabadon változó gyakorlatok.

Gyakorlatok

Itt zajlanak le az egymásra és a környezetre hangoló gyakorlatok, a rendszeresen ismétlődő rituális játékok.

Bevezető részek

Labdázás.

Játékos formában segíti elő az összehangolódást, az egymásra figyelést, a mozgás és a koncentrálás fejlődését. A labdázást legtöbbször összekapcsoljuk beszédtechnikai, ismerkedési vagy emlékezetfejlesztő játékokkal. A gyermekek így kipróbálhatnak különböző hangszíneket anélkül, hogy közben a beszédre figyelnének.

Szőnyegigazítás.

Megpróbáljuk a szőnyeget középre tenni. Ezáltal rendet teremtünk környezetünkben és előkészítjük azt a kiemelt teret, ahol a fontos dolgok fognak történni. Lényeges, hogy közösen igazítsuk meg a szőnyeget, és mindenki aktívan vegyen részt ebben a munkában.

Kézfogás.

Körbeállunk, megfogjuk egymás kezét, becsukjuk szemünket és így állunk néhány pillanatig. Ennek az egyszerű gyakorlatnak többszörös jelentése van: együtt vagyunk, összetartozunk, egy csoportot alkotunk, befelé figyelünk, a külső dolgokat megpróbáljuk kizárni, képesek vagyunk annyi önuralomra, hogy ne nyissuk ki a szemünket, és ne szólaljunk meg (ez gyermekeknek nagyon nehezen megy az elején), tudjuk, hogy most kezdődik az óra.

Rituális játékok

Járás.

Együtt elindulunk valahová, együtt megyünk az úton. A járás különböző formáit alkalmazzuk. Leggyakoribb a vonatozás. Versre, hangra vagy énekre járunk körbe, változhat a ritmus, az irány (kígyózás). Lehet a járás gyorsuló-lassuló, adott jelre hirtelen megálló (szoborjáték). Nagyon szeretjük, ha csak egyvalaki járkál, közben csilingel vagy dobol, vagy énekel, és a többiek addig csukott szemmel fekszenek, csak a hangra koncentrálva, ellazulva mindig, míg őket választják a járkáló szerepre.

Emelés.

Többféle játékos keretet alkalmazva, sorban mindenkit fölemelünk. A játékokra példák: „kinn maradt egy hangya", „kinn maradt egy kisegér", „méhecske" stb. Ilyenkor mindannyian összekuporodunk egy helyre, egyvalaki lefekszik, egy másik gyermek pedig tovább „őrködik", vagyis szól, hogy valaki kinn maradt, hozzuk be a fészekbe. Mindnyájan odaszaladunk, együtt fölemeljük, óvatosan arrébb visszük, letesszük, fújunk rá levegőt. „Leesett egy...": Körbeállunk egymás kezét fogva, egyvalaki középre fekszik, másvalaki szól, hogy leesett valami, amit ő gondol. Együtt fölemeljük, letesszük, megsimogatjuk. „Elgurult egy...": A gyermekeket a szőnyegen keresztülgurítjuk. „Rakéta" vagy „Megszületett...": Ennek lényege a szőnyegbe tekerés és így a felemelés. Erre a gyakorlatra fokozottan érvényes, hogy csak az csinálja, aki akarja. Lehet választani helyette az előzőt. Előbb-utóbb mégis minden gyermek vállalkozik rá. (Utána mindig mindenkit megkérdezünk, milyen volt?) Az emelésnek ezt a fajtáját csak akkor kezdjük bevezetni, amikor a többit már eljátszottuk, vagyis legalább félév után. A szőnyegből kitekeredve szimbolikusan és valósan is átélhetjük, hogy lehetőséget kaptunk az újjászületésre. Az óra folyamán erre még több alkalom lesz. Az emelésgyakorlatok több tényező miatt is fontosak: közösségteremtők, bizalomerősítők, lazításra, feszítésre, légzőgyakorlatokra, egymással való testkontaktusba lépésre, a beszéd gyakorlására, aktivitásra késztetnek.

Tárgyexploráció

Kiemelt fontos tárgyaink – akárcsak az eredeti RIT -ben – a szőnyeg, az óra és a tükör. Kapcsolatba lépünk a tárgyakkal, magunkkal és egymással. (Ez a terápiás óra egészére is vonatkozik.) Járkálunk, mozgunk a szőnyegen, így ismerjük meg a szőnyeget, valamilyen viszonyunk alakul ki vele. Egyesével sétálunk a szőnyegen, a

többiek figyelnek. Megnézzük magunkat a tükörben, ismerkedünk magunkkal, figurázunk az arcunkkal. Megnézzük az órát, hallgatjuk a ketyegését. Fontos, hogy az idő szimbóluma konkrétan is megjelenjen számunkra. Dadogóknál gyakran probléma az idő beosztása, strukturálása.

Némajáték.

Ez a foglalkozás központi része, erről neveztük el a gyermekek számára is érthetően „varázsolós" órának. Összeggubózás után kis babákká vagy kis hangyákká stb. változunk, akik nem tudnak még beszélni. Ilyenkor beszéd nélkül csak hangokkal és mozgással érintkezünk egymással. Ez is újjászületési lehetőség, újra átélhetnek a gyermekek korai élményeket, felszabadultan mászkálhatnak, hangokat adhatnak. A játék végén kinyújtózva fekszünk, néhány percig lazítunk. Ebből a regresszióból építjük tovább az órát a gesztusjátékoktól a kötött beszéden át a spontán beszédig és az egyéni, páros, majd csoportos gyakorlatokig.

Varázsolás.

Mondókára egyenként elvarázsoljuk a gyermekeket olyan állattá, foglalkozássá stb., amik szeretnének lenni. A többiek kitalálják, hogy mi volt az elvarázsolt gyermek. Minden órán mások lehetünk, de ha úgy tetszik, minden órán ugyanazt játszhatjuk el. Vannak gyermekek, akik ebben kiélik feszültségeiket, félelmeiket. Például egy kisfiú nagyon sokáig cápát játszott. Édesanyjával beszélgetve megtudtuk, hogy a kisfiú fél a vízben a cápától, és hiába magyarázta neki, hogy a vízben nincs cápa, a kisfiút mégis foglalkoztatta, kérdezősködött, cápás könyveket nézegetett. A RIT-órákon ez a gyermek kisfiú kiélhette félelmeit, eljátszhatta, és így legyőzhette a cápát. Egy idő után más állatokat játszott. Megtudtuk édesanyjától, hogy már a vízben sem félt a cápától.

Szabadon változó részek.

Itt gyűjtöttük össze azokat a gyakorlattípusokat, melyeket ez idáig alkalmaztunk, és az óra jellegétől függően váltogattuk. (Miután játékot ritualizálunk, keretet adunk annak is, amit csak egyszer játszottunk el.)

Immaginációs gyakorlatok.

A képzelettel és az emlékezettel dolgozunk. Elképzelünk valamit a jövőből, vagy felidézünk múltbéli (közelmúltbéli) emlékeket. Ezeket megbeszéljük, majd eljátsszuk. Lehetőség van egy élethelyzetet ugyanúgy vagy másképp átélni.

Gesztusjátékok, pantomim, mimika.

Először a gyermekek utánoznak minket, majd különböző instrukciók alapján játszanak el érzelmeket, embertípusokat stb. Fontos, hogy minden testrészüket kipróbálják (arc, szem, kéz, egész test), hogy kommunikációs eszközeik tárháza bővüljön.

Páros játékok.

Ezek egymás jobb megismerését, az intimitás alakulását is segítő gyakorlatok. Lehetnek torna-, szituációs-, mondókás-, mozgásos-, egymást vezető vagy utánzó játékok.

Beszédtechnikai gyakorlatok.

A beszéd összetevőit (ritmus, légzés, hangképzés, kifejezés) azáltal is fejlesztjük, hogy ezek a gyakorlatok átszövik a többi játékot, de önálló részként is helyet kapnak az órákon. Például vokalizálunk, ezzel a hangadás élményét élik át a gyermekek. A logopédiában jól ismert módszer a versmondás ritmizálással, gesztussal vagy mozgással kísérve. Ez szintén jelen van a foglalkozásokon. Az önálló versmondás a gyermekek önállóságát, aktivitását, szereplési képességét fejleszti.

Beszélgetés.

Ha úgy érezzük, hogy az egész csoportot érintő fontos dolog történt, akkor leülünk megbeszélni. Itt adódik alkalom arra, hogy egymásról is beszélgessünk.

Játékok.

Ismert, kevésbé ismert és általunk kitalált mozgásos, énekes játékokat játszunk. A legfontosabb a közös, felszabadult játék öröme. Minden játék hordoz még valami plusz jelentést, hatást, például figyelemfejlesztést, kommunikációs készségfejlesztést.

A keret gyakorlatai – befejezés.

A befejező ritusok idején a gyermekek tudják, hogy vége a foglalkozásnak, folyamatosan visszatérünk az itt és most ünnepéből a mindennapokba.

Járás.

Együtt indultunk, közös élményeink voltak, és most együtt érkezünk vissza, együtt énekelünk, egy ritmusra próbálunk lépni.

Jutalom.

Akik a foglalkozáson magukhoz képest aktívak, ügyesek, ötletesek voltak, jutalomjátékban vehetnek részt: a Zsip-zsupp énekre a felnőttek ringatják őket, a többi gyerek segít. Hogy ebben az izgalmas játékban részt vegyenek, a gyermekeknek bízniuk kell abban, hogy a csoport és a felnőttek vigyáznak rájuk.

Kézfogás.

Újra körbeállunk, így fejezzük ki, hogy még egy pillanatra együtt vagyunk, az ünnepnek vége.

Házi feladat.

Otthoni gyakorlásként hetente egy verset adunk. Ezt kell megtanulni, eljátszani, ritmizálni. Ehhez rajzos feladat is kapcsolódik. A gyermekeknek a világhoz való kapcsolatuk tükröződik rajzukban, ezért nagyon érdekes megfigyelni a rajzok változását.

Terápiaformák:

A gyakorlatok folyamán különböző óratípusokat és csoportformákat dolgoztunk ki.

1. A terápiában megjelenő gyakorlatfajtákat egy-egy órán kiemeljük, központi helyet kapnak, és a többi játékot is e köré szervezzük. Így megkülönböztetünk intimitásközpontú, beszédtechnikai irányultságú és kommunikációs foglalkozásokat.

2. Nagyon fontosnak tartjuk a szülőkkel való együttműködést. Ezért vezettük

32/1. táblázat. A gyermek RIT gyakorlatainak összefoglalása

A gyakorlat típusa	A gyakorlat neve	A fejlődési és kommunikációs struktúra	Mit fejleszt? Mire használjuk a gyakorlatot?
Rituális keretgyakorlatok	Labdázás Szőnyegigazítás Kézfogás Kezdő járás (Vonatozás)		Kapcsolatfelvétel, beszédindítás mozgással összekötve Kezdés, aktivitásfokozás Kezdés, összetartozás, önuralom Mozgás, ének, beszéd összekapcsolása Közös aktivitási szint összekapcsolása
	Varázshang		Lazítás, befelé figyelés
	Tárgy-exploráció (Szőnyeg-tükör)		Énkép-, testséma-, mozgásfejlesztés
	Az újjászületés rítusa (Emelés)	Megszületés	Szimbolikusan: újjászületés Lazítás-feszítés, testkontaktus, spontán beszéd
Rituális gyakorlatok	Néma játék	Preverbális kor Mozgásos kommunikáció	Regresszió, feszültségek mozgásos feloldása Kapcsolatteremtés szavak nélkül
	Varázsolás	Képi, mozgásos és verbális kommunikáció	Szimbólumokhoz tapadó félelmek mozgásos feloldása
	Immaginációs		Problémák, feszültségek feloldása
Szabadon változó részek	Dramatikus gesztusjátékok (immaginációs lejátszása vagy külön)	Mozgásos kommunikáció A beszéd megjelenése	Mozgásos élményfeldolgozás, beszédkészség fejlesztése Nemverbális kifejezőeszközök fejlesztése
	Versmondás Páros gyakorlatok	Verbális kommunikáció A beszéd megjelenése	Mozgás és beszéd összekapcsolása, ritmus fejlesztése
	Mozgásos játékok Zsip-zsupp...	Mozgásos és verbális kommunikáció A beszéd megjelenése	Intimitás fokozása, egymás megismerése A közös, felszabadult játék öröme, figyelem, a kommunikációs készség fejlesztése Jutalom
Rituális keretgyakorlatok	Befejező járás (Vonatozás) Kézfogás		Mozgás, ének, beszéd összekapcsolása Az óra lezárulása, búcsú

be a szülőcsoportot. A szülőcsoporton az esetleg felmerülő problémákat beszéljük meg (szétszórtság, figyelmetlenség stb.).

3. Egészen új formája a RIT-nek a rajzos RIT. Új elemeként bekapcsoljuk a vizuális kommunikációt. Szőnyeg helyett hatalmas csomagolópapírt használunk, a regressziót firkálással érjük el, emelésnél papírba tekeredünk, körberajzoljuk egymást és így tovább.

Csoportvezetés.

A foglalkozásokat ketten vezetjük. Legjobb, ha nő és férfi vezeti, de azonos nemű vezetőkkel is elképzelhető a csoport. Megpróbáljuk minél inkább az indirekt irányítást használni, a gyermekek ötleteit figyelembe venni, gesztusokkal vezetni. A gyakorlaton mi is részt veszünk, együtt játszunk a gyermekekkel. Minden feladatnál mindig mindenki sorra kerül. Fontosnak tartjuk, hogy a gyermekek sok alkalmat kapjanak a megújulására. Kreativitásuk művészi (zene, rajz, mozgás, vers) és kommunikációs játékokban, feladatokban fejlődhet, és áttevődhet az élet minden területére.

Mennyire hatékony a terápia

A módszer eredményességének megállapítására vizsgálatsorozatot végeztünk. A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Gyakorló Beszédjavító Intézetében működő RIT-csoportokból vizsgáltunk meg összesen 26 gyermeket, hat lányt és húsz fiút, akik 1991 szeptembere és 1995 júniusa között jártak RIT-csoportba heti két alkalommal. A kontrollcsoportok tagjai, összesen tíz fő, olyan, hasonló korú dadogó gyermekekből állt, akik ebben az időben terápiás kezelésben nem részesültek (Lajos, 1999).

A méréseket a terápia elején és végén, illetve a várakozási időben végeztük el. Végül a terápiás és a kontroll csoport eredményeit matematikai statisztikai módszerekkel hasonlítottuk össze.

A vizsgálat hipotézisei szerint a terápia hatására javul a gyermekek *beszéde*, kedvező változás következik be *személyiségükben*, *mozgásuk* harmonikusabbá és oldottabbá válik.

A *beszédállapot* felmérésére a gyermekekről egyenként háromperces videofelvételeket készítettünk. A vizsgálatvezető által irányítottan, megadott témáról kellett folyamatosan beszélni. A gyermekek beszédéről készült videofelvételt egy értékelő csoport osztályozta le, megadott szempontok alapján. A felvétel alatti irányított beszélgetés témája a mindennapi életre vonatkozott.

A *pszichés* tényezők változását a *Hárdi-féle dinamikus rajzvizsgálattal* mértük (Hárdi, 1983).

A *mozgás* fejlettségének vizsgálata mozgáskoordinációs teszttel, a KTK-val (Körperkoordinationstest für Kinder) történt. A Schilling és Kiphard által közreadott teszt egyszerűségénél fogva, rövidsége ellenére is megfelelő eszköz a mozgás-

teljesítmények felmérésére. A KTK alkalmas arra, hogy feltárja a saját test feletti uralom zavarait, amelyek a mindennapi motoros magatartás megfigyelése során nem, vagy nem pontosan észlelhetők (Huba, 1988).

A vizsgálat sorozat eredményei szerint a gyermekdadogók közül azok, akik egyéves RIT-csoportban vettek részt, jelentősen változtak, mind magukhoz, mind a kontrollcsoporthoz képest a vizsgált tényezőkben. Beszédük a direkt és indirekt beszédtechnikai gyakorlatok következtében javult. Rajzaik fejlődése alapján feltételezhetjük, hogy a közös élmények hatására nyitottabbakká, érettebbekké váltak. A sok-sok játékos, mozgásos ügyességet kívánó és fejlesztő gyakorlat következtében mozgásuk harmonikusabb, összerendezettebb lett.

Irodalom

BAGDY E. (1983) *A nonverbális pszichoterápiák*. In: Pszichiátria. OTKI jegyzet I. 1–45.

FEKETÉNÉ GACSÓ M. (1994) *„Dadogás – RIT", csoportterápiás eljárás felnőtt dadogók kezelésére*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

HÁRDI I. (1983) *A dinamikus rajzvizsgálat*. Medicina, Budapest.

HUBA J. (1988) *Pszichomotoros fejlesztés a logopédiában*. In: *Korai fejlesztés a logopédiában*. Művelődési Minisztérium.

JUHÁSZ S., FEKETÉNÉ GACSÓ M. (1989) *A Rituálinnovatív Csoportpszichoterápia (RIT) néhány sajátossága és alkalmazásának szempontjai felnőtt dadogóknál*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 1., 41–53.

JUHÁSZ S. (1987) *A Rituálinnovatív csoportpszichoterápia*. In: *Alkohológia*, 4., 7–20.

LAJOS P. (1989) *A Rituálinnovatív csoportpszichoterápia alkalmazásának kísérlete dadogó gyermekek kezelésében*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 4., 295–304.

LAJOS P., RUDAS ZS. (1991) *A RIT alkalmazása dadogó gyermekek kezelésében*. In: Juhász S., Bíró S. (szerk.) *Nonverbális pszichoterápiák*, 150–158.

LAJOS P. (1999) *A rituálinnovatív terápia (RIT) eredményessége a logopédiában (Dadogó gyermekek, dadogó és hadaró fiatalok változása a terápia hatására)* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

Klaniczay Sára

33.

TERÁPIÁS JÁTÉK DADOGÓ GYERMEKEKKEL

BEVEZETÉS

A dadogás az egyik legelterjedtebb és legsúlyosabb beszédprobléma. Európai és amerikai statisztikák szerint 1–2%-os gyakorisággal fordul elő, kb. 80%-ban fiúknál, illetve férfiaknál. A dadogás leggyakrabban a 3. életév körül jelentkezik, továbbá 6–7 éves korban és néha a pubertás kezdetén. Problémájával neurofiziológusok, fogniáterek, pszichiáterek, pszichológusok és logopédusok foglalkoznak.

Gyermekpszichológiai rendelésen az elmúlt 30 év alatt több mint 200 dadogó gyermekkel folytattam egyéni pszichoterápiát. (Kb. ötször annyi volt a fiú mint a lány.) Ezek a gyermekek feltűnően görcsösen dadogtak, jóllehet a folyamatos beszéd kialakulása után egy ideig még dadogásmentesen beszéltek. A gyermek- és ideggyógyászati vizsgálat organikus elváltozást nem talált, a gyermekek értelmi szintje, 3 kivétellel, koruknak megfelelt. Kevés kivétellel, a dadogás 2 és 4 év között kezdődött, és legtöbben még óvodáskorban kerültek pszichoterápiás kezelésre.

Az anamnézist az anyáktól vettem fel. Ennek során vizsgáltam a dadogás kialakulásának előzményeit, a lehetséges etiológiai összefüggéseket. Minden esetben megkérdeztem: „Mi lehet Önök szerint a dadogás oka?" Az erre adott válasz direkt és indirekt szempontból egyaránt figyelemre méltó. Etetési, székelési problémákról részletesen érdeklődtem. Vizsgáltam az anya-gyermek kapcsolat dinamikáját. Nevelési tanácsokat adtam. A gyermekeknél analitikus játékterápiát alkalmaztam (Freud, A., 1927).

Felfogásomban azokhoz csatlakozom, akik a dadogást neurotikus jellegű személyiségzavarnak tartják, melynek hátterében az anya-gyermek kapcsolat zavara áll.

Megfigyeléseim és vizsgálataim alapján úgy találtam, hogy az anyában való megkapaszkodás frusztrált állapota alaphelyzet a dadogás kialakulása szempontjából. Ilyenkor ugyanis regresszió állhat be az *én*-fejlődésben, és ez a 3 éves kor körül (2 és 4 év között), igen gyakran beszédszinten jelentkezik: a folyamatosság megszakadásában (Marcsekné, 1982). Feltevésem elméleti bázisa Hermann Imre megkapaszkodási elmélete (Hermann, 1943).

Munkánk eredményességét katamnesztikus vizsgálatokkal lehet felmérni.

1978-ban Bagotai Tamásné segítségével 20 gyógyult dadogó katamnesztikus vizsgálatát végeztem el. A terápia befejezése óta eltelt idő 5–13 év volt. Gyógyult-

nak azokat tekintettük, akiknél a tünet megszűnt, a terápia során sikerült feldolgozni a traumákat és félelmeket, és a terápiát a szülővel és a gyermekekkel való közös megegyezéssel fejeztük be. A vizsgálattal azt kívántuk ellenőrizni, hogy tartós-e a gyógyulás, volt-e visszaesés vagy tünetváltás és hogy milyen a gyermekek szociális alkalmazkodása. Az utóvizsgálat szerint munkám eredményes volt (Marcsekné, 1985).

A DADOGÁSTERÁPIA IRODALMÁBÓL

A dadogásterápia hagyományos módszerei: az elterelés, a relaxáció és a szuggesztív ráhatás. Ezek közül talán leggyakrabban az elterelést alkalmazzák: ritmikus karmozgás, lábdobbantás, új beszédpatternek kialakítása és így tovább. Ilyen „fortélyokkal" kísérlik meg a tünet eliminálását (Bloodstein, 1969).

A tüneti kezelésekkel ellentétben pszichoanalízissel gyógyított dadogó felnőtteket Coriat és Brill a 20-as években (Coriat, 1931), jóval később Glauber és Travis (1958).

A 30-as években egy új irányzat fejlődött ki az *IOWA egyetem beszédklinikáján*. Kutatásuk fókuszába a görcsképződés circulus vitiosusának a megszüntetését helyezték. Szerintük a dadogást a dadogástól való félelem tartja fenn, ha a félelem csökken, a beszéd javulni fog (Booldstein, 1969).

Ennek az iskolának a felfogása ellentétes a hagyományos felfogással. Míg az ezt sugallta: „Ne dadogj! Csinálj mozdulatokat a karoddal, beszélj bármilyen természetellenes módon, akármit csinálj, csak ne dadogj!", addig az IOWA csoport ezt sugallja: „Menj és dadogj, csak tedd ezt félelem és gátlás nélkül, minél természetesebben!"

Itt arról a mechanizmusról van szó, amit Hermann ír le a pszichikus erők kölcsönhatásával kapcsolatban: az elnyomott impulzus pszichikus energiája fokozódik. Tehát az elnyomási törekvés felerősíti azt, amire irányul. Hermann idézi Montaigne-től: amit az ember erőlködés nélkül, természetesen tesz, nem tudná megtenni kényszer alatt és parancsra (Hermann, 1959).

Kisgyermekek esetében általánosan elfogadott álláspont, hogy nem szabad az akadozást kritikus vagy segítő korrigálással tudatosítani, félelem tárgyává tenni. A kezdeti akadozást ne is nevezzük dadogásnak. Johnson szerint a diagnosztikus skatulya teszi dadogóvá a gyermeket. Johnson legfontosabbnak tartja a teljesítményt fokozottan elváró, perfekcionista, korlátozó nevelés megváltoztatását (Johnson, 1956).

Wyatt kommunikációs terápiája a dinamikus pszichológián és a gyermek általános és beszédfejlődésén alapul. A beszédtanulás során anya és gyermeke kölcsönös utánzással és azonosítással egymásra hangolódnak. A köztük fellépő kapcsolatzavar krízist okozhat a beszédtanulás folyamatában, annak különböző szintjein. Wyatt az anya jelenlétében foglalkozik a kisgyermekkel, segíti indulatai feldolgozásában, ugyanakkor beszédszintjének megfelelően kommunikál vele. Modellt nyújt, de

nem akar jobb anya lenni az igazinál, fontosnak tartja, hogy az anya érezze: ő segített gyermekén (1969).

Dadogó gyermekek gyógyításával gyermekanalitikusok is foglalkoznak. Pl. Kolansky (1960) közli egy 3 éves kislány terápiáját; ebben az esetben a dadogáshoz rovarfóbia is társult.

Hazai szerzők közül jelentős Mérei Vera (1975) kezdeményezése, aki rendszeres csoport-összejöveteleket tartott dadogó gyermekek szüleinek. A csoport lehetőséget ad minden tagjának arra, hogy jobban megismerhesse önmagát, ellenőrizhesse egyébként automatikus, átgondolatlan viselkedési reakcióit. A belátás, a módszertani ismeretek és életvezetési tanácsok együttese jó csoportdinamikai légkört teremt, és ez a csoporton kívüli életben, a nevelésben is érezteti hatását, így hozzájárul a gyermekek gyógyulásához.

Vinczéné Bíró Etelka (1976) óvodáskorú dadogók „intenzív terápiáját" dolgozta ki. 4-5 tagú csoportokban heti 4 alkalommal foglalkoznak a gyermekekkel, a második évben heti 1 órában. Az „intenzív terápia" a komplex terápia speciális formája.

Fehér Zsuzsa óvodáskorú dadogók számára tart csoportos terápiát, mely a hagyományos gyakorlatokon túl a cselekvés és beszéd összekapcsolásán alapuló manuális alkotótevékenységgel egészül ki. Mácsainé Hajós Katalin gyermekek és szülők közös terápiás csoportját vezeti. A klasszikus logopédiai terápiát ötvözi Kokas Klára módszerével. A korai gondozás célja, hogy a beszédhiba ne rögzüljön, ne tudatosuljon, és hogy a háttérben folyó hibás „játszmák" el ne mélyüljenek (Fehérné, Mácsainé, Szebényiné, 2000).

Balás Eszter is óvodáskorú dadogókkal foglalkozik csoportos formában, a foglalkozásokkal párhuzamosan szülőcsoport működik. Ének, zene, mozgás, és ábrázolás egységével kívánja a gyermeki kreativitást mobilizálni (Schmidtné, 1999).

Az óvodáskorú gyermekek dadogás-terápiájának nagy jelentősége van, mivel a dadogás, világstatisztikai adatok szerint, 84%-ban ebben az életkorban kezdődik (Sovák, 1963). A helyes beavatkozás sok későbbi problémát előzhet meg.

Saját tapasztalataim is főleg erre a korosztályra vonatkoznak.

Terápiás játék gyermekekkel

A gyermekanalitikus pszichoterápia fontos eszköze a játék. A kisgyermek szavak helyett gyakran játékban mondja el traumáit, vágyait, vagy félelmeit. Ebből érthetjük meg a tünetet létrehozó rejtett összefüggéseket, ezek egy részét kellő időben és az életkornak megfelelő szinten, a gyermeknek is érthetővé tesszük.

Tudjuk, hogy a tünet kialakulásában mindig egyszerre több ok játszik szerepet. Meg kell találnunk azt a pontot, ahonnan a legjobban megcélozhatjuk a tünetképzés dinamikáját.

A terápiás foglalkozáson megfigyeljük a játszó gyermeket. Pl. hogy milyen játé-

kot választ először, hogy hogyan mozog vagy hogy melyik kezét használja gyakrabban.

Rendszeresen tapasztaljuk, hogy a gyermekek bizonyos szituációkat, kisebb változtatásokkal, újra és újra eljátszanak terápiás órákon. Ezek az ismétlődő játékok mindig jelentősek (Klaniczay, 1993). Munkánk bázisa a jó megfigyelés. Azonban fontos, hogy ne mereven figyeljünk, hanem valamilyen „lebegő figyelemmel", mely a perifériára is kiterjed.

A terápiás attitűd általában passzív, teret ad a gyermek spontán megnyilvánulásainak. Legtöbbször csak megfelelő módon „jelen kell lennünk". Jelenlétünk védelmet, biztonságot ad a játékhoz, melyben szükség szerinti aktivitással veszünk részt.

Nagyobb gyermekek terápiájában egyre inkább a verbalitás dominál, ezt többek közt rajzolással, bábjátékkal, fantáziatörténetek írásával egészíthetjük ki.

Esetillusztrációk

a) *E. P.* 3 éves fiúgyermek. Az anya elmondja, hogy 1 hónapja kezdett dadogni, mindig figyelmeztetik, hogy beszéljen lassabban, a dadogás romlik, egyre görcsösebb. Most már nem is mer beszélni, csak mutogat.

Ép házasság, a szülők jól megértik egymást. A gyermek 10 évi házasság után született, az anya nem esett előbb teherbe, pedig akarták. Normális terhesség, normális szülés, születési súly: 3100 g. 6 hónapig szopik, 10 hónapra jár, másfél éves korára szobatiszta. Evési, székelési probléma nincsen. Kisebb megfázásoktól eltekintve nem volt beteg. Jobbkezes.

2 éves korától folyamatosan, hosszú mondatokban beszél. Az anya szerint a gyermek beszéd- és kifejezési készsége kortársait túlhaladta, feltűnően értelmes volt, „mindenről el tudtam vele beszélgetni", mondta. Kiváló fejlődését „a szomszédok is csodálták".

2 éves 8 hónapos volt augusztusban, ekkor két hetet az anyai nagyszülőknél töltöttek Csehszlovákiában. A gyermeknek az utazás nagy élmény volt, sok idegen szót is megtanult.

Szeptembertől (2 év 9 hó) a gyermek bölcsődés lett, mert az anya dolgozni kezdett. Eleinte nem szívesen ment a bölcsődébe.

Október elején, röviddel az esti lefektetés után, az anya táviratot kapott Csehszlovákiából: édesapja váratlanul meghalt. A hír hatására az anya hangos zokogásban tört ki. Nem gondolt arra, hogy a gyermek meghallhatja. A gyermek pisilni kéredzkedett, és megkérdezte, hogy mi történt. Az anya kímélni akarta, ezért azt mondta neki, hogy „semmi", és közben nevetni próbált. A gyermek ezután nem kérdezett semmit. Másnap az anya Csehszlovákiába utazott a temetésre. A gyermek az apával kikísérte az állomásra, integettek neki a vonatnál. A gyermeknek az anya azt mondta, hogy 1-2 napra látogatóba megy a nagyszülőkhöz. A gyermek akkor sem kér-

dezett semmit, nem is sírt, utána is minden nap elment a bölcsődébe. Egy hét múlva kezdett dadogni.

Megjegyzendő, hogy az anya még az anamnézis felvételekor is teljes gyászt viselt.

A dadogást kiváltó eseménysorozat legfontosabb láncszeme *a becsapás* volt. Az anya addig „mindentől beszélgetett" a gyermekkel, most váratlanul megtagadta a választ, titokba burkolódzott, és ezzel a titokkal kirekesztette őt a kölcsönös bizalom biztonságot nyújtó világából. A gyermek egyedül maradt félelmes gondolataival, fantáziáival, beszédén keresztül nem tudott többé az anyjába kapaszkodni.

Ezt feltártam az anya előtt is, hangsúlyozva, hogy a hazugság bizonytalanságot, félelmet kelt, az igazság légkörének biztonsága elviselhetővé teszi a fájdalmas élményt is. A közös bánatba való bevonás a gyermek számára megtisztelő, erősíti *én*-jét, és így védettebbé teszi. Azt tanácsoltam, hogy mondja meg a gyermeknek az igazat, beszélgessen vele, kérdéseire adjon korának megfelelő igaz választ.

A terápia menetére nem térek ki. A gyermek rövid idő alatt meggyógyult.

b) Gyurika 3 éves, kistermetű, szőke kisfiú. A panaszt anyja így fogalmazza meg: „Négy hét óta erősen dadog, szinte már alig tud valamit kimondani. Látszik, hogy szenved."

Gyurika jól szituált, fiatal szülők első gyermeke. Az anamnézisből kiemelem, hogy az anya a gyermeket semmiképpen sem akarta megtartani, a terhesség harmadik hónapjában megszakítást végeztek. Később derült ki, hogy az anyának kettős méhe volt. A gyermeket 4 hónapig dajka szoptatta, 2 éves korára lett szobatiszta, ekkor már folyamatosan beszélt. A dadogás 2 év 10 hónapos korában kezdődött, pár nappal előbb legurult anyja mellől a díványról, nagyon megütötte a száját, erősen vérzett.

Az első alkalommal, amikor Gyurika egyedül jött be a szobámba, láthatóan szenvedett a dadogástól. Kis termete miatt, szokásomtól eltérően az ölembe ültettem, és színes ceruzával rajzoltam neki mindenfélét, hogy örüljön. Akkor rám nézett egészen közelről, és ezt mondta, de inkább nyögte: „Se-se-segíts nekem!" Ez nagyon megrázó volt, azóta se mondta így ki senki, jóllehet minden gyermek, aki szenved a tünetétől, tudattalanul ezt kéri tőlünk.

A terápiás órákon Gyurika krokodilokat csináltat velem gyurmából, ezekkel játszik ismételten. „K-k-krokodil" mondja, „Eltomlott a szája, csináld meg!"

Másik ismétlődő játéka: a baba-díványról mindig lelöki a Böbe babát. „Le-le-legurult!" mondja.

Máskor azt kéri, hogy „csináljunk tányért és tegyünk bele kolbászt". A „kolbászos játék" egyik kedvenc játéka.

Egy alkalommal a szekrényt próbálja kinyitni: húzza, nyög, belepirul, úgy erőlködik. Mikor végre kinyílik; felujjong: „Jól van! Sikerült!".

A 3 éves gyermek ismétlődő játékai beszélték el a traumás élményt és az ösztönös félelmeket. E játékok egyszerűsége, nyíltsága hasonló a gyermeki álmokéhoz, még kevéssé érvényesül bennük a tudattalan átdolgozás torzító hatása.

A dadogást közvetlenül kiváltó trauma a legurulás volt, mely fájdalmas és vérző szájsérülést okozott. Bálint Alice (1941) a leejtéstől való félelmet a gyermek ősi félelmének tartja, mely a megkapaszkodás-elszakadás ösztönkörébe tartozik, és szorosan összefügg az anya biztonságot nyújtó vagy visszautasító attitűdjével. Esetünkben az anya már kezdetben elutasító volt, és ez kihatott a korai anya-gyermek kapcsolatra is. Ilyen alaphelyzetben történt a legurulás.

A „krokodil játék" a „vérző szájjal" kasztrációs félelem kifejezője lehet, melyet a preödipális korban a frusztrált megkapaszkodás mobilizál (Hermann, 1943).

A „kolbászos játék", de legfőképpen a szekrény kinyitással kapcsolatos erőlködés és siker hívta fel a figyelmemet a gyermek székelési problémájára, amit az anya kifelejtett az anamnézisből. Kiderült, hogy a gyermek glicerinkúpot is kap, amitől nagyon fél. Az erőszakos anális beavatkozás kapcsán kialakult circulus vitiosus a neurotikus tünetképződés egyik komponense volt.

A terápia során a gyermeknek segítettem feldolgozni a legurulási traumát, a szülőknek nevelési tanácsot adtam. Az anyával saját problémáiról is beszélgettem, ennek hatására gyermekével elfogadóbb lett. Gyurika dadogása még „friss" volt, egy hónappal előbb kezdődött, még nem gyakorlódott be. A gyermek rövid idő alatt meggyógyult. A terápia 10 hétig tartott.

c) Peti régi, gyógyult páciensem, 4 és fél éves korában kezdtem el foglalkozni vele. Két évig tartó terápiájából egyetlen alkalmat szeretnék bemutatni.

A gyermek ekkor 6 éves, súlyos, görcsös dadogása már oldódott, beszéde itt-ott még akadozó. Nyári szabadságom után ekkor jön először. Az anya, aki végig segítőtársam volt a terápiában, tájékoztatott arról, hogy nyáron építkeztek, ezért a gyermeket gyakran korlátozták, az apa fáradt, ideges volt, indokolatlanul is büntette.

Ezt a foglalkozást magnetofonszalagra vettem, hogy jobban megfigyelhessem a gyermek beszédének alakulását.

Peti indulatos gyermek. Érzékeny, önérzetes, nehezen, de mélyen kötődik. Indulatait behozza a terápiába, az ilyen gyermekkel jó együtt dolgozni.

Ez alkalommal nagy agressziós feszültséggel érkezik. Mesél, és örül nekem, mert köztünk régi jóviszony van, de föloldódni nem tud, mégcsak hozzá sem tud fogni a játékhoz. Bármilyen játékot ajánlok fel, visszautasít. Beszélgetés közben szokatlanul sok trágár szót használ, eleinte félig elnyelve, később nyíltan is. Egyre provokatívabban viselkedik: szaladgál, dobál, „kutyát" játszik. Jelentős mozzanat: egyszer a saját fejét is beüti a falba. „Jól nekivágtam, olyan erő van bennem" – mondja. Én megértően és agressziómentesen viselkedem, éreztetem vele a köztünk lévő jóviszonyt, a személyének járó bizalmat. Az említett fej-bevágás után ismét sok trágár szót mond a gyermek, majd ezt mondja: „Sári néni, olyan hülyék a gyermekek, mint a pofasz! Olyan hülye vagy..." – „Tudod min gondolkodom?" – kérdezem én. „Min?" – „Hogy itt szabad mondani csúnya szavakat, nyugodtan mondhatod, de miért kell ez most neked? Haragszol valakire, vagy..." – „És még magamra is ha-

ragszom, mer az apu megvert!" – „Talán az apura haragszol, nem?" – „Mindjárt hozzád vágom ezt a ...!" „Olyan dühös vagyok..." – mondja panaszosan. Később festést ajánlok fel, a gyermek visszautasít. Egyre jobban ágál, dobál „mindjárt hozzád dobom ezt...", a tányért és poharat is dobni akarja. Indulata fokozódik, célnélküli vadulás irányában halad, az asztalra is felmászik. Indulatát korlátozom, a poharat elveszem tőle, leemelem az asztalról. – Majd ezt mondom: „Most már járhatsz augusztusban minden héten hozzám, most már itt vagyok."

Ezután fordulat állt be a terápiás órán. A gyermek ollót kér, hogy kivágjon egy „karácsonyfát". Utána kék papírból „hullámzó Balatont" készít. Nemsokára már lelkesen dolgozik, engem is bevon. A kivágott dolgokat egy nagy rajzlapra teszi, kompozíciót tervez. A terápiás óra folyamán bizonyos indulati hullámzás volt érezhető. Az agresszió újra és újra megjelent, bár egy idő után erősen csökkent. Ugyanakkor a szeretet is végig jelen volt, ezt a gyermek hangszínének ellágyulása jelezte. Hermann Imre szerint „szeretet és gyűlölet, e két alapérzelem, nem függetlenek egymástól. Mindkettő a megkapaszkodás ösztönéből ered...".

A gyermek agressziv megnyilvánulásaira különböző módokon reagáltam.

A gyermek agressziv viselkedését kezdetben hagytam. A terápiás órán az agressziót „ki lehet adni". „Itt csúnya szavakat is lehet mondani", ezt szoktuk mondani, vagy gondolni adott esetben. Szaladgálni, dobálni, ugatni is szabad, az otthon agyonkorlátozott gyermek könnyíthet magán. Azt is szokták mondani, hogy „lereagálja az agressziót" – ezzel azonban nagyon óvatosnak kell lennünk.

Az agressziónak ugyanis van egy önmagát felerősítő hatása, ún. „örvénnyé" fokozódhat. Az „örvény"-fogalmat, bizonyos ösztön-lefutások modelljeként Hermann vezeti be az irodalomba (1933). Az agressziós örvény már l'art pour l'art agresszió, nem értelmezhető, az örvénybe került ember nem képes a belátásra. Éppen ezért, a terápiás foglalkozáson az agressziv gyermek örvénybe kerülését viselkedésünkkel, hangvételünkkel, lehetőleg meg kell előzni. Amikor Peti a tányért és poharat is dobni akarta, ebben korlátoznom kellett, figyelmeztetni a realitásra.

Az agresszíven viselkedő gyermeket a terapeutának meg kell értenie. Hogy kinek szól a haragja? Milyen élmények táplálják? Ez a megértés, és ennek valamilyen kifejezése a legfontosabb a terápiában. – Peti egyre provokatívabb lett; „Olyan hülye vagy" – mondta. Ezt indulat-átvitelnek vettem és úgy gondoltam, hogy itt az ideje, hogy szavakkal is megközelítsem: „Haragszol valakire?" A gyermek válasza figyelemreméltó: „És még magamra is haragszom, mer az apu megvert!" Peti dadogásában a harag is szerepet játszott. Ha szüleire haragudott, önmagát is büntette, beszéde elakadt. Ha sikerül a haragot beszélgetésünk tárgyává tenni, már különválasztottuk azt a gyermek *én*-jétől: már nem egészen azonos vele, hisz „ő" vizsgálja azt.

Később, amikor Peti haragja fokozódott, rájöttem, hogy apja iránti aktuális haragját egy régebbi indulat is fűti, ami az anyjának szólt, amikor egy ideig távol volt tőle, a kistestvér születésekor. A „hozzád vágom", amit nekem mondott, talán valami olyasmit helyettesít, hogy „hozzád vágyom". Megértettem, hogy nyári szabad-

ságom miatt, régi elszakadási trauma rezdülhetett meg. Ezért azt mondom neki, hogy augusztusban már minden héten jöhet, már itthon leszek.

Peti első játéka a „vágás" volt. Karácsonyfát, később kék papírból hullámos „Balatont" készített. Érdekes megfigyelni, hogy a bántási, vagdalási igényből hogyan lesz „kivágás", melyhez színek, formák, tervek kötődnek, az olló az alkotás eszköze lesz és egyre inkább a SZÉP kerül az érdeklődés középpontjába. Az alkotás öröme veszi át az uralmat. Az órának ez a része az agresszió feldolgozásának szolgálatában állt.

Később Peti leteszi az ollót, a „karácsonyfát" és a „Balatont" egy papírra ragasztjuk, köréjük „telet" és „nyarat" rajzol. Végre sikerül teljesen feloldódnia, lelkén elárad a jóérzés, munkáját spontán dalolással kíséri. A dallam és ritmus összefügg a témával és kezének mozgásával. Azt dalolja, amit éppen csinál. „Ide egy ágat rajzolok... meg egy ilyen ág is...itt egy ág, itt egy ág, erre is megy, erre is... Jön a másik ág, erre is rajzolunk egy ilyen fát... Egy ilyen kistefa... És jön a tél, telet, jön a tél, most következik egy téli ág..." Később így folytatja: „Na most pedig egy ilyet, jön a tél, csak az Isten tudja, hogy miért..." Aztán hóesést rajzol, a pelyheket meg a csillagokat ritmikusan a papírra kopogja a ceruzával, közben ilyeneket dalol: „....a sok pettyek, meg a csillagok, esik a hó, esik a hó..."

Megfigyeltem, hogy a gyermekek ellazult pszichés állapotban gyakran eljutnak a spontán dalolásig. A terapeuta jelenléte ilyenkor „természetes közeg" a gyermek számára, mely védelmet, biztonságot nyújt, még saját agressziójával szemben is, és ebben a légkörben megnyilatkozhat a gyermek belső jóérzése. Az ilyen spontán dalolás hátterében szeretet van.

d) Csabával alig két hónapja kezdtem foglalkozni. Akkor 13 éves, nyolcadikos volt, testi fejlettségét tekintve legalább 15-nek látszott.

Egy Zala megyei faluból járt hetenként az anyja kíséretében. Az anya több oldalas, gépelt levélben írta le fia problémáját, gyermekkorát, iskolai nehézségeit. Csak írásban lehet feleltetni, súlyos dadogása miatt. Szinte könyörgött, hogy vállaljuk el a gyermek kezelését, ő ezért „minden áldozatra hajlandó". Valóban elég nagy áldozatot vállalt: az utazás napján hajnali fél 4-kor keltek, 4-kor indultak, többszöri átszállás után 11-re értek a rendelőbe. 12-kor már igyekezniük kellett, hogy elérjék a vonatot, hogy este 10-re hazaérjenek.

Az anya a dadogás kezdetét a gyermek 8 éves korára teszi, amikor egy idősebb kislány társaságában autóbuszkarambol szenvedője volt. A gyermek nem sérült meg, de többen véreztek.

Kisebb szóismétlés már 3 éves korban is előfordult, a mandulaműtét után.

A 13 éves gyermek terápiájában a beszélgetés volt előtérben, ezt rajzzal, bábjátékkal, pingpongozással egészítettük ki. Csaba a prepubertásra jellemzően igyekezett a „felszínen" maradni. A beszélgetés bizony a dadogás miatt is eléggé nyomorúságos volt.

Egyik alkalommal testi fejlettségét hoztam szóba. Beszéltem kortársai problémá-

iról, pszichológiai tapasztalataimról, az onániáról és a bűntudatról. Ezen az órán a gyermek megnyílt, elárulta, hogy neki is éppen ez a problémája. Kapcsolatunk oldott és természetes volt. Ezután a gyermek iskolai beszéde állítólag feltűnően javult.

Rendszeresen pingpongoztunk, és közben indulatos mondatokat kiabáltunk: „Megállj, bitang labda!" „Összetörlek!" „Durr bele!" Csabának megmagyaráztam a játék célját: alkalom arra, hogy elnyomott haragját kiadhassa. Ezt a játékot mindketten átéltük, teljesen elfáradtunk bele. Beszélgettünk a haragjáról (kistestvér, apa).

Megkértem, hogy írja fel az indulatos mondatokat. Érdekes módon egész másokat írt, melyek kapcsán kisgyermekkori élmények jutottak eszébe. Pl. „Menj innét a pokolba!" – ezt mondták neki, amikor egyszer az ablaküvegnek támaszkodott. Más alkalommal félelmeiről érdeklődtem. Gyermekkorában azzal ijesztgették, hogy odaadják a cigányasszonynak. Azt mondja, ez életének legnagyobb félelme volt. Kértem, hogy írjon bábszíndarabot ebből a témából. Megcsinálta, szterotip szöveggel.

Aztán eljátszottuk. Először ő választotta a kisfiút, nekem egy apafigurát és egy kócos nőbabát adott. Később megcseréltük a szerepeket: ő volt az apa és a cigányasszony. Mindkét esetben megdöbbentő volt a fiú rögtönzött szövege.

A bábozás célját is megmagyaráztam neki: a régi félelmeket érzésben is vissza akarjuk hozni, akkor jobban elmúlnak. Ilyen módon éreztettem vele, hogy munkatársammá kívánom tenni a saját gyógyulásában.

A prepubertásos gyermek az *én*-fejlődés fontos szakaszában van, ilyenkor az *én* erősítése terápiás feladat.

Szempontok dadogó gyermekek pszichoterápiájához

a) Oki terápia

Dadogásnál is ugyanazt a terápiás módszert alkalmazom, mint egyéb neurotikus tünetek esetében: a gyermek ismételt játékából próbálom a károsító élményanyagot felszínre hozni, az összefüggéseket megérteni, megfelelő szinten a gyermeknek is értelmezni, és a tudatosult anyagot feldolgozni. Magával a tünettel nem foglalkozom.

A megkapaszkodási probléma a biztonságot nyújtó terápiás kapcsolatban részben spontán megoldódik, részben az esetleges negatív indulatáttétel kapcsán kerülhet értelmezésre.

b) Az ellazulás gyakorlása

Az a tapasztalatom, hogy rögzült görcsös tünetek esetén, a belső dinamika megértése és értelmezése csak akkor vezet gyógyuláshoz, ha a terápia folyamán alkalma van a gyermeknek ismételten átélni a belső ellazulás folyamatát, és mintegy begyakorolni azt, hogy viselkedésmintává váljék. Az ellazulás pl. örömteli manuális tevé-

kenység közben következik be. Ebbe a folyamatba valahogy mindig belekerül a SZÉP is.

c) Kapcsolat az anyával

A terápia sikeréhez feltétlenül szükséges a szülők, elsősorban az anya segítsége. Dadogóknál az anya szorongásának feloldása különösképpen fontos. Hosszan tartó, görcsös dadogás során ugyanis anya és gyermek között circulus vitiosus alakul ki. Az anya szorongása fokozott dadogást indukál, a gyermek dadogása fölerősíti az anya szorongását.

d) A hangadás jelentősége

Tekintve a dadogás vokális jellegét, a terápiás hang fontosságát külön kiemelem. A terapeuta lágy hangképzése a gyermeknél is lágy hangadást indukál, és ez fizikai és átvitt értelemben egyaránt igaz (Fónagy, 1963).

Húsz gyógyult dadogó katamnesztikus vizsgálata*

A vizsgálatokat munkahelyemen, a Faludi utcai rendelőben végeztem, 1979-ben. 15 utóvizsgálatnál Bagotai Tamásné logopédus is résztvett, aki főiskolai szakdolgozata témájául ezt választotta.

Az utóvizsgálatra behívott 20 gyermek annakidején súlyosan görcsös dadogás miatt került hozzám, gyógyításuk gyermekanalitikus módszerrel történt. A terápia befejezése óta eltelt idő 5–13 év. Gyógyultnak azokat a gyermekeket tekintettem, akiknél a tünet megszűnt, a traumákat és félelmeket a terápia során sikerült megértenünk és feldolgoznunk, és a terápiát közös megegyezéssel fejeztük be.

Az utóvizsgálattal azt kívántam ellenőrizni, hogy tartós-e a gyógyulásuk, volt-e visszaesés vagy tünetváltás, és hogy milyen a kapcsolatuk szűkebb és tágabb környezetükkel.

A berendelés részben telefonon, részben az anyának címzett levélben történt. Két gyermeknek időközben meghalt az édesanyja, ezeknél a nagymamát, illetve az apát és nevelőanyát hívtuk be.

A berendeltek mind bejöttek a megjelölt időpontban, a szülőknek jólesett az érdeklődés. Kicsit ünnepélyesek voltak, büszkék, figyelték, hogy mit szólok például a bajuszosodó fiú láttán, és mintha elismerést vártak volna, spontán sorolni kezdték a velük történt jó eseményeket. A gyermekek, a régi kapcsolat jó emléke alapján, természetesen viselkedtek.

* utóvizsgálat, hatásvizsgálat, eredményesség vizsgálat

14 esetben a következő eljárást követtük:

Először a gyermeket hívtuk be, az anya nélkül. Tanulmányairól, családjáról érdeklődtünk, barátairól, sikereiről, terveiről, hobbijáról. Oldott társalgásban megfigyeltük a gyermek beszédét, mozgását, értelmi színvonalát, érzelmi megnyilvánulásait, kedélyállapotát. Így képet nyertünk pszichikus állapotáról, emberi kapcsolatairól, érdeklődési köréről.

Ezután az anyát hívtuk be, a gyermek nélkül, hogy szabad beszélgetésben megtudjuk, hogyan látja ő gyermeke fejlődését. Erre vonatkozóan hasonló témákat vetettünk fel, mint a gyermeknek. Minden esetben a saját sorsáról is érdeklődtünk: egészségi állapotáról, munkájáról, személyes problémáiról, a család többi tagjáról. Így képet nyertünk a család-dinamikáról. Amennyiben a beszélgetés során olyan probléma merült fel, amiben illetékesek vagyunk, tanácsot adtunk, felajánlottuk a segítségünket.

Ezután megkértem az anyát, hogy beszélgessenek Bagotainé kolléganővel kettesben a gyermek dadogásával kapcsolatos kérdésekről. A kolléganő ezt a témát kutatja, kérjük, hogy tapasztalataival nyújtson segítséget munkájához.

Öt esetben az utóvizsgálatot egyedül végeztem. Az anyával és a gyermekkel külön beszélgettem. Egy esetben családlátogatást tettünk.

Az utóvizsgálat alapján a gyermekek személyiségfejlődése megnyugtató: családjukkal harmóniában élnek, a társadalmi követelményekhez jól alkalmazkodnak. A gyermekek fejlődését valamennyi szülő pozitívan értékelte. A krízishelyzeteket (iskolába kerülés, iskola-csere, testvér születése, betegség, műtét, hozzátartozók halála) általában tünetmentesen vészelték át, átmeneti jellegű komolyabb visszaesés két esetben volt, a beszélgetés idején már csak az egyiknél vettünk észre dadogást, maradványtünet formájában. Ezt a gyermeket pszichoterápiás beszélgetésekre visszarendeltem (Sz. P.).

Az utóvizsgált 20 gyermek dokumentációs anyagából részletes táblázatokat készítettem. A *33/1. táblázat* anamnesztikus adatokat tartalmaz, a *33/2. táblázat* katamnesztikus adatokat és a terápia időtartamát, a *33/3. táblázatban* néhány adatot kiemeltem.

Az utóvizsgálat időpontjában 19 gyermek dadogás nélkül, folyamatosan beszélt.

A táblázatok számadatai következtetésekre nem jogosítanak. Egy következtetés azonban jogos: a dadogásból ki lehet gyógyulni. Esetleges öröklési lehetőségek vagy enyhe szülési károsodás jelenthet bizonyos diszpozíciót, de nem determinál dadogásra.

Terápiás segítség egy visszaeső gyermek számára

Sz. P. 2 és fél éves korában kezdett dadogni. A terápia kezdetén 4 éves, rendkívül görcsös állapotban van, fél a kakastól, disznótól, átállított balkezes, erőszakkal

33/1. táblázat. Adatok a terápia kezdetén

Név, nem	Kor év)	Folyamatos beszéd (év)	Dadogás kezdete (év)	Öröklési lehetőség	Organikus sérülés lehetősége	Kéz	Beszédhiba Neurológiai tünet	A dadogás közvetlen előzményei	Ártalmak, betegségek
F. E. fiú	5	2	21/2	A nagypapa epilepsziás	–	j.	Enuresis nocturna	Sok injekciót kapott	Minden étkezésnél lehúgják a kezét
V. L. fiú	6 1/2	2	4	Az anya racsnol, a testvér hadar	–	j.	Gázok, Félénk	–	Szorongó anya, a testvérek ijesztgetik
D. M. fiú	5	1 1/2	4	–	Asph.	át. b.	Túlzott mozg.	–	Penis cysta Anya súlyos beteg volt
B. Á. lány	4 1/2	2 1/2	4	–	–	át. b.	P. dysl. Enuresis nocturna	Sok vesztegetés, apa elköltözik	Az anya labilis, sokat van távol
T. P. fiú	9	2 1/2	7	–	–	j.	–	Büntetésből küldték a lakásból	Kórház: 6 év, Anya többször kórházban
P. J. fiú	7	3	3 1/2	–	–	j.	-	Szülők nélkül nyaralt	Víz alá került, fuldokolt: 4 év
T. Z. fiú	3 1/2	2 1/2	3	–	–	j.	P. dysl. Félelmek: patkány	Családi nyaralás	Vicceinek vele: „Odaadunk az özvegynek"
Sz. P. fiú	4	2	2 1/2	–	Asph.	át. b.	Félelmek: kakas, disznó	Anya szülni ment, ezalatt erőszakos bilizmus	Nővr. anya, Szigorú apa, Korlátozás
N. F. fiú	4	2 1/2	3	–	–	át. b.	Félelmek: sötétség	Orthopediai vizsgálat	Kórház: 1 1/2; 3 1/2 év Az anyának műtéte van
P. Jó. fiú	5	3	3	Nagymama suicid	Fogós szülés	j.	P. dysl. obszipál	Sok köpet kapott	Az anyának asztmás könyszere van
Cs. T. lány	3 1/2	3	2 1/2	Az anya akadozva beszél, az apa hadar	Debilitás	át. b.	Univ. dysl.	Büntetésből bezárták	Kiütés miatt 2 hétig kézlekötés: 1 1/2 év
Sch. B. lány	4	3	3 1/2	Az anya hadar	–	ár. b.	Hipermotil, dacos, ingerül	Szülők nélkül nyaralt	Agresszív anya
S. B. fiú	5 1/2	2 1/2	4	–	Fogós szülés anya RH -.	át. b.	Félelmek: kutya Obszipál	Mandulatályog, fulladt, mentők, műtét, kórház	Kép, beömlés
Sz. L. fiú	4 1/2	3	3	Az apa hadar, a testvér dadog	–	át. b	Hipermotil	Anya elhagyta, állami gondozott lett	Kórház: asthma 2 év, Sérvműtét: 3 1/2 év
Sch. A. fiú	4 1/2	2	3	–	Császármetszés	j.	P. dysl. Obszipál	Hanyatt esett	Hetes bölcsőde, Állandó köhögés, Fülműtét: 2 1/2 év

								születés, kórház	
Sz. L. fiú	4 1/2	3	3	Az apa hadar, a testvér dadog	–	át. b.	Hipermoni	Anya elhagyta, állami gondozott lett	Kórház: asthma 2 év, Sérvműtét: 3 1/2 év
Sch. A. fiú	4 1/2	2	3	–	Császármetszés	j.	P. dysl. Obstipáló	Hanyatt esett	Hetes bölcsőde, Allergiás kötőgyás, Fülműtét: 2 1/2 év

B. Á. fiú	3 1/2	1 1/2	3	Az apa hadar, a nagypapa dadog	–	át. b.	Ujjszopó	Bábszínház: a farkas elrobolta a gida	Agresszív testvér
N. P. fiú	3	2	2 1/2	–	Vákuumos szülés Asph.	át. b.	P. dysl. Pavor. Noct.	Óvodába került, beilleszkedési problémák	Az anya elhagyással fenyegeti
Á. Z. fiú	3 1/2	1 1/2	2 1/2	Az anya hadar, zaccol	Asph.	j.	Félelmek, Rossz evő Obstipatio	Családi nyaralás	Szorongó anya, neur. apa
B. B. fiú	2 1/2	1 1/2	2	–	Császármetszés	j.	Félelmek: kutya Obstipatio	Egy női vagyázott rá, akit nem szeretett	Kúp, beöntés Szemüveges Sok elvárás
E. P. fiú	3	2	2 1/2	–	–	j.	–	Nagyapja halálát eltitkolták, az anya egy hétre elutazott	–

33/2. táblázat. Katamnesztikus adatok

Terápia időtartama	Név	Kor (év)	Fogl.	Változások, traumák	Visszaesés, egyéb neurotikus tünet	A gyermek állapota, Szocializáció
6 hónap	F. E. fiú	17	III. gimn.	A nagymama meghalt	Enyhe átmeneti visszaesés (I. gimn.)	Tünetmentes. Sokirányú érdeklődés. Nehezen barátkozik
2 év	V. L. fiú	17	III. gimn.	A nagymama meghalt	–	Tünetmentes. Építészet érdekli. Szoros baráti kör
2 év	D. M. fiú	14	8. oszt.	Az anya meghalt (10 év) szigorú nevelőanya testvére született	Az anya halálakor súlyos átmeneti visszaesés	Tünetmentes Autószerelőnek készül Sok barátja van
9 hónap	B. Á. leány	14	8. oszt.	A szülők elváltak (5 év) Az anya meghalt (13 év) Az apa új családba került	Enyhén hadar	Tünetmentes Vegyészet érdekli Jól alkalmazkodik
2 év	T. P. fiú	17	III. gimn.	Sérvműtét (13 év) Feltűnően magas, vékony Az anya többször kórházban	Átmeneti kedélyzavarok (15 év)	Tünetmentes Népművelő akar lenni Társadalmilag aktív
10 hónap	P. J. fiú	15	Ip. tan.	–	–	Tünetmentes Kitűnő tanuló, sportol Társadalmilag aktív
7 hónap	T. Z. fiú	10	4. oszt.	–	–	Tünetmentes Kitűnő tanuló, sportol Közösségben aktív
2 év	Sz. P. fiú	13	7. oszt.	Az apa inni kezdett Sok veszekedés Az anya betegeskedett	1 év óta enyhe visszaesés (kisegítő „a" hang)	Enyhén dadog Zenét tanul Nehezen barátkozik
1 év	N. F. fiú	11	5. oszt.	Testvére született (6 év) Az apa sokat utazik	Testvérszületéskor enyhe átmeneti visszaesés, 1 hónapja nyugtalan alvás	Tünetmentes Kitűnő tanuló Közösségben aktív
1 1/2 év	P. Jó. fiú	11	5. oszt.	Fitymaműtét (7 év) Kórházi kivizsgálás (8 év)	1-2 hónap óta időnként csettint	Enyhe tic Jól tanul, sakkozik Nehezen barátkozik
1 év	Cs. T. lány	11	4. oszt.	Szigorú anya Túlzott elvárás Iskolai kudarcok	Enyhe átmeneti tic (pislogás) (7 év)	Tünetmentes Tanulási probléma Segítőkész

6 hó	Sch. B. lány	9	3. oszt.	Budapestre költöztek Testvére született (6 év) Az anya ideges, türelmetlen	Dacos, agresszív	Tünetmentes Magatartási problémák Testvérét szereti
1 év	S. B. fiú	1 11/2	5. oszt.	–	–	Tünetmentes A tanulásban lassú, sportol Nehezen barátkozik
1 év	Sz. L. fiú	11	4. oszt.	Testvére született (6 év) Az apa elhagyta a családot Nevelőanyánál marad	–	Tünetmentes Tanulási, magatartási probléma Barátkozó, segítőkész
3 hó	Sch. A. fiú	10	4. oszt.	–	–	Tünetmentes Jól tanul, barátkozó, barátkozó
3 hó	B. Á. fiú	8	2. oszt.	Testvére született (6 év)	Átmeneti ugazopás	Tünetmentes Jól tanul, sportol, sok barátja van
5 hó	N. P. fiú	91/2	3. oszt.	Új lakásba költözött Szemüveget kapott Az anyának sikertelen koraszülés	Új lakásban átmeneti alvászavarok	Tünetmentes Közepesen tanul Barátkozó, vezető egyéniség
2 év	Á. Z. fiú	10 1/2	5. oszt.	Testvére született (4 év) A nagymama meghalt (5 év)	Iskolakezdéskor enyhe, átmeneti visszaesés	Tünetmentes Kitűnő tanuló, zenél, sportol Nehezen barátkozik
6 hó	B. B. fiú	8	2. oszt.	Feltűnően kisnövésű Erős szemüveget visel Szoros időbeosztású	1/2 éve időnként pislog	Enyhe tic Jól tanul, sportol, Visszahúzódó
2 hó	E. P. fiú	8	2. oszt.	–	–	Tünetmentes Kitűnő tanuló, sok barátja van

33/3. táblázat. Az 1. és 2. táblázat néhány kiemelt adata

Esetek száma: 17 fiú, 3 lány	
Dadogás kezdete: 2-4 év között	19 esetben
Beszédhiba a családban	6 esetben
Organikus sérülés lehetősége	8 esetben
Átállított balkezesség	10 esetben
Egyéb beszédhiba	6 esetben
Egyéb neurotikus tünet	16 esetben
A dadogást elszakadási trauma előzte meg	11 esetben
Óvodás korban került terápiába	17 gyermek
A terápia időtartama (0-1 év)	9 esetben
A terápia időtartama (1-2 év)	11 esetben
Átmeneti visszaesés volt (enyhe)	3 esetben
Átmeneti visszaesés volt (súlyosabb)	2 esetben
Tic fordult elő	3 esetben
A katamnézis időpontjában dadogásmentesen beszél	19 gyermek

etetik. Az apa szigorú, sok tilalom veszi körül, másfél éves fiútestvére van. Asphixiával született. Hároméves korára lett szobatiszta, sok büntetéssel. Dadogni akkor kezdett, amikor anyja szülni ment. Közben erőszakkal biliztették.

Az utóvizsgálat időpontjában Sz. P. 13 éves, hirtelennőtt, serdülés előtt áll.

Az anyának az elmúlt években gyakran voltak éjszakai rosszullétei sírógörcsökkel, vegetatív tünetekkel, halálfélelemmel. A kivizsgálás funkcionális problémának tartotta a rosszulléteket. Ezzel párhuzamosan a szülők között a viszony megromlott, az apa inni kezdett. Az anya, aki eddig a háztartást vezette, dolgozni ment.

A gyermek, aki évek óta jól beszélt, az elmúlt évben ismét dadogni kezdett, bár lényegesen enyhébb formában, mint első jelentkezésekor. Megtudtuk, hogy a visszaesés előtt brutális jelenet játszódott le a szülők között. Az apa megütötte az anyát, aki a gyermekhez fordult védelemért. Hangosan zokogta, hogy férje megöli. Az egyébként minden szempontból tisztességes vidéki családban ez a jelenet teljesen szokatlan, és ezért nagyon megrázó volt. Feltehetően az apa belső feszültsége és az anya korai klimaxos zavarai voltak a háttérben. Az apa egyébként kiválóan dolgozó szakmunkás és családját szereti, az italozása is szórványos.

Egy idő után a gyermek beszéde spontán javult, az utóvizsgálat idejére már fo-

lyamatossá vált, de mesterkélt hanglejtésű, és a gyermek a szövegbe, értelem nélkül, egy kisegítő „*a*" hangot illeszt. Pl.: „Amikor a kertben *a* felmásztam a fára, *a* letört alattam az ág."

Az utóvizsgálatnál az anya a gyermek fejlődésével elégedett, a visszaesést a családi problémának tulajdonítja, és férjét okolja érte. Úgy látja, hogy a gyermek már túljutott a visszaesésen. Legnagyobb gondja jelenleg, hogy számtan és orosz osztályzata gyenge, pedig középiskolába szeretné adni. Úgy láttam, hogy ebben az esetben szükség van a segítségemre.

Az anyával négyszemközt hosszasan beszélgettünk saját életéről, a gyermek részére korrepetálást biztosítottam, és visszarendeltem néhány terápiás beszélgetésre. Úgy gondoltam, hogy a serdülés küszöbén a gyermeknek onániás problémái vannak, melyben a maguk problémájával küzdő szülők nem nyújthatnak segítséget, sőt bizonyos ártalommal is számolni kell ezen a téren. A visszaesést az anya elvesztésének félelme válthatta ki (betegeskedés, sírás, brutális jelenet), ezt a félelmet az onániás bűntudat erősíthette.

Ugyanakkor a 13 éves gyermek az *én*-fejlődés szempontjából kritikus fejlődési szakaszban van. A szigorú, tiszteletben álló apa szokatlan viselkedése azonosítási konfliktust okozott. Tisztelni és elítélni egy időben, mintázni, ugyanakkor lebecsülni, ez ebben a korban félelmes *én*-bizonytalanságot teremt. Ez is hozzájárult a visszaeséshez.

A fiúval az utóvizsgálat után többször foglalkoztam, problémáiról őszintén beszélgettünk. Beszélgetésünk alapján az *a* hangocska öngyógyító jellegű közbeiktatását úgy értelmeztem, hogy a gyermek az *én*-bizonytalanságban, regresszív módon, ezáltal az anyjába kapaszkodik, tudattalanul segítségül hívja, mint kiskorában: a – anya – anyám. (Természetesen nem minden „töltelék-hang" értelmezhető, itt egyedi esetről van szó.) Sz. P. ezt az értelmezést találónak érezte. Néhány foglalkozás után jó hanglejtéssel, folyamatosan beszélt, a kisegítő *a* hangot elhagyta.

A katamnesztikus vizsgálat mindig jó alkalom arra is, hogy volt pácienseinknek szükség esetén segíteni tudjunk.

Irodalom

BLOODSTEIN, O. (1969) *A Handbook on Stuttering*. National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults, Chicago, Illinois.

CORIAT, I. H. (1931) *The Nature and Analytical Treatment of Stuttering*. In: *Proceedings of the American Speech Correction Association* 1., 151–156.

FEHÉRNÉ KOVÁCS ZS., MÁCSAINÉ HAJÓS K., SZEBÉNYINÉ NAGY É. (2000) *Együtt lenni jó*. Logopédiai Kiadó, Budapest.

FÓNAGY I. (1963) *Érzelmek kifejező mozgása a gége szintjén*. In: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2., 206–216.

FREUD, A. (1927) *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien.

GLAUBER, I. F. (1958) *The Psychoanalysis of Stuttering*. A Symposium, Harper and Brothers, New York.

HERMANN, I. (1933) *A tudattalan és az ösztönök örvényelmélete*. Lélekelemzési tanulmányok, Somló, Budapest, 41–54.

HERMANN, I. (1943) *Az ember ősi ösztönei*. Panteon, Budapest.

HERMANN, I. (1959) *On the Dynamics of Repression and Ego-Subordination*. In: *The British Journal of Medical-Psychology*, Vol. XXXII., 210–212.

JOHNSON, W. (1956) *A Study of the Onset and Development of Stuttering in Children and Adults*. Univ. of Minnesota Press, Minneapolis.

KLANICZAY S. (1993) *Ismétlődő játék egy dadogó gyermek terápiájában*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 2., 124–128.

KOLANSKY, H. (1960) *Treatment of a Three-Year-Old Girl's Severe Infantile Neurosis Stammering and Insect Phobia*. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. XV.

MÉREI V., VINCZÉNÉ BÍRÓ E. (1979) *Dadogás*. I. Tankönyvkiadó, Budapest.

MÉREI V. (1975) *A csoportdinamikai módszer, mint közvetett pedagógiai hatás a logopédiában*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 4., 279–289.

MARCSEKNÉ KLANICZAY S. (1982) *A frusztrált megkapaszkodás szerepe a dadogás etiológiájában*. In: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 3., 301–310.

MARCSEKNÉ KLANICZAY S. (1985) *Gyógyult dadogók katamnesztikus vizsgálata*. In: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1., 44–55.

SCHMIDTNÉ BALÁS E. (1999) *Óvodáskorú dadogó gyermekek terápiája szülőcsoporttal*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 4., 283–295.

SOVÁK, M. (1963) *Pathogenese und Prävention des Sotterns*. Wissenschaftliche Zeitschrift, Univ. Halle, XII/3.

SYNDER, M. A. (1960) *The Etiologies of Stuttering*. Psychological and Psychiatric Aspect of Speech and Hearing, C. Thomas, Springfield, Illinois.

VINCZÉNÉ BÍRÓ E. (1976) *A dadogás intenzív terápiája óvodáskorú dadogókkal*. In: *Gyógypedagógia*, 3., 80–84., 4., 111–120.

WYATT, G. L. (1969) *Language Learning and Communication Disorders in Children*. The Free Press, New York.

A 20. század második felében, még inkább az utolsó egy-két évtizedében a gyógypedagógiai tevékenység teljesen átalakul: jelentősen bővülnek elemei és dimenziói, de főként a gyógypedagógiai [nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás, (re)habilitációs] műveletek választéka gazdagszik. A könyv az átalakult, megújult gyógypedagógiai tevékenységet mutatja be. Először a gyógypedagógiai folyamatról kap az olvasó – amennyire lehetséges – átfogó képet. A továbbiakban azután – természetesen – le kell mondani a teljesség igényéről. A sorra következő fejezetek a tárgyalt komplex jelenségből mindössze néhány átfogó érvényességű aspektust tárgyalhatnak, majd – több ok miatt is vállalva a tematikai egyenetlenséget – a folyamat egy-egy komplex fázisát mutatják be, amelyek már a gyakorlati alkalmazási/felhasználási nyomvonalra is elvezetik az olvasót.

Ranschburg Pál már a 20. század eleji tudományos tények ismeretében sem tartotta feleslegesnek a nevelés „gyógyító" célzatáról elmélkedni.
A könyvben az ő tudományos előrelátásának legmodernebb kiteljesedését követhetjük.

www.medicina-kiado.hu

ISBN 963-242-757-2

9 789632 427577

fe. 3680

MEDICINA