

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2015 – XLIII. évfolyam

2

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

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

A szerkesztőség elérhetősége: gyogypedszemle@gmail.com

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

HU ISSN 0133-1108

2015. április-június

Felelős kiadó:

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

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

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

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

További információ: 06 80/444-444

Egy szám ára: 750,-Ft

Indexszám: 25 359

Megjelenik negyedévenként.

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

NYOMDA:

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

Felelős vezető: Földes Tamás ügyvezető igazgató

NEA

nka

Nemzeti Kulturális Alap

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

Tartalom/Table of Contents

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

<i>Csányi Yvonne</i> : Csecsemők és kisgyermeknek nyelvi fejlődésének felmérése – A PLS-3 nyelvi skála	89
<i>Danis Ildikó</i> : A csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkorai intervencióban	100
<i>Sándor Anikó – Horváth Péter László – Radványi Katalin</i> : A gyógypedagógia és a társadalmi kirekesztés új formái	117
<i>Ruzsics Ilona</i> : A németországi lakóotthonok kritikai megközelítése	131
<i>Berencsi Andrea – Vámos Tibor</i> : Kézmozgások tanulását befolyásoló tényezők	139
<i>Reményi Tamás – Rega Schaeffgen – Gereben Ferencné</i> : Szenzoros integrációs terápiák alkalmazása a gyógypedagógiai fejlesztő munka gyakorlatában (2. rész)	146

GYAKORLAT MŰHELYE

<i>Czap László – Szirkó Piroska – Nagy Istvánné – Vizi Ildikó</i> : Tapasztalatok hallássérültek beszédfejlesztésénél a „beszédszisztens” internetes programmal	156
---	-----

KÖNYVISMERTETÉSEK

Beszéd • Kutatás • Alkalmazás sorozat (<i>Damásdi Nóra</i>)	162
Foniátria és társtudományok – A hangképzés, a beszéd és a nyelv, a hallás és a nyelés élettana, kórtana, diagnosztikája és terápiája (<i>Víg Julianna</i>)	166

FIGYELŐ

Laudáció – Gereben Ferencné Várbíró Katalin munkásságának méltatása (<i>Lányiné Engelmayer Ágnes</i>)	167
„IV. Nyitott kapuk a logopédián” (<i>Szabóné Vékony Andrea</i>)	169
Fészekhagyó Projekt (<i>Heiszer Katalin – Boncz Beáta – Pogányné Bojtor Zsuzsanna</i>)	172
Négy lábú segítőkkel új világ nyílik (<i>Csorba Viktória</i>)	174

ORIGINAL PUBLICATIONS

<i>Csányi, Yvonne</i> : Assessment of the Language Development of Infants and Children under Schoolage – The Preschool Language Scale 3 (PLS-3)	89
<i>Danis, Ildikó</i> : The Place of Infant and Early Childhood Mental Health in the Fields of Early Childhood Intervention	100
<i>Sándor, Anikó – Horváth, Péter László – Radványi, Katalin</i> : Special Education and the New Forms of Exclusion in Society	117
<i>Ruzsics, Ilona</i> : A Critical View on Residential Care Homes for Mentally Disabled Individuals in Germany	131
<i>Berencsi, Andrea – Vámos, Tibor</i> : Factor Influencing Fine Motor Learning	139
<i>Reményi, Tamás – Schaeffgen, Rega – Mrs. Gereben, Ferencné</i> : The Application of Sensory Integration Therapies in the Practice of Special Education Developmental Work (2nd part)	146

FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

<i>Czap, László – Szirkó, Piroska – Mrs. Nagy, Istvánné – Vizi, Ildikó</i> : Experiences of Speech Development of Hearing-Impaired Persons – The “Speech Assistant” Online Program	156
--	-----

BOOKS AND NOVELTY

Speech – Research – Application Series (<i>Damásdi, Nóra</i>)	162
Phoniatrics and Co-Sciences (<i>Víg, Julianna</i>)	166

OBSERVER

Laudation – The Work of Mrs. Gereben Ferencné Várbíró Katalin (<i>Mrs. Lányiné Engelmayer, Ágnes</i>)	167
4th Open Gates of Logopedy (<i>Mrs. Szabóné Vékony, Andrea</i>)	169
“Nest-Stacking” Project (<i>Heiszer, Katalin – Boncz, Beáta – Mrs. Pogányné Bojtor, Zsuzsanna</i>)	172
There is an Open New World With Four-Legged Helpers (<i>Csorba, Viktória</i>)	174

Csecsemők és kisgyermek nyelvi fejlődésének felmérése – A PLS-3 nyelvi skála

CSÁNYI YVONNE

csanyi.yvonne@barczy.elte.hu

Absztrakt

A nyelvi fejlődés alakulásának a gyermekek legfiatalabb életkorától kezdve történő figyelemmel kísérése számos tudományágban, így a gyógypedagógiában is egyik fontos kutatási területe. Ennek érdekében nélkülözhetetlen a tipikus nyelvi fejlődésű gyermekek kommunikációját alkotó leglényegesebb elemek (fonológia, szemantika, szintaxis, morfológia, pragmatika) feltárása, lehetőleg a legkorábbi életszaktól. Ezt követheti az atipikus fejlődésű gyermekek nyelve alakulásának összehasonlító vizsgálata. A fenti célok eléréséhez segítséget nyújthat az Egyesült Államokban kidolgozott PLS-skála 3. kiadása, mely alkalmas a csecsemők életének 2. hetétől a gyermekek iskoláskoráig feltérképezni a nyelvi fejlődés említett összetevő elemeit; a fonológiát leszámítva, ez a terület csak kiegészítő felmérésként szerepel az anyagban. A magyar fordítás első változata óta az alkalmazás során több módosításra került sor. Jelen tanulmány 70 tipikus nyelvi fejlődésű gyermek adataira támaszkodik, és utal arra, hogy az amerikai sztenderdben rögzített életkori sávok megfelelő összehasonlítási alapul szolgálnak, bár nagyobb létszámú vizsgálatnál ez a hivatkozási alap még módosulhat. A függelék szemléletes példákat tartalmaz a skálának az auditív megértéshez és az expresszív kommunikációhoz tartozó feladattípusairól, valamint két gyermek konkrét megoldásairól.

Kulcsszavak: nyelvi fejlődés, auditív megértés, expresszív kommunikáció, sztenderd, életkori sáv

Az iskoláskornál fiatalabb gyermekeknél a nyelvi fejlettség alakulásának ismerete számos gyógypedagógiai szakterület egyik kulcskérdése. Minél részletesebbek az adatok, annál értékesebb iránymutatás biztosítható a korai fejlesztés számára. Támponként mindenképpen a tipikus nyelvi fejlődésű gyermekekről nyert adatok szolgálnak.

A kommunikációt a nyelvi és kognitív fejlődés alapozza meg, és ez a tipikus nyelvi fejlődésű gyermekeknél igen korai életszakaszban indul be. Ebben a hallás nagy szerepet játszik. Mint ismeretes, a csecsemők már születésüktől kezdve, sőt azelőtt is reagálnak hangokra, majd 3 hónapos koruktól már megkülönböztetnek fonémákat, jöllehet a magasabb frekvenciák differenciálása még nem történik meg (SPETNER–OLSHO 1990; COLE–FLEXER 2008). Az első szavak is korán, már a 9. és a 12. hónap táján megjelennek. A nyelvi kommunikáció komplexitását jelzik fontos összetevő elemei, mint a fonológia, a szemantika, a szintaxis, a morfológia és a pragmatika. Három és fél éves korra lényegében a gyermekben már biztosan kialakultak ezek az elemek, rohamosan gyarapodott a passzív és az erre épülő aktív szókincs, kialakultak a biztos szintaktikai és morfológiai alapok, erősödött a pragmatika.

A nyelvi fejlődés figyelemmel kísérése számos tudományos munka középpontjában áll, longitudinális megfigyelések, felmérő eljárások bőséggel megtalálhatók a külföldi szakirodalomban, és természetesen megjelentek az ilyen irányú magyar eljárások is.

(A hivatkozott irodalomban csak néhány kiragadott példát adunk meg.) A munkák egy része a tipikus nyelvfejlődés regisztrálására szolgál, más részük erre alapozva éppen az atipikus fejlődés aktuális szakaszait hivatott feltárni.

A hallássérült gyermekek nyelvi fejlődésére vonatkozólag a szerző több évtizede igyekszik minél átfogóbb információkhoz jutni elsősorban külföldön már jól bevált és széles körben sztenderdizált különböző eljárások itthoni alkalmazása vonatkozásában. Így került sor a Reynell-skála (REYNELL–HUNTLEY 1985) és a REEL-skála (BZOCH–LEAGNE–BROWN 2003), valamint több, német nyelvterületen alkalmazott teszt tanulmányozására, majd a LittleEARS kérdőív (hallás-nyelv fejlődés újszülött kortól 1 éves korig), a Peabody-és a Gardner-tesztek (szókincs 2 éves kortól serdülőkorig), a Myklebust-teszt (írásbeli kifejezés iskoláskorúaknál), a WORD-teszt (szövegértő olvasás iskoláskorúaknál) bevezetésére és több más felmérés kidolgozására (CSÁNYI 1973, 1974a, 1974b, 1976, 1980, 1982, 1983a, b, 1984, 1986, 2007). A hivatkozott munkák egy kivételével megelőzték a jelen írásunk középpontjában álló PLS-3 teszt fordítását és alkalmazását.

Az eljárások magyar nyelvre történő átültetése nem volt egyszerű feladat, hiszen nyelvi tesztekről lévén szó, számos esetben nem elegendő a szimpla fordítás. Nem ritkán szükség van új szavak, mondatok bevezetésére is. Ezt követően lényeges a minél szélesebb körű kipróbálás és ennek eredményeként – szükség esetén – a további változtatás is.

Jelen tanulmány célja a sokoldalú felhasználásra alkalmas, fent említett skála részletes bemutatása, illetve a vele kapcsolatos néhány vizsgálat adatainak ismertetése. A PLS nyelvi skála a „Preschool Language Scale” angol cím kezdőbetűiből összeállított rövidítés, melynek jelentése szó szerinti fordításban iskoláskor előtti nyelvi skála, vagyis helyesen, magyarosan értelmezve: az iskoláskort megelőző korú gyermekek vizsgálatára alkalmas skála. Még jobban kifejtve: csecsemők és kisgyermekek nyelvi-kommunikációs szintjének felmérésére szolgál ez az anyag. A skála megjelölés jelentősége lényeges, hiszen nem kifejezett teszteljárásról van szó, hanem egy olyan széles körű felmérésről, mely a kommunikáció lényeges összetevő elemeit foglalja magába. A skála név arra is utal, és e sorok írója mindenképpen ezt az oldalt szeretné kiemelni, hogy túlmutat a diagnosztikai felhasználáson, jól alkalmazható útmutatóként is a korai gyógypedagógiai terápiához. Azaz rávilágít, mely területek emelkednek ki, melyek szorulnak erősítésre, s ezt az adatgyűjtést érdemes kb. félévente megismételni a fejlődés nyomon követésére. Röviden összefoglalva: inkább gyógypedagógiai segítőeszközként ajánlanám a skála felhasználását.

A PLS-3 skála a csecsemők 2. hetétől kiindulva félévenkénti értékeléssel, majd az 5. évtől 12 havi intervallumokkal jut el a 6;11 éves korú gyermekek nyelvi szintjének feldeírítéséig. Amennyiben egy gyermek az átlagosnál alacsonyabb szinten fejlődik, az életkortól függetlenül 6;11 év felett is használható a felmérés. A skála első kiadása 1969-ben jelent meg az Egyesült Államokban, azóta már több ízben átdolgozták. Az alábbiakban ismertetésre kerülő skála 3-as száma a harmadik átdolgozást jelzi, mivel megjelenése, 1969 óta akkori kiadásáig két ízben, 1976-ban és 1992-ben foglalkoztak a frissítésével. A szerzők az évek során továbbhaladtak, eleget téve az újabb igényeknek, és 2002-ben megjelent munkájuk nyomán a negyedik átdolgozás, majd 2011-ben a legutóbbi, ötödik kiadás is. A két utóbbi változat már kiterjed a születéstől (0;0) a kisiskolás korig, és a vizsgálat utolsó értékei a 7;11 éves kornál végződnek. Így ez tulajdonképpen – elnevezésétől eltérően – már nem is kifejezetten az iskoláskort megelőző szakaszra vonatkozik. Mindezek ellenére elmondható, hogy a harmadik kiadás is jól alkalmazható. Megállapíthattuk a PLS-5 feladatainak tanulmányozása nyomán, hogy az életkori kiterjesztéstől eltekintve olyan lényegi változtatások a további kiadásoknál nem történtek, melyek miatt a harmadik változat már avultnak minősülne (a szerzők: Zimmermann, I. L., Steiner, V. G. és Pond, R. E.).

A skála nagy előnye, hogy alkalmas a szociális kommunikáció valamennyi lényegesebb elemének, így a szemantikának, a szintaxisnak, a morfológiának és a pragmatikának a feltárására. A fonológia egy kiegészítő egységben szerepel, együtt a családra vonatkozó információkkal és az eredmények összegzésére szolgáló lapokkal. Ezeket eddig nem használtuk fel.

A szerzők a skála előnyös tulajdonságai között említik a viszonylag rövid, azaz az egy óránál rövidebb felvételi eljárást, a szemléletes, változatos, tárgyakat és képeket felhasználó feladatokat mind a receptív, mind az expresszív nyelv szintjének kimutatására, továbbá a feladatok egyszerű, gyermekek számára érthető prezentálását.

A magyar fordítás első változata 1999-ben készült el. A szöszerinti fordítástól, különösen a morfológiai és szintaktikai elemeknél, természetesen el kellett tekinteni. A skála kipróbálásában főiskolai hallgatók működtek közre, született egy doktori disszertáció is, koraszülött csecsemők, ill. koraszülött másfél év alatti gyermekek vizsgálatáról (SZANATI 2010). Irányítással, a fordítás újabb kontrollját célozva meg, legutóbb két szakdolgozat (ILLÉS 2013; CSONTÁK 2014) készült. Adataikra hivatkozom e jelen tanulmányban, különös tekintettel arra, hogy a tipikus nyelvi fejlődésű gyermekeknel végzett vizsgálatok egyrészt igazolták, hogy a teszt magyar változata jól alkalmazható hazánkban, másrészt igen hasznosak voltak azok a tapasztalatok, amelyek néhány szükséges további változtatásra hívták fel a figyelmet. Utólag újabb 11 változtatásra került sor (3 kép és 8 nyelvi jellegű cserére).

A skála felépítése

A felmérő eljárás két alskálából áll: ezek az auditív megértésre és az expresszív kommunikációra vonatkoznak. A két alskála adatai alapján megállapítható, hogy az esetleges elmaradás általános-e, vagy csak a részterületekre terjed ki. A magyar változat tehát igen hasznos adatokkal szolgálhatna, azonban a szélesebb alkalmazás érdekében az első szükséges lépés mindenképpen egy, a magyar gyermekekre vonatkozó megbízható elő-sztenderd összeállítása.

	Auditív megértés	Expresszív kommunikáció
NYELVI ELŐFUTÁROK		
Figyelem	X	
Hangfejlődés		X
Szociális kommunikáció		X
SZEMANTIKA (tartalom)		
Szókincs	X	X
Fogalmak minőség		
mennyiség	X	X
térbeliség	X	X
időbeliség/sorozatok	X	X
	X	X
STRUKTÚRA (forma)		
Morfológia	X	X
Szintaxis	X	X
INTEGRATÍV GONDOLKODÁS	X	X

1. táblázat. A PLS-3 skála feladatípusai

Tekintettel arra, hogy a skála alkalmas már a csecsemők reakcióinak értékelésére is, mind a receptív, mind az expresszív rész jelzi az ún. nyelvi előfutárok szintjén nyújtott teljesítményt. Az auditív megértés vonalán ez a felügyelésre és a kommunikációval kapcsolatos figyelmi készségekre terjed ki (pl. a beszélőre tekintés, hangok lokalizációja, szándékok anticipálása). Az expresszív készségek előfutárait értékeli a szociális kommunikáció és a hangfejlődés adatai. A csecsemőkor végétől már szerepet kap mindkét alskálában a tartalmi, szemantikai, fogalmi oldal, valamint a formai elemek, mint a morfológia és a szintax

xis megértése, illetve használata. Ezenfelül megjelenik az integratív gondolkodás értékelése is. Ez utóbbi az auditív megértés szintjén jelenti például a tárgyak funkcióinak, egyes összefüggéseknek, következtetéseknek a megértését. Ugyanez expresszív oldalról például egy folyamat leírását, felső fogalmak megnevezését, indoklást, definiálást tartalmaz.

A feladatok szemléletesebb bemutatására szolgálnak – jelen írásunkban – az alábbiakban két különböző korú gyermeknél alkalmazott skálarészletek (*lásd a mellékletet*).

A skála anyagai és a vizsgálatához szükséges idő

A vizsgálatvezető számára a legfontosabb az igen részletes *útmutató*, melynek alapos tanulmányozása természetesen elengedhetetlen. A nagyszámú képanyagot egy *színes füzet* tartalmazza. Ezenkívül egyszerű, általában meglévő vagy könnyen beszerezhető *eszközök, játékok*, mint celofánpapír, kis autó, játék mackó, kanál stb. is szükségesek a feladatok kivitelezéséhez.

A vizsgálatához szükséges időtartam a gyermek életkorától, képességeitől és együttműködési készségétől függ. Esetleges kifáradás esetén meg is szakítható egy kis játékkal, mesekönyv-nézegetéssel, sőt folytatható egy közeli másik napon is. Az átlagos vizsgálati idő 15 és 40 perc között van. A szülő jelen lehet a vizsgálatnál, sőt részt vehet az esetleges megszakításoknál a játékban is. Természetesen a vizsgálat lefolyásába nem szólhat bele.

Értékelés

A vizsgálatot a gyermek kronológiai életkorát 1 évvel megelőző feladatnál kell kezdeni, de – ahogy ez más vizsgálatoknál is szokás – innen, gyenge teljesítmény esetén, a vizsgálatvezető visszafelé is haladhat. A másfél évesnél fiatalabbaknál az 1. feladat jelenti a kiindulópontot. A reakciókra 0 vagy 1 pont adható. A skálának a pontozás szempontjából kiindulópontnak tekintett alapját a három egymás utáni jó feladatmegoldás jelenti (e szint alatt minden feladat elfogadottnak tekintendő), a befejezést öt egymás utáni hibás válasz jelenti.

Miután nem áll rendelkezésre magyar sztenderd, e normák hiányában a megadott sávokat vettük alapul. 0;2 és 4;11 éves kor között a szerzők félevenkénti bontásban adják meg a jellemzően elvárt pontszámok sávját, 5 év és 6;11 év között pedig már csak évenkénti bontásban. Ahogy azt látni fogjuk, jól megállapítható ennél az alkalmazásnál, hogy egy gyermek az egyes feladatoknál eléri-e a kronológiai életkorának megfelelő sávot, vagy nem, azaz hol helyezkednek el a pontszámai: a sávon belül, mégpedig annak melyik részében, a sáv alatt és mennyivel elmaradva tőle, illetve a sáv felett és mennyivel meghaladva ezt a szintet. Nem egészen egyértelműek a plafont elérő, de tovább már nem vizsgálható gyermekek adatai a vizsgálat 7 éves korhatára miatt, hiszen számukra 7 év feletti sávok már nem léteznek, vagyis nem állnak rendelkezésre további feladatok. Így csupán feltételezhető, hogy akár még magasabb szintre is eljuthatnának ezek a gyermekek.

Meg kell jegyeznünk, hogy a vizsgálatok kivitelezése az életkor csökkenésével arányosan nehezedik. Számolni kell a gyermekek számára idegen vizsgálatvezetővel történő kooperáció nehézségeivel, a gátlásosabb gyermekek passzivitásával, a nyugtalanabbak, figyelmetlenebbek kifáradásával vagy akár ellenkezésével. A szülők gyakran nélkülözhetetlen jelenlétét sem mindig egyszerű kezelni, hiszen esetleg beleszólnak a vizsgálatba, biztatni szeretnék a gyermeket, vagy bizonygatják is a feladat otthoni teljesítését. Ebben persze akár igazuk is lehet olykor, hiszen otthon sokkal több lehetőség nyílik a megfigyelésre, és jóval természetesebbek a körülmények.

Vizsgálati eredmények

Két szakdolgozat és egy további, még nem leadott munka kiegészítő adatai alapján állítottam össze az alábbi összesített táblázatokat, melyek 70, tipikus nyelvi fejlődésű gyermek adatait tartalmazzák. Az életkori megoszlás – ahogyan ez az alábbiakban látható – nem egészen arányos, és a létszám sem kielégítő, tehát csupán tájékoztató adatokról lehet szó.

Auditív megértés

Életkor	Teljesítmény			Létszám
	a sáv alatt	a sávban	a sáv felett	
0;2–1;11 év	1	10	7	18 fő
2;0–3;11 év	1	4	19	24 fő
4;0–6;0 év	2	7	19	28 fő
Összesített %	6%	30%	64%	100% (70 fő)

2. táblázat

Expresszív kommunikáció

Életkor	Teljesítmény			Létszám
	a sáv alatt	a sávban	a sáv felett	
0;2–1;11 év	3	11	4	18 fő
2;0–3;11 év	-	9	15	24 fő
4;0–6;0 év	2	11	15	28 fő
Összesített %	5%	44%	51%	100% (70 fő)

3. táblázat

Meglepő az eredmények átbillenése pozitív irányba, vagyis elsődlegesen az elvárható sáv fölé, illetve ezt követően a sávnak történő megfelelés irányába. Vagyis feltűnően alacsony az elvart sávok alatti teljesítmény. Nincs nagyobb eltérés a receptív és expresszív feladatscsoportoknál kapott eredmények között, bár az auditív megértés terén nyújtott sáv feletti teljesítmények valamivel gyengébbek a receptív vonalon kapott eredményeknél. A pozitív irányba történő eltolódás az életkori csoportokat alapul véve is jól látható.

Felmerülhet a kérdés: túl könnyűek volnának-e a feladatok, át kellene-e őket csoportosítani az alacsonyabb életkorok felé? E kérdések felvetése azonban túlságosan korai. Sokkal nagyobb létszámú vizsgálati csoportokra van szükség és kiegyenlítettésre a szociális helyzet, a szülői ráhatás, a bölcsőde, az óvoda színvonala, a csoportlétszám szempontjából stb. Továbbá nélkülözhetetlenek a matematikai statisztikai számítások is. Mind ez a jövő feladata.

Két kiemelt példa a jegyzőkönyvekből

Annak érdekében, hogy az olvasók számára szemléletesebbek legyenek a skála részletei, az alábbiakban összesítve, majd a függelékben némileg kibontva látható néhány példa. Ugyanis itt a magyarra fordított feladatokból szerepel egy szűkebb válogatás, és feltüntetésre kerültek az adott gyermekek elért eredményei is.

ILLÉS (2013) bölcsődés korú gyermekeket vizsgált. Kiragadott példánkban egy 1;9 éves kislány adatai szerepelnek, aki egy budapesti bölcsődébe jár.

Auditív megértés	Expresszív kommunikáció	Összesített teljesítmény
14	16	30

4. táblázat. Tipikus fejlődésű bölcsődéskorú lány elért pontszámai

A gyermek mind az auditív megértés, mind az expresszív kommunikáció esetében a kronológiai életkorának megfelelő sávban (13 és 16 pont között), értelmezésünk szerint tehát átlagosan teljesített.

A második kiemelt példa CSONTÁK (2014) vizsgálatai között szerepel. A vizsgálati személy 4;3 éves kislány egy kaposvári többségi óvodából. Elért pontszámainak megoszlása a következő:

Auditív megértés	Expresszív kommunikáció	Összesített teljesítmény
40	33	73

5. táblázat. Tipikus nyelvi fejlődésű óvodás lány elért pontszámai

Mint látható, a gyermek az auditív megértés esetében a korának megfelelő sávnál (33 és 36 között) egy sávval magasabban teljesített, az expresszív kommunikációnál viszont éppen hogy elérte a sávját.

Zárógondolatok

A beszéd- és nyelvfeljesztésben érdekelt gyógypedagógus számára kiemelten fontos a korai, azaz az iskoláskor előtti intervenció szempontjából a minél szélesebb körű tájékozódás a kommunikáció alkotóelemei tekintetében. Ezt az igényt tudja messzemenően kielégíteni a komplex felmérést tartalmazó PLS-skála. A komplexitáson kívül nagy előnye, hogy már a csecsemők 2 hetes korától alkalmazható, a fokozatosan nehezedő feladatok változatosak, játékosak, és rugalmasan illeszkednek a gyermekek figyelmi állapotához, vagyis megszakíthatók szükség esetén.

A magyar változat folyamatos korrekciókon esett át, és igen nagy pozitívumnak bizonyult, hogy az eddigi – igaz, nem nagy számú – vizsgálatok során nem mutattak nagyobb eltérést a magyar gyermekek adatai az amerikai sztenderd alapján feltüntetett sávoktól, bár a pozitív irányba történő eltolódás az eddigi vizsgálatoknál kétségtelenül fennállt. A fentiekben eddig nem érintett fogyatékos gyermekek vizsgálatai viszont eltértek ezektől a sávoktól. ILLÉS (2013) hallássérült kisgyermekeket is felmért, CSONTÁK (2014) megkésett beszédfejlődésű óvodás gyermekeket is vizsgált. Mindkét esetben egyértelműen elmaradtak az adatok a tipikus fejlődésű gyermekekétől. A hallássérült gyermekeknél nagyobb

fokú volt az eltérés, míg a megkésett beszédfejlődésű óvodásoknál kisebb, amely különbség az életkor növekedésével arányosan csökkent, illetve akár el is tűnt, amiben feltehetőleg a terápia is közrejátszott.

Kétségtelen – ahogy ezt már kiemeltük –, hogy a jelenleg rendelkezésre álló adatok mind a tipikus, mint az atipikus beszéd- és nyelvfejlődésű gyermekek esetében igen kis számúak. A kapott eredmények még sokat változhatnak. Feltétlenül szükség van a további adatgyűjtésre, amiben az ELTE Gyógyneveléstudományi Karának közreműködő hallgatói remélhetőleg a továbbiakban is hathatós segítséget fognak nyújtani.

Irodalom

- BENCH, R. J. (2003): *Communication Skills in Hearing-impaired Children*. Whurr Publishers, London.
- BOEHM, A. (2001): *Boehm Test of Basic Concepts*. Psychological Corporation, New York.
- BZOCH, K. – LEAGNE, R. – BROWN, V. (2003): *Receptive-Expressive Emergent Language Test (REEL)*. PRO-ED, Austin, TX.
- COLE, C. B. – FLEXER, C. (2008): *Children with Hearing Loss. Developing Listening and Talking*. Plural Publishing, San Diego – Oxford – Brisbane.
- CSÁNYI Y. (1973–1974a): Siketek írásbeli kifejezőképességének vizsgálata Myklebust PSL tesztjének felhasználásával. *Gyógyneveléstudomány, 4–5*, 161–166; *Gyógyneveléstudomány, 1*, 10–17.
- CSÁNYI Y. (1974b): Szövegértési vizsgálatok hallási fogyatékosoknál. In ILLÉSFALVI B. – GÖLLESZ V. (szerk.): *Kommunikáció – hallássérülés*. SINOSZ, Budapest. 41–64.
- CSÁNYI Y. (1976): A Peabody-szókincsvizsgálat hazai alkalmazásának első tapasztalatai siket és halló gyermekeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle, 3*, 242–261.
- CSÁNYI, Y. (1980): Verbal testing of deaf persons and its consequences for remedial education methods. *International Journal of Rehabilitation Research, 3*(3), 396–398.
- CSÁNYI, Y. (1982): *Sprachuntersuchungen bei Gehörlosen und ihre pädagogischen Folgerungen*. Justus Liebig Universität, Giessen.
- CSÁNYI Y. (1983a): Grammatikai teszt. *VI. Pszichológiai Kongresszus*, Budapest. 121.
- CSÁNYI Y. (1983b): Szövegértési teszt. *VI. Pszichológiai Kongresszus*, Budapest. 122.
- CSÁNYI Y. – CZINEGE K. – VARGA K. (1986): Integrált hallássérültek beszédfejlődésének adatai a Wechsler teszt verbális próbáinak tükrében. *Gyógyneveléstudományi Szemle, 4*, 241–251.
- CSÁNYI Y. (2007): Nagyothallók szövegértése. *Gyógyneveléstudományi Szemle, 2*, 81–90.
- CSONTÁK A. (2014): *Óvodáskorú megkésett beszédfejlődésű gyermekek nyelvi fejlődése*. Szakdolgozat.
- DUNN, L. M. (1965): *Peabody Picture Vocabulary Test*. American Guidance Service, Circle Pines MN.
- ILLÉS V. (2013): *Halló és hallássérült csecsemők és kisgyermekek beszéd-nyelvfejlődése*. Szakdolgozat.
- GARDNER, M. F. (1985): *Expressive one-word vocabulary test*. Academic Therapy Publication. Novato, CA.
- GÓSY M. (1996): *GMP – diagnosztika*. Nikol Kkt., Budapest.
- GRIMM, H. – SCHÖLER, H. (2001): *Heidelberger Sprachentwicklungstest*. Hogrefe, Göttingen.
- KAS B. – LÓRIK J. – BOGÁTH R. – SZABÓNÉ VÉKONY A. – SZATMÁRINÉ MÁLYI N. (2012): *SZÓL-E? Szűrőeljárás az óvodáskori logopédiai ellátáshoz*. Logotech, Székesfehérvár.
- KIESE, G. – HIMMEL, L. (2005): *Aktiver Wortschatztest für 3 bis 5 jährige Kinder*. Beltz Test GmbH., Göttingen.
- KUEHN-INACKER, H. – WEICHBOLD, W. – TSIKPINI, L. – CONINX, F. – D’HAESE, P. (2003): *LittLEARS Auditory Questionnaire*. Med-El, Innsbruck.
- PLÉH Cs. – PALOTÁS G. – LÓRIK J. (2002): *Nyelvfejlődési szűrővizsgálat*. Akadémia Kiadó, Budapest.
- PREZBINDOWSKI, A. K. – LEDERBERG, A. K. (2003): Vocabulary Assessment of Deaf and Hard of Hearing Children from Infancy through the Preschool Years. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 4*, 365–399.
- REYNELL, J. – HUNTLEY, M. (1985): *Reynell developmental language scale*. NFER-Nelson, Windsor.
- RUST, J. – GOLOMBOK, S. – TRICKEY, G. (1993): *The Wechsler Objective Reading Dimension (WORD) Manual*. The Psychological Corporation, Cambridge.
- SHEPARD, L. – KAGAN, S. – WURTZ, E. (eds) (1998): *Principals and recommendations for early childhood assessments*. National Educational Goals Panel, Washington D.C.
- SPETNER, N. B. – OLSHO, L. W. (1990): Auditory frequency resolution in human infancy. *Child Development, 3*, 632–652.

- STEINERT, J. (2011): *Allgemeiner Deutscher Sprachtest*. Hogrefe, Göttingen.
- SZANATI D. (2010): *Koraszülött csecsemők és kisgyermekrek receptív és expresszív kommunikációjának elemzése egészségpszichológiai szempontból*. Doktori disszertáció, Debrecen.
- WIG, E. H. – SECORD, W. – SEMEL, E. M. (2004): *Clinical Evaluation of Language Fundamentals – Preschool (CELF)*. Psychological Corporation, New York.
- YOSHINAGA-ITANO, C. (1998): Language of early- and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics*, 5, 1161–1171.
- ZIMMERMANN, I. L. – STEINER, V. G. – POND R. E. (1992): *Preschool Language Scale-3. Eximer's Manual*. The Psychological Corporation, San Antonio.
-

Függelék

A) Válogatás egy 1;9 éves korú kislánynál alkalmazott feladatokból és ezek értékeléséből:

AUDITÍV MEGÉRTÉS

1;6–1;11

15. Saját magán testrészeket megmutat

a–h = 0 pont

Eszköz: nincs

Eljárás: Mondjuk ezt: *Hol van a...*

- | | | | |
|----------|-----------|-----------|----------|
| a) hajad | b) szemed | c) orrod | d) lábad |
| e) füled | f) kezed | g) szájad | h) hasad |

1 pont: Ha a felsorolt 8 testrészből négyet megmutat. Ha nem,

0 pont

16. Igéket kontextusban megért

a+, b+, c– = 1 pont

Eszközök: mackó, kanál, kendő, csésze

Eljárás: Helyezzük a macit, a kanalat és a csészét az asztalra. És mondjuk azt:

- Éhes a maci, adjál neki valamit enni!*
- Szomjas a maci, adjál neki valamit inni!*
- A maci aludni akar, feküdjön le a maci/menjen aludni a maci!*

Ne segítsük mozdulattal a gyereket, pl. azzal, hogy odatoljuk azt a tárgyat, amiről beszélünk.

1 pont: Ha legalább két utasítást jól teljesít. Ha nem,

0 pont

EXPRESSZÍV KOMMUNIKÁCIÓ

1;6–1;11

14. Tárgyakat megnevez

a+, b+, c+, d– = 1 pont

Eszköz: zokni, labda, kocka, csésze (lehet pohár is)

Eljárás: Megkérdezzük a gyerektől: *mi ez?* Rámutatva a tárgyra, és meg kell neveznie.

1 pont: Ha megnevez legalább kettőt a 4 tárgyból konzisztens hangkombinációval (pl. a zoknira következetesen azt mondja: *zo*)

0 pont: Ha különböző hangkombinációkat használ egy tárgy megnevezésére, pl. a labdára először azt mondja: *la*, később: *da*. Ugyancsak 0 pont, ha ugyanazt a hangkapcsolatot használja különböző tárgyakra (pl. *la* a labdára is, a zoknira is).

2;0–2;5

17. Kérdő hangsúlyt használ

1 pont

Eszköz: Nincs, de használhatunk játékokat vagy bármelyik olyan tárgyat, ami egyébként is előfordul a vizsgálat során.

Eljárás: Alkalmasszerűen figyeljük meg a gyermeket a vizsgálat közben.

1 pont: Ha kérdez, kérdező hanglejtést használ, akár egyetlen hangot vagy szót használva, de emelkedő, kérdő hangsúllyal. (Pl. „*maci?*”) Vagy használja a *mi?* vagy *hol?* kérdőszót egy kétszavas szerkezetben (Pl. „*Hol autó?*”)

Adjuk meg az 1 pontot akkor is, ha nem jó a szórend, vagy távirati a stílus.

0 pont: Ha nem ismerhető fel a kérdő hanglejtés.

19. Képeket megnevez

a–, b+, c–, d+, e– = 0 pont

Eszköz: Képanyag 51. lap.

Eljárás: Mutassunk rá az egyes képekre, és kérdezzük: *Mi ez?*

a) könyv b) autó c) üveg
d) banán e) cica

1 pont: Ha legalább négy képet állandó hangkapcsolatot használva megnevez. (Ez lehet hibás, pl. banán = *bati*, de tartson ki mellette.)

0 pont: Ha a gyerek négynél kevesebb képet nevez meg, vagy két v. több szónál ugyanazt a hangkombinációt használja. Pl. „*bati*” a banán is, az üveg is.

B) Válogatás egy 4;3 éves korú kislánynál alkalmazott feladatokból és ezek értékeléséből:

AUDITÍV MEGÉRTÉS

3;0–3;5

25. Leíró fogalmakat megért

a+, b+ = 1 pont

Eszköz: Képanyag 12–14. lap.

Eljárás: Mutasd meg azt, ami...

a) nehéz

b) üres

c) amelyek egyformák

1 pont: Ha a 3-ból legalább kettőt jól megmutat. Ha nem,

0 pont

27. Érti a tagadást

2+ = 1 pont

Eszköz: Képanyag 16–17. lap.

Eljárás:

a) *Melyik játék nincs a dobozban?* b) *Ki nem eszik?*

1 pont: Ha a megfelelő tárgyra, ill. személyre mutat mindkét esetben. Ha nem,

0 pont

3;6–3;11

29. Tárgyakat összehasonlít

a+, b+, c+, d– = 1 pont

Eszköz: Képanyag 19. lap.

Eljárás: *Melyik a nehezebb...*

a) *a csizma vagy a cipő*

b) *az ágy vagy a szék*

c) *a lakat vagy a levél*

d) *az autó vagy a teherautó*

1 pont: Ha 4-ből hármat megmutat. Ha nem,

0 pont

30. Képes következtetésekre

a+, b+, c+, d+ = 1 pont

Eszköz: Képanyag 20–23. lap.

Eljárás: Mondjuk:

a) *Karcsi kint játszott, és nagyon vizes lett a cipője. Milyen idő volt kint?*

b) *Panni felhorzsolta a térdét és a könyökét. Mit gondolsz, hogyan sértült meg?*

c) *Andrea hazajött az iskolából. Nagyon éhes volt. Mit gondolsz, mit csinált először?*

d) *Zoli kutyája nagyon piszkos volt. Vajon mit csinált Zoli?*

1 pont: Ha a 4-ből legalább három helyes választ ad. Ha nem,

0 pont

4;6–4;11

38. Idői fogalmakat megért

a–, b– = 0 pont

Eszköz: Képanyag 36. lap.

Eljárás: Kérdezzük:

a) *A két képen hol van éjszaka?* b) *A két képen hol van nappal?*

1 pont: Ha a gyerek jól mutat rá a nappalt ábrázoló **mindkét** képre, és ugyanígy jól megmutatja az éjszakát ábrázoló **mindkét** képet. Ha nem,

0 pont

EXPRESSZÍV KOMMUNIKÁCIÓ

3;6–3;11

30. Mondatokat megismétel

a-, b-, c- = 0 pont

Eszköz: Nincs

Eljárás: *Mondd utánam!*

- a) *Láttuk Gabit, amikor biciklizett.*
- b) *Akkor megyünk sétálni, ha már nem esik az eső.*
- c) *Szeretek labdázni a gyerekekkel a játszótéren.*

1 pont: Ha szó szerint megismétel legalább kettőt. Ha nem,

0 pont

4;0–4;5

33. Névtutókat használ

a-, b-, c-, d- = 0 pont

Eszköz: Mackó

Eljárás: Helyezzük a felsorolt helyekre a mackót. *„Hol van a mackó?”*

- a) *a szék alatt*
- b) *a szék mögött*
- c) *a szék mellett*
- d) *a szék előtt*

1 pont: Ha legalább két esetben a megfelelő névtutót jól használja. Ugyancsak adhatunk 1 pontot, ha bármikor a vizsgálat során hallottunk tőle spontán használatban legalább két különböző névtutót.

0 pont: Ha legfeljebb egy esetben használja megfelelően a névtutót. Elhagyja, felcseréli, más szót használ a megjelölésre.

5;0–5;11

41. Jelzőket használ egy személy vagy tárgy jellemzéséhez

a+, b+ = 1 pont

Eszköz: Képanyag: 57. lap.

Eljárás: Tegyük a gyerek elé a megfelelő lapot.

„Most te leszel az óvó néni (vagy nevezzük meg, pl. Zsuzsi néni)!”

- a) *Mondd meg, melyik autóra mutassak!*
- b) *Mondd meg, melyik lányra mutassak! (ne kislányt mondjunk!)*

1 pont: Ha megfelelő jelzőt használ, hogy differenciálni tudjuk a két rajzot. (Pl. „Mutasd a tiszta autót!” „Mutasd meg a kicsi lányt!”) A két kép közül legalább az egyiket jelölje meg jól. Ha nem,

0 pont

A csecsemő- és kisgyermekkor lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkor intervencióban

DANIS ILDIKÓ

ildiko.danis@brightfuture.hu, ildiko.danis@gmail.com

Absztrakt

A tanulmány a széles értelemben vett koragyermekkor intervenció fogalmát, jelentőségét, céljait, célcsoportjait és tevékenységi köreit foglalja össze. Bemutatásra kerül néhány átfogó modell, amely a korai prevenció és intervenció területein a szolgáltatás-tervezés elméleti-módszertani hátterét támogatja. A tanulmány kiemeli annak jelentőségét, hogy a nemzetközi gyakorlatban a koragyermekkor intervenciók köre univerzálisan kiterjed minden gyermekre és családra, illetve célzottan az atipikusan fejlődő csoportokban a biológiai és/vagy a társadalmi hátrányokkal, illetve lelkiegészség-problémákkal élő gyerekekre és környezetükre. A szülői, valamint a csecsemő- és kisgyermekkor lelki egészség támogatását Magyarországon új, fejlesztendő területként emeli ki az írás, indokolja ennek relevanciáját, nemzetközi példák és hazai előzmények megfontolásával bemutatja lehetséges helyét a hazánkban megvalósuló korai intervenciók körében. Célokat és szükséges lépéseket javasol az új szolgáltatási rendszer kiépítése érdekében.

Kulcsszavak: koragyermekkor intervenció, univerzális és célzott beavatkozások, atipikus fejlődés, csecsemő- és kisgyermekkor lelki egészség

„A koragyermekkor befektetés a jövőbe”¹ – evidenciák a koragyermekkor intervenció² jelentőségéről

Az utóbbi egy-két évtized idegéletteni kutatásai bizonyították, hogy *az idegrendszeri fejlődés legdinamikusabb és egyben legérzékenyebb periódusa a koragyermekkor időszak* (lásd bővebben EGYED 2011; MUSTARD 2007; THE SCIENCE OF EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT 2007; JOHNSON 2005; SHONKOFF–PHILLIPS 2000). A fejlődés ekkor rohamléptekben zajlik. A „hierarchikus” felépülés értelmében *korai élményeink kihatnak teljes életpályánk alakulására, befolyásolják későbbi viselkedésünket, fizikai és lelki egészségünket, valamint az élethosszig tartó tanulásra való képességeink kibontakozását.*

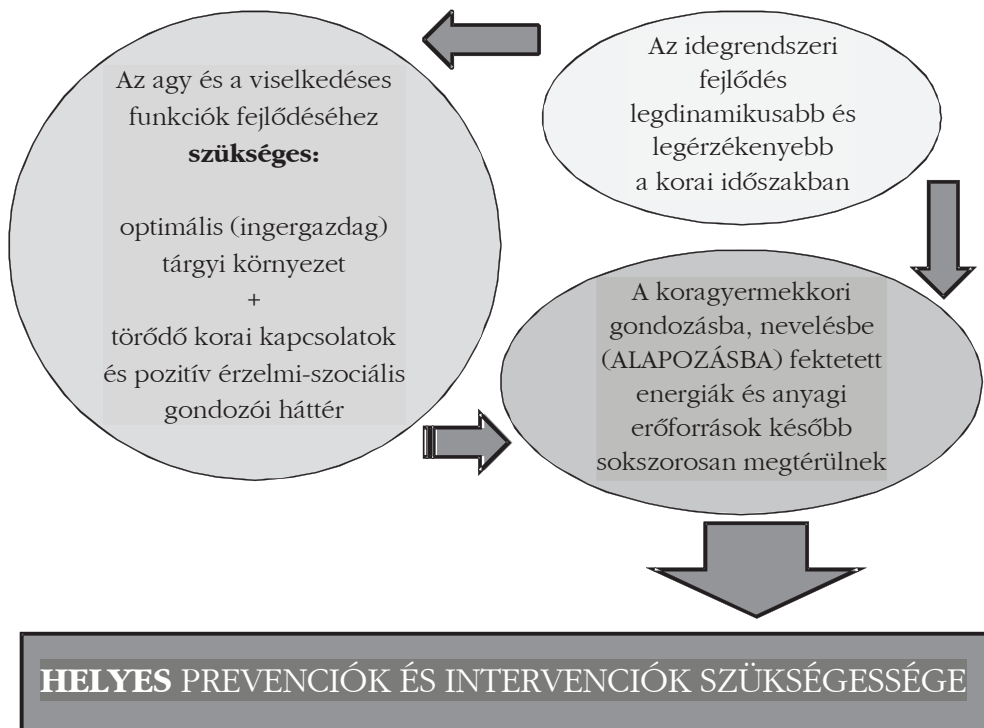
Mind az újabb idegéletteni, mind pedig a már több évtizedes múltra visszatekintő kötődéskutatások (lásd bővebben TÓTH 2011; CASSIDY–SHAVER 2010; BOWLBY 1969; AINSWORTH et al. 1974) koherens eredményei szerint *az agy és ezzel párhuzamban a megfigyelhető viselkedéses funkciók egészséges fejlődéséhez nemcsak az optimális mértékű ingergazdag tárgyi környezet, hanem a törődő korai kapcsolatok és a pozitív érzelmi-*

1 HECKMAN–MASTEROV 2007

2 Magyarországon a koragyermekkor intervenció fogalmát ma még sokan a korai fejlesztés szinonimájaként kezelik, holott a nemzetközi gyakorlatban ez ennél jóval szélesebb jelentéstartalommal bír. Jelen tanulmányban a szerző a fogalmat a legszélesebb értelemben használja mindazokra a korai beavatkozásokra, amelyek a kisgyermek és családjaik fejlődésének és jóllétének előmozdítását célozzák meg.

szociális gondozói háttér megléte is elengedhetetlen. A megfelelő mértékű és minőségű – mások által nyújtott és önindított – szenzoros és mozgásos élmények, valamint a stabil, érzékeny szociális kapcsolatok együttesen alapozzák meg az egészséges agyi fejlődést, a komplex képességek kialakulását, valamint a magabiztos, örömteli, kapcsolatra és tanulásra kész személyiség fejlődését.

Több modellkísérlet és intervenciós program hatásvizsgálata kapcsán az a hipotézis is bizonyítást nyert, hogy a koragyermekkori gondozásba, nevelésbe (vagyis az „alapo- zásba”) fektetett energiák és anyagi erőforrások később sokszorosan megtérülnek (GRUNEWALD–ROLNICK 2007; HECKMAN–MASTEROV 2007; SZILVÁSI 2011; SURÁNYI és mtsai 2010). Minden társadalomban szükséges tehát a „helyes”, „jól célzott” koragyermekkori prevenciós és intervenciós programok tervezése és a segítő-támogató szolgáltatások szé- les körű hozzáférhetőségének megteremtése (1. ábra).

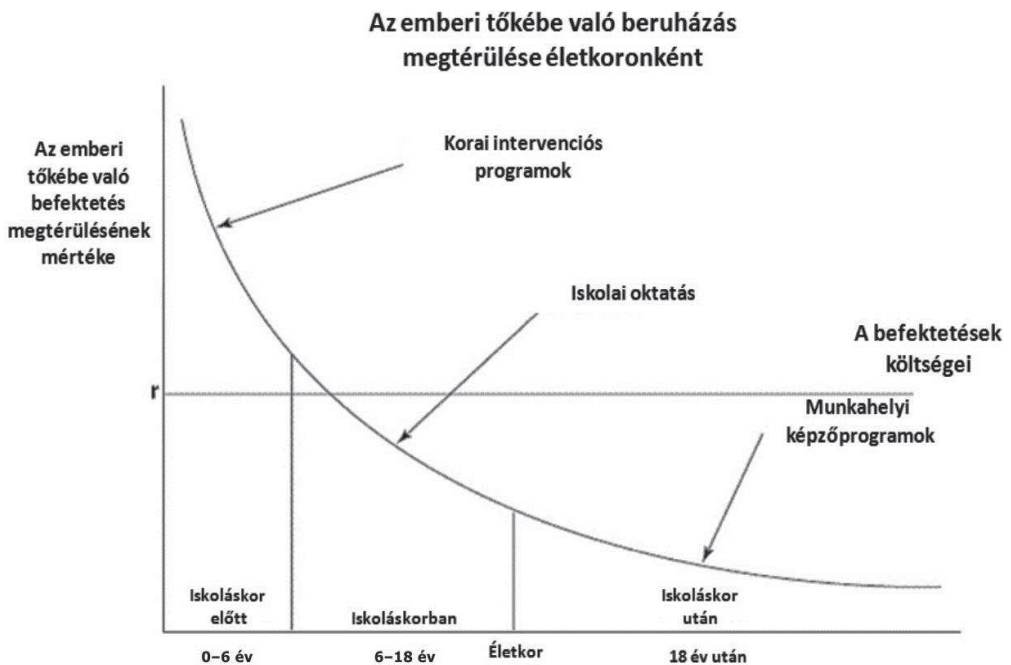


1. ábra. A koragyermekkori prevenciók és intervenciók szükségességét alátámasztó tudományos tapasztalatok (DANIS és mtsai 2011: 6 alapján)

A tervezett beavatkozások fókuszában nem lehet más, mint maga a gyermek, az őt nevelő gondozó szülők és család, valamint az az intézményi háttér és szakmai team, amely a családot a különböző felmerülő problémák esetén segíti. A humánökológiai modell értelmében (BRONFENBRENNER 1979, 1986; BRONFENBRENNER–CECI 1994) egy kisgyerek és szülei életét számos közeli (proximális) és távoli (disztális) hatás befolyásolja. A közvetlen család, az ismerős embertársak, a kapcsolódó intézményi hálózat, a társadalom és a kutúra sajátosságai mind-mind hatnak a szülők ismereteire, értékeire, céljaira, döntéseire, vagyis

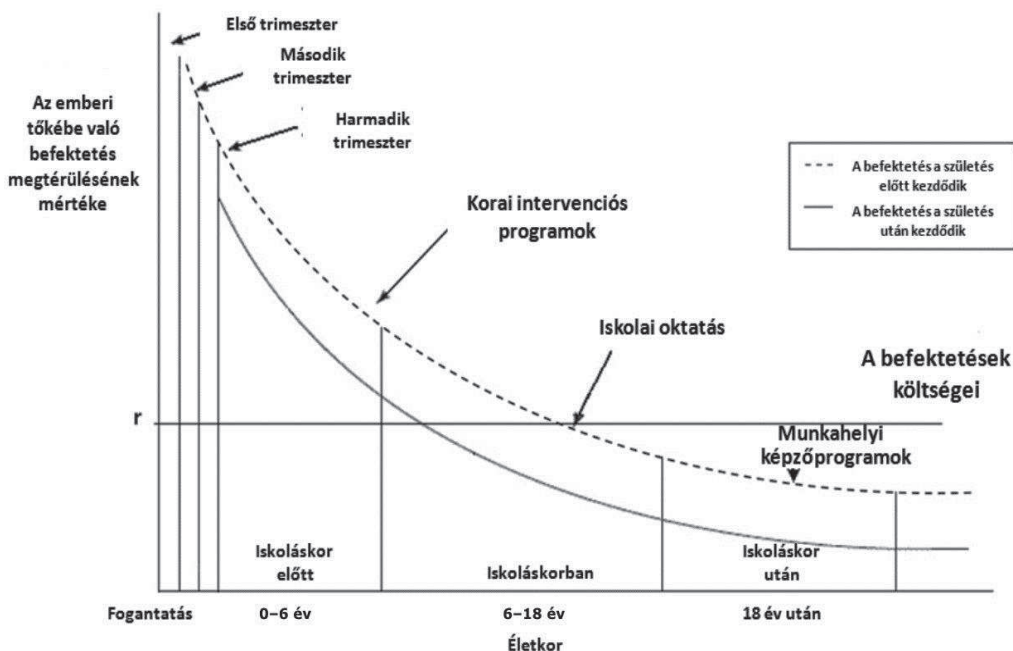
a szülői-nevelői gyakorlatra, s így a gyerekek fejlődésére. A közeli interakciók, vagyis a gyermeket körülvevő mikroszisztéma, a család hatását semmi nem tudja felülmúlni a gyermeki fejlődés előmozdításában, azonban a bronfenbrenneri modell mezoszisztéma-rendszere a XXI. században kiemelten fontosá válik. Biológiai vagy társadalmi hátrány esetén gyerekek és családok sorsa függ attól, hogy milyen szervezett segítséghez, támogatáshoz férnek hozzá, és ezek a szolgáltatások (az egészségügy, az oktatás, a szociális ügyek és a családpolitika) milyen minőségűek, és mennyire alkalmazkodnak a valódi igényekhez és szükségletekhez (vagyis milyen mértékben „helyes” beavatkozások).

Szemben az iskoláskori évekre irányuló oktatási-nevelési programokkal, melyek a hatásvizsgálatok szerint általában nem, vagy csak igen kis mértékben hozzák meg a várt eredményeket, a koragyermekkorai gondozásba, nevelésbe befektetett anyagi erőforrások társadalmi-gazdasági szinten bizonyítottan megtérülnek (BARNETT 2000, 2004; BELFIELD et al. 2006; ROLNICK–GRUNEWALD 2003). A megtérülés elsősorban a nők gyermek- és munkavállalási hajlandóságának növekedésében, a családok stabilitásának megőrzésében, a gyerekek későbbi tanulmányi, munkaerő-piaci és társadalmi sikerességében, valamint a speciális ellátások szükségességének és a társadalmi devianciák csökkenésében mérhető. A sokak által ismert heckmani befektetési görbét (CARNERIO–HECKMAN 2003) az utóbbi évek fejleményei kapcsán kiegészítették a születés előtti intervenciók jelentőségével is (DOYLE et al. 2009) (2. és 3. ábra). Eszerint minél hamarabb – már a gyermektervezés idején,³ de legalább a várandósság korai szakaszában – azonosítjuk azokat a családokat, ahol akár biológiai, akár társadalmi helyzet miatti veszélyeztetettség áll fenn, és minél korábban vagyunk képesek a megfelelő szolgáltatásokba, programokba eljuttatni őket, annál sikeresebb lehet a társadalom a későbbi költségek lefaragásában és az előnyök megteremtésében.



3 A várandósság alatti nőgyógyászati, védőnői és gyermekorvosi nyomon követés előtt a pozitív családtervezésnek (ERŐS és mtsai 2012) van preventív jelentősége, mivel ez a szolgáltatás a lehetséges organikus (fizikai és mentális) betegségek kivédését célozza.

Az emberi tőkébe való beruházás megtérülése életkoronként



2. és 3. ábra. Az emberi tőkébe való beruházás feltételezett megtérülése a születés után és előtt induló intervenció programoknál (CARNERIO–HECKMAN 2003; DOYLE et al. 2009: 10–11; DANIS 2012a: 62 alapján)

A koragyermekkori intervencióba és a már születés előtti egészségvédelemben való társadalmi befektetések hatékonyságának indikátorait csak közép- és hosszú távra lehet kijelölni, ezért olyan nehéz a korai évekre összpontosítani azokban az országokban, ahol égető társadalmi–gazdasági–politikai problémákat kell megoldani a jelenben. A tudományos eredmények alapján azonban várható, hogy egy olyan kormányának, amely legalább a fogantatástól kezdve átfogó, minőségi ellátást biztosít a korai életévekben, kevesebbet kell később speciális ellátásokra (pl. egészségügyi intézményekre, speciális oktatásra, családtámogatásra) költenie, hosszabb távon pedig több embert juttat el a keresőképességig és az önálló, önfenntartó életvitelig. *A cél tehát az, hogy minden kisgyermek számára – függetlenül a testi, pszichés és környezeti adottságaitól – már születésétől kezdve, sőt még előbb is megteremtjük azokat a téri, tárgyi és személyi feltételeket, amelyek segítik őt képességei maximális kibontakoztatásában.*

A kormányzati politika a korai évek fejlődésének támogatását két módon képes elősegíteni. *A célzott intervenció programok⁴ indítása mellett érdemes anyagi és szellemi tőkét fordítani az univerzális és a specifikus problématerületek kezelésére irányuló szolgáltatási rendszerek és hálózatok egyre hatékonyabb működésére, minden releváns szektor, vagyis az oktatás, az egészségügy, a szociális ügyek és a családpolitika együttműködésével.*

4 Ezek a programok többnyire a szociális hátrány kezelésére terjedtek el, és éppen ezért nem érnek el minden támogatásra szoruló gyermeket.

Az univerzalizástól a speciális bánásmódot igénylő gyerekek célcsoportjáig

Stratégiai szempontból elsődleges feladat, hogy meghatározzuk azoknak a gyerekeknek és családjaiknak a csoportjait, akik a tárgyalt szolgáltatások fókuszában állnak. A koragyermekkori intervenció fogalmának sokszínűségéről és változásairól KERÉKI (2010, 2011) már beszámolt. Több nemzetközi definíció áttekintése után *széles értelemben kezelve a koragyermekkori intervenció fogalmát, ez olyan univerzális és célzott szolgáltatások (intézményi hálózatok és konkrét programok) összessége, amely a gyermektervezéstől, a várandósságtól a gyermek iskolába lépéséig tartó időszakban a gyermeknek és családjának komplex segítséget és támogatást nyújt annak érdekében, hogy a gyermek fejlődési potenciáljait maximálisan kibontakoztathassa, a család kompetenciáit és kapacitásait pedig megerősíthesse.* A nemzetközi gyakorlatban ebbe a körbe tartoznak a gyerekek napközbeni ellátását biztosító tevékenységek (bölcsőde, óvoda), az egészséges fejlődést nyomon követő egészségügyi (gyermekorvosi, védőnői) programok, a családlátogató, szülőséget támogató és felzárkóztató szociális programok, valamint a sérült vagy fejlődési elmaradást mutató gyermekek korai fejlesztését, illetve a pszichés nehézségeket átélő családok támogatását végző hálózatok (POLEY et al. 2000). E bő definíció egyértelművé teszi, hogy *a hatékony koragyermekkori intervencióban együtt jelennek meg univerzális és célzott szolgáltatások, amelyek együttesen képesek biztosítani, hogy minden gyermek a speciális szükségleteinek megfelelően kapjon támogatást.*

Az általunk egy korábbi írásban használt „*differentiált univerzalizmus*”⁵ fogalom (DANIS és mtsai 2011) arra az igényre reagál, miszerint *minden gyermeknek szüksége van támogatásra az optimális fejlődéshez, azonban speciálisan a saját adottságainak és szükségleteinek megfelelően.* Mindez vonatkozik a családjaik támogatására is, hiszen a szülők úgy tudják a legerőteljesebb pozitív hatást kifejteni gyermekeik fejlődése érdekében, ha ők maguk is megkapják az egyensúlyukat megeremtő és optimális működésüket inspiráló támogatást. Az angol kormányprogramok által (DH, 2007) is használt „*progresszív univerzalizmus*” kifejezés pedig arra utal, hogy *a problémák súlyossága határozza meg a szolgáltatástervezés fókuszpontjait és időbeli prioritásait (kiemeli annak szükségességét, hogy a valamely okból rászoruló gyerekek és családok számára tervezzünk és szolgáltatassunk először segítséget).*

Azt, hogy mennyire sokszínű a fejlődés és ebből fakadóan a szükségletek köre, nagyon nehéz modellezni, azonban a főbb célcsoportokat könnyen kijelölhetjük. Célunk, hogy a családok olyan szolgáltatásokat és válaszokat kapjanak, amikre valóban szükségük van, és amiket kamatoztatni tudnak. Ha a fejlődési „sikert” fejlődési területenként próbáljuk körülírni, akkor minden egyes területen körvonalazódik három nagyobb csoport (*lásd 4. ábra*).

Egy-egy fejlődési területen (pl. a mozgás, a kognitív készségek, a beszéd és a kommunikáció, a társas-érzelmi készségek, a lelki egyensúly és a stabilitás terén is) kb. a gyerekek 60-70%-a mondható „átlagosan, tipikusan fejlődőnek”.⁶ A természetes fejlődés spektruma széles és sokszínű, ezért az ún. tipikus fejlődés is nagyon heterogén mintázatban létezik.⁷ Modellünk értelmében ennél a csoportnál a cél az, hogy minél erősebb hátszelet biztosítsunk a gyermek és a család természetes fejlődéséhez. Ehhez nem csupán arra van

5 Kölcsönözzük Lister 2003-as emberjogi fogalmát. Ez egy olyan perspektívát fogalmaz meg, amely együtt látja a közös és a differentiált pozíciókat, tapasztalatokat és szükségleteket az adott szolgáltatásokat igénybe vevő polgárok között.

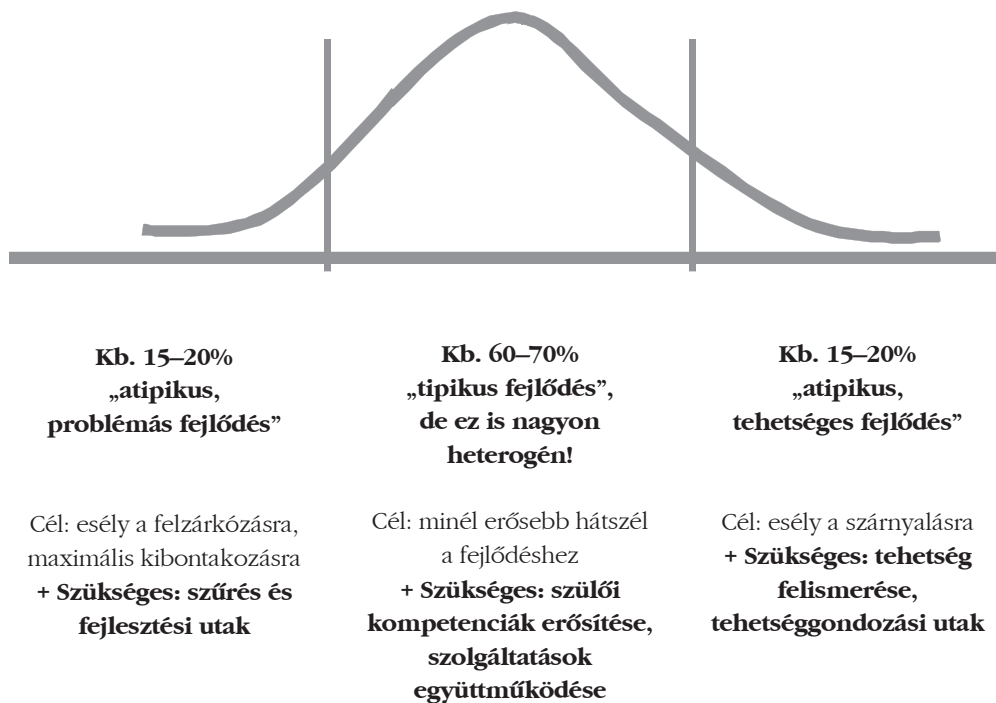
6 A nagy számok törvényéből és a természetes variancia feltételezéséből következően a gyerekek képesség szerinti megoszlása egy Gauss-görbével jól leírható, ezt használja a 4. ábra.

7 A modern fejlődéskutatók már nem is alkalmazzák a korábban közkedvelt „normális” vagy „normatív” fogalmat.

szükség, hogy *megerősítsük a szülői kompetenciákat* a gyerekek hatékony nevelése érdekében, hanem arra is, hogy *a családot körülvevő univerzális szolgáltatásokat modernizáljuk, a családok változó elvárásaihoz adaptáljuk*, és így olyan szolgáltatásokat tegyünk elérhetővé minden család számára, amelyek hatékonyan és modern eszközökkel képesek a velük való együttműködésre.

DIFFERENCIÁLT UNIVERZALIZMUS

Fejlődési „siker” területenként



4. ábra. Differenciált fejlődési célok és szükségletek (DANIS és mtsai 2011: 16 alapján)

A célzott intervenciós törekvések (lásd korai fejlesztés, prevenció és felzárkóztató programok stb.) a gyerekek kb. 15-20%-át és családjaikat célozzák meg, ahol a gyerekeknél diagnosztikai alapunk van arra, hogy a fejlődésüket biológiai vagy szociális okokból „nehézségekkel telinek vagy atipikusnak” ítéljük meg. E csoportoknál a célunk egyértelműen az kell legyen, hogy a gyerekek felzárkózhassanak, illetve esélyük legyen adottságaik maximális kibontakoztatására. Ehhez a fent már említett lépéseken (a szülők megerősítésén és az általános szolgáltatások hatékonyságának emelésén) kívül megfelelő *monitorozó / nyomon követő módszerekre, szűrő és diagnosztikus eljárásokra és a fejlesztés megalapozott eszköztárára van szükségünk.*

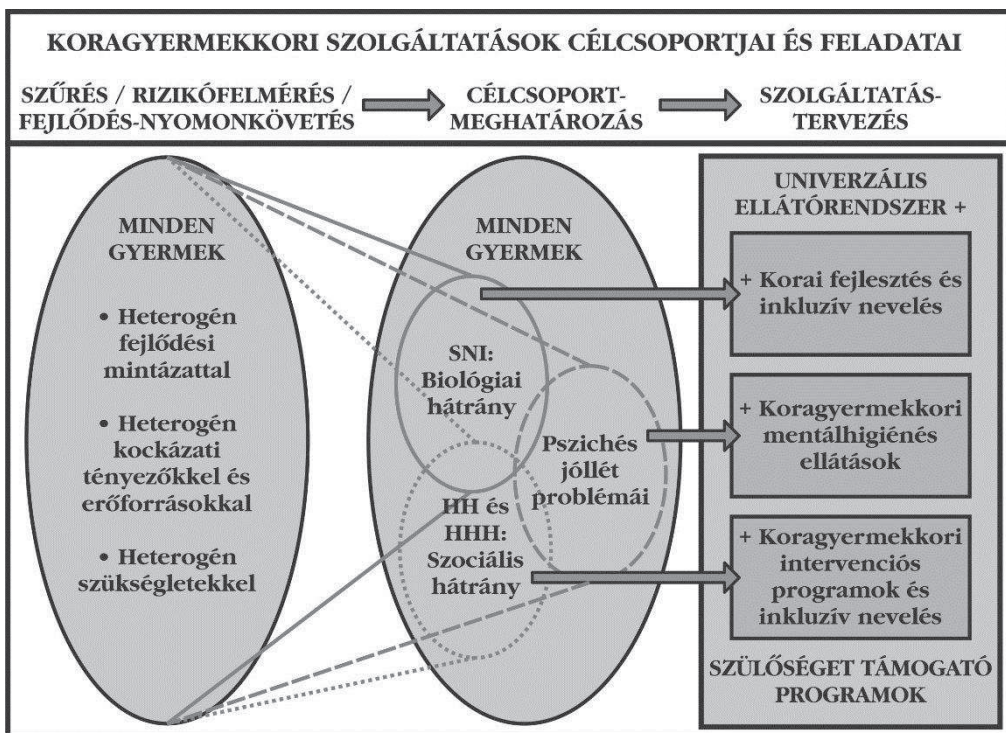
Bár nem tanulmányunk fókuszában álló téma, nem szabad elfeledkeznünk arról a fejlődési területenként szintén kb. 15-20%-nyi gyerekcsoportról sem, amelyek tagjai egy-egy vagy akár több területen kiemelkedően teljesítenek és tehetségesnek mutatkoznak. Ezeknél

a gyerekeknél *célünk* az, hogy *esélyt* teremtünk számukra a „szárnyalásra”, és ehhez a *tehetség felismerésének és gondozási útjainak kidolgozását kell elérnünk*.

Vannak gyerekek, akik szinte minden területen átfogó gondoskodásra és iránymutatásra szorulnak, de sokkal gyakoribb az, hogy a gyerekek fejlődése területenként rendkívüli változatosságot mutat, ezért a különböző területeken, részképességekben különböző szintű, módú segítséget igényelnek. Ha egy társadalom a fenti modellhez hasonlóan képes gondolkodni a megelőző és segítő beavatkozásokról, akkor érheti el a legnagyobb hatást: adott életkori kohorsz sikerét és teljesítményét illetően.

A speciális bánásmódot igénylő gyerekcsoportok hatékony támogatása

A leginkább rászoruló, különleges bánásmódot igénylő csoportokat a teljes kisgyermek-populációhoz viszonyítva körvonalazhatjuk (5. ábra).



5. ábra. Folyamatmodell a koragyermekkori intervenciók szolgáltatások feladatairól (DANIS 2012a: 8 alapján, Kerekiviek való együttgondolkodás nyomán)

Kiindulásunk a teljes, 0–7 éves korú gyermekpopuláció, amely heterogén mind az adottságok és képességek, mind a biológiai és környezeti kockázati és védőfaktorok tekintetében, s emiatt a fejlődési mintázatok mentén is. Ezáltal a szükségletek is nagyfokú változatosságot mutatnak. Az atipikus fejlődést mutató, problémás és nehézségekkel küzdő célcsoportban (max. egy kohorsz 15-20%-a), ahol a célunk a felzárkóztatás, valamint a biológiai és környezeti lehetőségekhez mérten a fejlődési funkciók maximalizálása, három nagyobb alcsoportot körvonalazhatunk (lásd 5. ábra).

- Az egyik alcsoport olyan gyerekek csoportja, akik *vagy már a várandósság, vagy a születés, vagy a gyermekágy idején diagnosztizálható, veszületett fejlődési rendellenességgel, illetve a későbbi fejlődés során szerzett vagy manifesztálódó, fejlődést akadályozó biológiai kondíciókkal bírnak; ezek veszélyeztetetté (at risk child) teszik őket a fejlődés során, s emiatt fokozott figyelemre van szükségük* (lásd bővebben KERÉKI–LENNERT 2009; KERÉKI 2010, 2011, 2013).
- A másik fontos alcsoport azokat a gyerekeket foglalja magába, akik *társadalmi-gazdasági hátránnyal élnek, s emiatt nem férnek hozzá a fejlődésüket biztosító, segítő környezeti feltételekhez* (lásd bővebben SZILVÁSI 2008, 2011).

Természetesen e két alcsoportnak van közös metszete: nem kevés azoknak a gyerekeknek a száma, akik szociálisan hátrányos helyzetű körülmények között születnek, és éppen ezért biológiailag is veszélyeztetettek (lásd KALMÁR 2011). Fontos *fejlesztendő terület e két csoport differenciáldiagnosztikája* is, a gyakran nagyon hasonló problémakör (lásd általános fejlődési elmaradás) pontos okainak feltérképezése, különválasztása, s az ennek megfelelő szolgáltatástervezés.

- Egy harmadik alcsoport, ahol nincs feltétlenül sem biológiai sérültség, sem hátrányos szociális helyzet a háttérben, mégis *a gyermek pszichológiai jólléte nem kielégítő*. Természetesen itt is gyakoriak a metszéspontok a másik két problémakörrel (PRÓNAY és mtsai 2015). Magyarországon a koragyermekkori intervenciók tevékenységei közül ez a legfrissebb szolgáltatási terület, ahol a koragyermekkori mentálhigiéné és pszichológiai egészségvédelem fejlesztendő kihívásaival állunk szemben (NÉMETH 2010, 2012).

Általában a külföldi célcsoport-definíciók már inkább a gyerekek szükségleteire reagálnak, mintsem a diagnosztikus jellemzőikre. Az USA-ban például a „*speciális egészségügyi szükségletekkel élő gyerekek*” csoportjának (lásd CSHCN – Children with Special Healthcare Needs) azokat a gyerekeket tekintik, *akik krónikus fizikai, fejlődési, viselkedési vagy érzelmi nehézségekkel élnek (vagy ennek későbbi előfordulásában veszélyeztetettek), és ezek miatt olyan típusú és mennyiségű egészségügyi vagy más szolgáltatásokra van szükségük, amelyekre általában véve a gyerekek többségének nincsen* (MCPHERSON et al. 1998: 139, id. ROBERTS et al. 2004). Azok a gyerekek, akik e célcsoportba tartoznak, általában egynél több szolgáltatást kapnak az Államokban, tipikusan több forrásból és különböző helyszíneken: pl. otthon, orvosi és mentálisegészség-klinikákon, koragyermekkori programokban, Head Start-programokban, napközbeni ellátásban, óvodákban, általános iskolákban. Természetesen hasonló a helyzet más országokban, így hazánkban is. A speciális szükségletű gyerekek egynél jóval több szolgáltatóval, intézménnyel találkoznak ellátásuk során. Egész szolgáltatási háló veszi őket körül, amelynek egyes intézményei részben vagy egészben tartoznak az oktatási, az egészségügyi vagy a szociális szektorhoz. *A fejlődési célok maximalizálása érdekében az univerzális, minden gyermek számára nyújtott szolgáltatások és a specifikus problémákat kezelő szakellátások együttes üttöképességéről kell beszélnünk.*

A fenti modell szerint három fő területét jelölhetjük ki a kívánt intervencióknak:

- *Biológiai* érintettség dominanciájával az univerzális minden gyermek számára elérhető (elérendő) *átfogó egészségügyi, szociális és oktatási szolgáltatások* mellett specifikusan a *korai fejlesztés rendszere*, majd az *inkluzív nevelési gyakorlat* az, amellyel rendszerszinten számolnunk kell. (Fejlesztési előzmények hazánkban: korai fejlesztéssel és védőnői szolgáltatásokkal foglalkozó TÁMOP 3.1.1. és TÁMOP 6.1.4.⁸ programok.)
- A túlnyomóan *szociális hátrány* miatt előre jelezhető problémák elkerülése érdekében a *célzott koragyermekkori intervenciók látogatása* hoz látványos eredményeket. Kiemelendő feladat emellett az *egészségügyi és szociális alapellátásokhoz való*

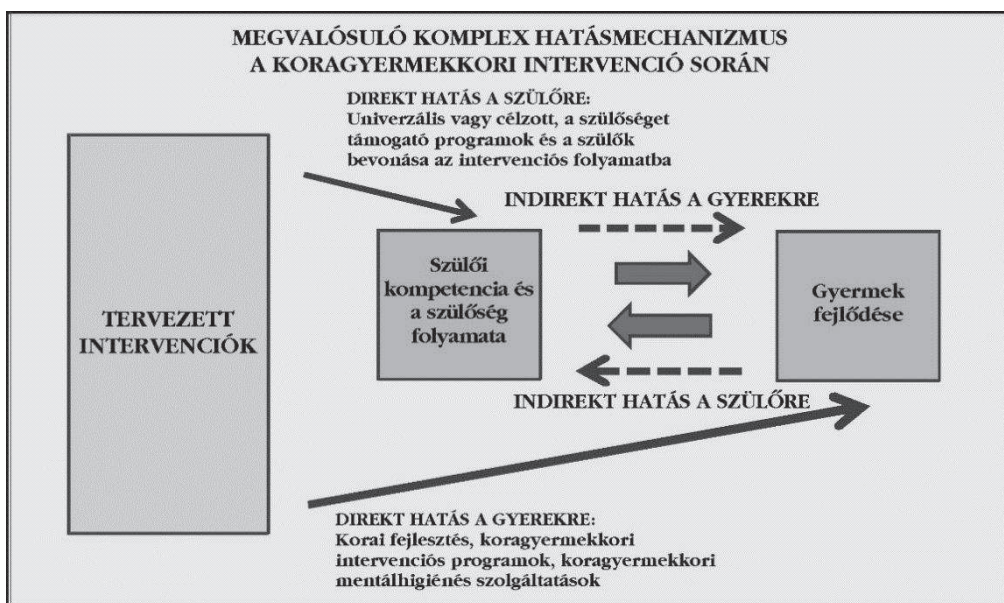
8 <http://www.gyermekalapellatas.hu/>

hozzáférés, valamint az *átfogó és inkluzív oktatás megteremtése*, ahol az óvoda-iskola képes befogadó lenni és adekvát módszerekkel válaszolni azoknak a gyermekeknek a sajátosságaira is, akiknek nehézségeik és lemaradásaik vannak bizonyos kompetencia-területeken, leginkább kognitív és kommunikációs kompetenciáikban. (Fejlesztési előzmények: Gyerekesély⁹ és Biztos Kezdet programok.¹⁰)

- Olyan, koragyermekkorban jelentkező *pszichológiai és pszichoszomatikus problémák esetén, amelyek a lelki egészséget és jóllétet veszélyeztetik*, külföldön évtizedek óta az *Infant Mental Health Service-ek szerepe kiemelt*. Magyarországon folyamatosan történnek erőfeszítések e terület megfelelő szakértői, intézményi és működési feltételeinek megteremtése érdekében, azonban átfogó fejlesztési program e területen forráshiány miatt még nem indult el (bővebben lásd a későbbi fejezetet).

Univerzális igény: A kompetens szülőség és a korai napközbeni ellátó intézmények minőségének preventív támogatása

Nem lehet elég erősen hangsúlyozni, hogy *átívelő szolgáltatásként ma mind az univerzális, mind a speciális szolgáltatások körében szükség van a szülőséget támogató programok biztosítására*. A kisgyermek fejlődésének kulcsa és motorja a szülő, és bizonyítottan semmi nem fejthet ki erőteljesebb hatást a fejlődésre, mint az otthoni, családi környezet (bővebben DANIS 2010), így az intervencióban akkor érjük el a legnagyobb hatásfokot, hogyha a szülők direkt támogatásán keresztül is segítjük a gyermek fejlődését (lásd 6. ábra). A kompetens szülőséget sok csatornán keresztül, adekvátan támogató programok is hiányterületet jelentenek ma még Magyarországon (folyó fejlesztések: TÁMOP 6.1.4., TÁMOP 5.2.6.¹¹).



6. ábra. Direkt és indirekt hatások a koragyermekkorai intervenció során (DANIS 2012: 11 alapján)

9 <http://www.gyerekesely.hu/>

10 <http://gyerekesely.eu/>

11 <http://tamop526.hu:81/TAMOP-5.2.6/Kezd%C5%91lap>

A szülői gondozás egyre fontosabb kiegészítéseként jelenik meg világszerte a *napközbeni gyermekellátás* (SURÁNYI és mtsai 2010; SIMONYI és mtsai 2010; HUNGERFORD et al. 2005). Modern felfogásban e szolgáltatások *funkciója ma már nemcsak a szülők munkavégzésének támogatása, hanem a gyermekek egészséges fejlődésének segítése, jóllétének biztosítása, az iskolára való felkészítés, esélykiegyenlítés és szükség esetén a környezeti kockázati tényezők felismerése és kezelése is*. A formális gyermekgondozás életkorban lefelé (0–3 éves korra) történő kiterjesztését tehát nemcsak a női munkavállalás serkentése, hanem a gyermekek fejlődésének szempontjai is indokolják. Az elérhetőség szempontját követően a minőség szempontja a legfontosabb, amely nem merül ki a közismert strukturális szempontok biztosításában. A gyermekek fejlődési kimeneteinek közvetlen alakítója a gyermekgondozásban, hasonlóan a szülőkhöz, az, hogy a gondozó milyen kapcsolatot alakít ki a gyermekkel, mennyire érzékeny és válaszkész a szükségleteire (lásd „pozitív gondozás”) (DANIS 2010), éppen ezért szükséges a koragyermekkorai intézményekben dolgozó nevelők naprakész tudásának és kompetens gondozói munkájának folyamatos támogatása is.

Összefoglalásként tehát elmondható, hogy egy ország „helyes” koragyermekkorai intervenciós stratégiája egyszerre képes a legtöbbet nyújtani az egészségesen fejlődő, többségi populációba és a nehézségekkel küzdő, kockázati csoportokba tartozó gyerekek és szülei számára úgy, hogy közben különös figyelmet fordít a bármilyen okból hátrányos helyzetű családokra, és segíti a (széles értelemben vett) „kisebbségi” gyerekek és családok integrációját. Ez az elv ma az univerzalitás és célzottság együttes elve, ami alapján számos szülőiséget és gyermeki fejlődést támogató program valósul meg külföldön (SHONKOFF et al. 2005).

Új fókusz Magyarországon: a koragyermekkorai lelki egészség támogatása

Mint láthattuk, a Magyarországon évtizedes hagyományokkal bíró korai fejlesztés és az utóbbi évek erőteljes fejlesztési kísérletei nyomán megvalósuló szociális felzárkóztató programok mellett erőteljes relevanciával bír a koragyermekkorai lelki egészség támogatása, ami hazánkban új, fejlesztendő terület.

Mire építhetünk? I. Külföldi példák

A *szülői (parental mental health)*, valamint a *csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség (infant and early childhood mental health)* támogatása mint interdiszciplináris, szektorokon átívelő feladat a nyugat-európai országokban és a tengerentúlon vagy integrált intézményekben részfeladatként (Anglia, Németország), vagy interdiszciplináris teameket foglalkoztató önálló hálózatként (Infant Mental Health Service: USA, Kanada, Ausztrália) már évtizedek óta létezik (lásd bővebben DANIS 2012b). *Az integrált (egészségügyi, szociális és edukatív) szolgáltatások kiemelt célja a kompetens szülőség (szülők mentális egészsége és a gondozói-nevelői gyakorlat) és a pozitív szülő-gyermek kapcsolat támogatása, melynek talaján teremthető meg a csecsemők/kisgyermekek optimális fejlődésének és lelki egészségének biztosítása*. A szakembereket (*Infant Mental Health Specialist*) több szinten képzik, vannak már speciális alapképzettséget is adó (MA) képzések,¹² de az e területen működni kívánó speciális szakemberek leginkább alapszakmákra ráépülő posztgraduális képzéseken sajátítják el a komplex elméleti, módszertani, gyakorlati ismeretanyagot

12 A Selma Fraiberg-i hagyományból a Michigan Egyetemen indult először képzés, azóta számtalan helyen személyes és távoktatásos formákban is el lehet sajátítani a szakma alapjait.

(ZEANAH et al. 2005). Több irányzat létezik, de az angolszász módszerek valóban interdiszciplinárisak: a konkrét szociális segítség mellett az érzelmi támogatás, a fejlődésről szolgáltatott szülőedukáció, a korai kapcsolat felmérése és támogatása, érdekképviselet, valamint a szülő-csecsemő konzultáció és pszichoterápia tartozik egy specialista repertóriumába (WEATHERSON 2002). Természetesen a folyamatos továbbképzésre is mód nyílik, rövidebb tanfolyamok révén akár közvetlen oktatási, akár távoktatási rendszerben, valamint rendszeres szakmai találkozók, konferenciák, fórumokon való részvétel és szakfolyóiratok, hírlevelek olvasása révén.

A *World Association of Infant Mental Health*¹³ világszervezete 1980 óta működik, azóta számos ország vagy országcsoport is csatlakozott alszervezetként. Kétévente szakmai világkonferenciákat szerveznek (sőt európai konferenciák is szerveződnek néha), és a területen kiváló interdiszciplináris, tudományos cikkeket és bizonyítékokon alapuló gyakorlatokat is közreadó *Infant Mental Health Journal* folyóiratot és a szabadon letölthető *Perspectives in Infant Mental Health* című lapot adják ki. Természetesen emellett több, a témában érdekelt szervezet és szakmai fórum, folyóirat működik (pl. nagyon jelentős a szintén amerikai *Zero To Three*¹⁴ munkája).

Az amerikai és a területen nagyon erősen fejlődő angolszász (Anglia, Kanada, Ausztrália, Új-Zéland) hagyományok mellett hazánk számára a német és francia nyelvű (Németország, Ausztria, Svájc, Franciaország) műhelyek adhatnak még jelentős támpontot, ahol szintén évtizedek óta kiemelt prevenció és intervenció cél a korai érzelmi és viselkedésszabályozási zavarok felismerése és kezelése.¹⁵

Az angol (valamint német és francia) nyelvű szakmai kiadványok, szakkönyvek száma temérdek (néhány alapmű pl.: BRANDT et al. 2014; ZEANAH 2012; PAPOUSEK et al. 2008; OSOFSKY–FITZERALD 2000; LUBY 2006; GREENSPAN–WIEDER 2005), amelyek közül szinte semmilyen anyag nem érhető el magyar nyelven. Az egyetlen magyar forrás a német és integrált hagyományokat tükröző kötet HÉDERVÁRI–HELLER tollából (2008). Rengeteg kutatási és gyakorlati tapasztalat lenne megosztható és a képzésekbe bevonható e szakanyagok fordításának támogatása által.

Mire építhetünk? II. Magyarországi előzmények

Az elmúlt években több EU-támogatás segítségével megvalósuló gyerekszegénység elleni és a szociálisan hátrányos helyzetű gyerekek felzárkóztatását célzó kezdeményezés (pl. Gyerekesély projekt, Biztos Kezdet program, Kistérségi Komplex Program), valamint a biológiai sérültség szűrését és támogatását, illetve az egészséges gyermekfejlődés nyomon követését és támogatását célzó TÁMOP-program (6.1.4 és 5.2.6) indult el. A több évtizedes nemzetközi gyakorlattal szemben a korai szülőség, valamint a kisgyermekkorai lelki egészséget támogató programok jelentősége még nem került fókuszpontba Magyarországon, forráshiány miatt pedig csak kisebb léptékű fejlesztésekre kerülhetett sor a területen.

Eddigi hazai törekvések, amelyek a koragyermekkorai lelki egészség támogatásának áramába tartoznak/tartoztak az 1990-es évektől:

- *Családbarát program* (NÉMETH és mtsai): egészségügyi fókuszú, de a társszakmákat folyamatosan invitáló, interdiszciplináris konferenciák a koragyermekkorai fejlődés támogatásáról;¹⁶

¹³ www.waimh.org

¹⁴ www.zerotothree.org

¹⁵ Németországban a papouseki hagyományból induló szülő-csecsemő konzultáció Münchenben, majd több német képzőhelyen vált elérhetővé.

¹⁶ <http://www.ogyei.hu/letoltheto/kiadvanyok/>

- OGYEI családtámogató tevékenységei (NÉMETH és mtsai): különböző szülőcsoportok (*szülői hivatásra felkészítés*¹⁷, *csecsemős és kisgyermekes klub*), valamint a szülő-csecsemő konzultációk módszertanának, gyakorlatának beindítása (NÉMETH 2010, 2012);
- az *EGO Klinika* módszerspecifikus gyermekterapeuta-képzésének keretében *csecsemő-megfigyelés*¹⁸ és *anya-csecsemő terápia módszertanának oktatása*;
- *magánintézményekben működő baba-mama pszichoterápiák, a szülő-kisgyermek kapcsolat analitikus, analitikusan orientált támogatása*: EGO Klinika, Vadaskert Alapítvány; HAWA Munkacsoport, BHRG Alapítvány, egyéb, magánkezdeményezésekben dolgozó szakemberek.

Az OGYEI munkatársai (Németh Tünde) többéves szakmai kapcsolatokat ápolnak német kollégákkal (Hédervári-Heller Éva, Hans Peter Hartmann, Martin Dornes): ennek gyümölcseként már elindult Magyarországon néhány sikeres kezdeményezés:

- *megszületett az első diplomát adó posztgraduális szakirányú továbbképzés* (lásd Hédervári-Heller Éva és Németh Tünde kidolgozásában: Integrált szülő-csecsemő konzulens képzés). 2010–2014 között a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen zajlott a képzés, 2014-től a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében folytatódott, és 2015-től indul az ELTE Bárczi Gyógypedagógiai Karán is.
- Hans Peter Hartmann heppenheimi klinikájának példája nyomán indult el a *pszichiátriai beteg anyák és csecsemőik együtt ápolása a Szt. János Kórház Baba-Mama-Papa programjában* (Kurimay és Németh együttműködésével).

Van esély a nemzetközi kutatási dialógusba is bekapcsolódni azáltal, hogy a képzések hallgatói és egyben a Heim Pál Kórház munkatársai (SCHEURING és mtsai) *2010–2011-ben lefolytatták az első magyar nagymintás kutatást a csecsemő- és kisgyermekkorai érzelmi és viselkedésszabályozási nehézségekről (regulációs zavarokról)*. A feldolgozás folyamatosan halad, az eredmények alapján a hazai mellett a nemzetközi közönség érdeklődésére is számíthatunk (SCHEURING és mtsai 2011, 2012, 2014, 2015, 2015b, 2015c; DANIS és mtsai 2012, 2012b, 2014, 2014b, 2014c, 2015).¹⁹

A „15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről” a *Pedagógiai Szakszolgálatokban megalapozta a 0–3 éves korosztály ellátásának jogszabályi feltételeit: a Szakszolgálat munkatársai (ma még szinte kizárólag korai fejlesztés címén) a születéstől kezdve foglalkoz(hat)nak gyerekekkel és szüleikkel*.

Szakmai javaslatokat tartalmazó cikkünkben (NÉMETH és mtsai 2015a és b) arra teszünk kísérletet, hogy a fennálló magyarországi rendszernek és jogszabályi környezetnek a lelki egészség támogatása felé mutató bővítési lehetőségeit vázoljuk fel.

Magyarországi tennivalók: az új szolgáltatási hálózat kiépítéséhez szükséges lépések

Képzés- és hálózatfejlesztés

Annak érdekében, hogy a koragyermekkorai lelki fejlődési zavarok felismerése és kezelése – új feladatként mint a korai prevenció és intervenció tartópillére – a különböző szakmákban széles körben meghonosodjon Magyarországon, többszintű képzési programra és új specialitásokkal bővülő, széles körű ellátó hálózatra van szükség.

17 A várandósság idején nemcsak a szülésre, hanem a korai gondozásra és a szülőiségre való felkészítés az, amely a családdá alakulás pszichoszociális támogatását alapozza meg.

18 <http://www.egoklinika.hu/oktatas/anyacsecsemo.html>

19 <http://heimpalkorhaz.hu/kutatasi-programok/> (Egészséges Utódokért Projekt)

*Hosszabb távon cél a koragyermekkori lelki egészség tudományos és gyakorlati ismeretanyagának beépítése a hazai szakemberképzésbe graduális, posztgraduális, valamint folyamatos továbbképzési szinteken (minden olyan szakma esetén, amely kisgyermekkel, szülő-gyermek párokkal vagy kisgyermekes családokkal foglalkozik).*²⁰ Fontos, hogy a speciálisan képzett szakemberek országos szinten megjelenjenek az ellátásban.

Egy új, a nemzetközi tudományos és klinikai tapasztalatokon alapuló innovatív prevenciós és intervenciós program csak közös társadalmi felelősségvállalás mellett ültethető át a hazai gyakorlatba. Ez szoros politikai, egészségügyi, szociális, oktatási és tudományos összefogást igényel. Hazánkban strukturálisan ennek az új feladatnak a megvalósítását, koordinálását akár a gyermekegészségügy, akár az oktatási tárca vállalhatja.

Prevenációs szinten az egészséges populáció támogatása célzott tevékenységként várandóscsoportok, szülői hivatásra felkészítés, csecsemős és kisgyermekes klubok, illetve általános ismeretterjesztő vagy tematikus szülőcsoportok tartása révén valósulhat meg. A problémafelismeréshez az egészséges fejlődés és a szülői gondoskodás sokszínűségének ismerete mellett szükséges az atipikus fejlődés jellegzetességeivel is tisztában lenniük a szakembereknek, hisz ennek alapján épülhet fel a támogatás intervenciós szintje. Az *intervenciós szinten* az egészségügyi alapellátásban a házi gyermekorvosok, szakorvosok, valamint a védőnői hálózat kaphat felismerő és jelző funkciót (természetesen számítanunk kell a szociális és pedagógiai szféra szakembereinek segítségére is), míg a problémák megoldásában specifikusan a korai lelki zavarok (érzelem- és viselkedésszabályozási, más néven regulációs zavarok) elméleti és gyakorlati ismeretanyagában jártas konzulens és terapeuta szakemberek vehetnek részt az alapellátás, a civil és magánkezdeményezés-ek keretein belül.

Diagnosztikai rendszer és finanszírozás

A Magyarországon használatos DSM-V és BNO-10 kódrendszer a koragyermekkori lelki egészség problémáinak diagnosztikájával nem foglalkozik mélyrehatóan. Ahhoz, hogy az egészségügyben is lehetőség legyen a szakszerű finanszírozott ellátásra, *szükség van a koragyermekkori lelki zavarok teljes spektrumára kiterjedő diagnosztikus rendszer(ek) adaptálására* (DC: 0-3R: ZERO TO THREE 2005; EMDE és mtsai 2005; HÁMORI 2010; DSM-PC: DROTAR 1999; németországi pszichoszomatikus diagnosztikus rendszer alakulóban: HOFACKER et al. 2007²¹), valamint *az ellátáshoz szükséges tevékenységi körök (lásd diagnosztika, kezelés) bekerülésére az OEP finanszírozási rendszerébe.*

Természetesen *szükség van* az állami gyermek-egészségügyi ellátás (pl. gyermekkórházak, gyermek szakrendelő), valamint az oktatási (pl. pedagógiai szakszolgálatok) és a szociális (pl. családsegítő központok, bölcsődék) területeken *a diagnosztikus tevékenység, valamint a konzultáció vagy a terápiaszintű kezelés strukturális és személyi feltételeinek megteremtésére, optimális esetben interdiszciplináris teamek kialakítására.*

20 Jelenleg a Semmelweis Egyetemen folyik Hédervári-Heller és Németh féle „Integrált szülő-csecsemő konzulens” posztgraduális képzés (szeptembertől az ELTE Bárczi Gyógypedagógiai Karán is indul), valamint a Semmelweis Egyetem védőnőképzésében lehet speciális kurzusokat felvenni a koragyermekkori regulációs zavarok témájában. A Pázmány Péter Katolikus Egyetem is meghirdetett posztgraduális képzést, a „Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció” szakirányú továbbképzési szakot. Az EGO Klinika oktat klasszikus csecsemőmegfigyelést és baba-mama konzultációt, valamint a Vadaskert indít rendszeresen néhány napos tanfolyamokat a csecsemőkori funkcionális zavarok kezeléséről.

21 Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindesund Jugendalter*. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 357–378.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-028_S1_Regulationsstoerungen_im_Saeuglingsalter_u.a._F98.2_11-2006_11-2011_01.pdf

Módszertani bázisközpont

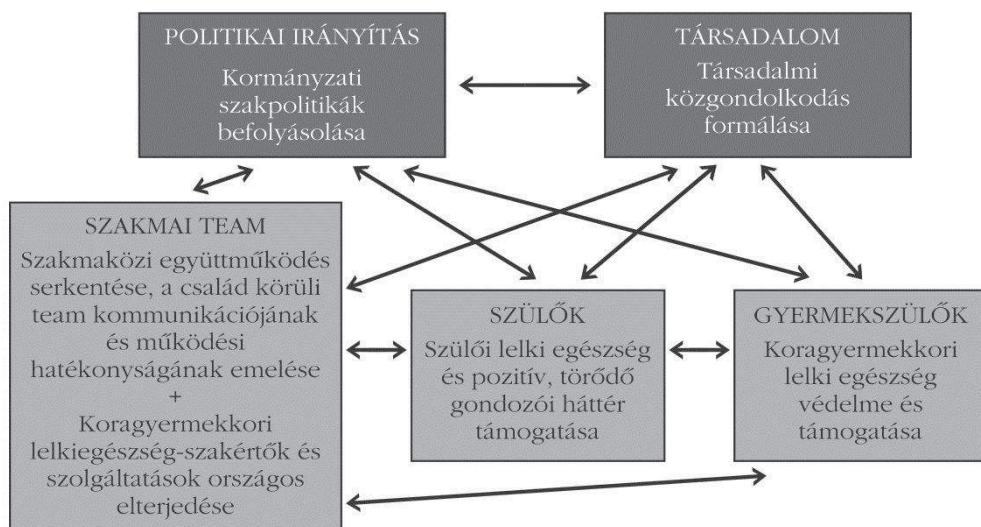
Az új szakmaspecialitás magyarországi kialakításához szükséges olyan *módszertani bázis létrehozása* is, amely a hazai és nemzetközi interdiszciplináris kutatásokért, a jó gyakorlatok összegyűjtéséért, továbbképzések szervezéséért, módszertani ajánlásokért, a megvalósuló gyakorlat ellenőrzéséért, elméleti-módszertani kézikönyvek, kiadványok szerkesztéséért, kiadásáért, szakpolitikai döntéshozásokhoz véleményezésekért, előkészítő munkákért, valamint a szakmai és laikus körökben végzett ismeretterjesztésért (honlap, szakmai találkozók: fórumok és konferenciák szervezése, szakmai folyóirat, hírlevélkiadás) felelős. Fontos egy olyan *interdiszciplináris gyakorlati munkacsoport működtetése* is, melynek tapasztalatai modellértékűek lehetnek a szakmai hálózat kialakításához.

A közgondolkodás formálása

Mindezek mellett *a médiának és minden formális információs csatornának fontos szerepet kell vállalnia abban, hogy a koragyermekkori fejlődésről és támogatásának adekvát módjairól tudományosan megalapozott üzenetek érkezzenek a gyermeket tervező, a várandós és kisgyermekes szülők, valamint a napközbeni gyermekellátó helyek gondozói felé*, ezzel is segítve a gondozói-nevelői gyakorlat pszichoszociális egészséget megalapozó funkcióját.

A 7. ábrán feltüntettük azokat a fontos „szereplőket”, amelyek a koragyermekkori intervenciók, és ezen belül a szülői és koragyermekkori lelki egészséget támogató beavatkozások hatékony megvalósulásában szerepet játszanak. Fókuszban a gyermek, a szülők és a családot támogató szakmai team áll (lásd alsó sor), de nem feledkezhetünk el a társadalom többi tagjáról és a vezető politikai-gazdasági erőkről sem (lásd felső sor). A *rendszer szemlélet alapján bizakodhatunk abban, hogy ha a rendszer bármely pontján pozitív hatást érünk el, az tovagyűrűzik a rendszer többi részébe is*.

Rendszerszemlélet a prevenciók és intervenciók tervezésekor



7. ábra. A koragyermekkori lelki egészség támogatásának rendszerszemléleti modellje (DANIS és mtsai 2011: 18 alapján)

Irodalom

- AINSWORTH, M. D. S. – BLEHAR, M. C. – WATERS, E. – WALL, S. (1978): *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- BARNETT, W. S. (2000): Economics of Early Childhood Interventions. In SCHONKOFF, J. P. – MEISELS, S. J. (eds): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press. 589–613.
- BARNETT, W. S. (2004): *Benefits of Preschool Education*. www.nieer.org, BarnettBenefits.ppt
- BELFIELD, C. R. – NORES, M. – BARNETT, W. S. – SCHWEINHART, L. (2006): The High/Scope Perry Preschool program: Cost-benefit analysis using data from the age-40 follow up. *Journal of Human Resources*, 41(1), 162–190.
- BOWLBY, J. (1969): *Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment* (1982, 2nd edition). Hogarth Press, London.
- BRANDT, K. – PERRY, B. D. – SELIGMAN, S. – TRONICK, E. (eds) (2014): *Infant and Early Childhood Mental Health. Core Concepts and Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Washington–London.
- BRONFENBRENNER, U. (1979): *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- BRONFENBRENNER, U. (1986): Ecology of the family as a context for human development: research perspective. *Developmental Psychology*, 22, 723–742.
- BRONFENBRENNER, U. – CECI, S. J. (1994): Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568–586.
- CARNEIRO, P. – HECKMAN, J. (2003): *Human Capital Policy*. Working Paper 9495, NBER Febr.
- CASSIDY, J. – SHAVER, P. R. (eds) (2010): *Handbook of Attachment 2nd Ed.: Theory, Research, and Clinical Applications*. The Guilford Press.
- DANIS, I. (2010): A fejlődéslelektani perspektíva: Gyermeki szükségletek. In SURÁNYI É. – DANIS I. – HERCZOG M. (szerk.): *Családpolitika más-más szemmel. Eltérő nézőpontok, megközelítések, változó gyakorlatok a hazai és nemzetközi családpolitikában*. Gazdasági és Szociális Tanács, Budapest. 102–137.
- DANIS I. – SZILVÁSI L. – SURÁNYI É. (2011): „Iskola, iskola, ki a csoda jár oda?” I. Bevezető elméleti összefoglaló a gyermeki fejlődésről, a szülőségről, és e kettőt támogató programok jelentőségéről az iskolába lépés előtti életkorokban. Kézirat. Bright Future, Göd.
- DANIS I. – SCHEURING N. – GERVAI J. – OATES, J. M. – CZINNER A. (2012a): A rövidített Szülő-csecsemő Kapcsolat Skála magyar változatának (H-MORS-SF) pszichometriai mutatói nagy mintán. *Psychiatria Hungarica*, 27(6), 392–405.
- DANIS I. (2012a): *Célok, kimenetek és indikátorok a koragyermekkorai intervencióban*. Nemzetközi kitekintés. Kézirat. Educatio, Budapest.
- DANIS I. (2012b): *Gyerek-utak, protokollok és szolgáltatások a koragyermekkorai intervencióban*. Nemzetközi kitekintés. Kézirat. Educatio, Budapest.
- DANIS I. – SCHEURING N. – PAPP E. – CZINNER A. (2012b): Kiegészítő pszichometriai adatok a DS1K hangulati kérdőívhez. Egy kisgyermekes szülőket bevonó nagymintás kutatás tapasztalatai. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 14(2), 79–85.
- DANIS, I. – NÉMETH, T. – SCHEURING, N. – PAPP, E. – SZABÓ, L. (2014): Feeding difficulties during breast feeding and weaning in infancy and toddlerhood. Poster presented at 14th WAIMH World Congress. 14th–18th June 2014, Edinburgh UK. *Infant Mental Health Journal Supplement to Volume 35, Issue 3 (May–June)*. Program Abstracts: P4-3. 356.
- DANIS, I. – SCHEURING, N. – GERVAI, J. – OATES, J. M. – SZABÓ, L. (2014): Mothers' Object Relations Scales (MORS): A method of screening early parent-infant relationships recommended for practitioners in the field of infant mental health. Poster presented at 14th WAIMH World Congress. 14th–18th June 2014, Edinburgh UK. *Infant Mental Health Journal Supplement to Volume 35, Issue 3 (May–June)*. Program Abstracts: P4-1. 356.
- DANIS, I. – SCHEURING, N. – PAPP, E. – NÉMETH, T. – SZABÓ, L. (2014): Falling asleep and nightwaking problems in infancy and toddlerhood: results of a large Hungarian community research. Poster presented at 14th WAIMH World Congress. 14th–18th June 2014, Edinburgh UK. *Infant Mental Health Journal Supplement to Volume 35, Issue 3 (May–June)*. Program Abstracts: P4-2. 356.
- DANIS I. – SCHEURING N. – PAPP E. – NÉMETH T. – SZABÓ L. (2015): *Excesszív sírás csecsemő- és kisgyermekkorban*. Benyújtásra váró kézirat.
- DH (2007): *Facing the future: a review of the role of health visitors*. DH, London.
- DOYLE, O. – HARMON, C. P. – HECKMAN, J. J. – TREMBLAY, T. R. (2009): Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. *Economics and Human Biology*, 7(1), 1–6.
- DROTAR D. (1999): The diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC), child and adolescent version: what pediatric psychologists need to know. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(5), 369–380.
- EGYED K. (2011): Az evolúció ajándéka: az agyi plaszticitás és a rugalmas fejlődés. In DANIS I. – FARKAS M. – HERCZOG M. – SZILVÁSI L. (szerk.) (2011): *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 166–205.
- EMDE, R. N. – EGGER, H. – FENICHEL, E. – GUEDENEY, A. – WISE, B. K. – WRIGHT, H. H. (2005): *Introducing DC:0-3R*. Zero to Three, Washington D.C.
- ERŐS E. – HAJÓS A. – KOVÁCS R. – SUPÁK D. (2012): A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben – az elmúlt hat év tükrében. *Orvosi Hetilap*, 153(42), 1667–1673.

- GREENSPAN, S. I. – WIEDER, S. (2005): *Infant and Early Childhood Mental Health: A Comprehensive, Developmental Approach to Assessment and Intervention*. American Psychiatric Association.
- GRUNEWALD, R. – ROLNICK, A. (2007): A Productive Investment: Early Child Development. In YOUNG, M., E. – RICHARDSON, L. M. (eds): *Early Child Development. From Measurement to Action. A Priority for Growth and Equity*. The World Bank, Washington D. C.
- HÁMORI E. (2010): Regulációs zavarok korai diagnosztikája. In *Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs zavarok*, XII. Családbarát konferencia kiadványa. OGYEI, Budapest. 13–22.
- HECKMAN, J. J. – MASTEROV, D. V. (2007): *The Productivity Argument for Investing in Young Children*. NBER Working Papers 13016, National Bureau of Economic Research, Inc.
- HÉDERVÁRI-HELLER É. (2008) *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. Animula, Budapest.
- VON HOFACKER, N. – LEHMKUHL, U. – RESCH, F. – PAPOUSEK, M. – BARTH, R. – JACUBEIT, T. (2007): *Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. AWMF online: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-028_S1_Regulationsstoerungen_im_Saeuglingsalter_u.a._F98.2__11-2006_11-2011_01.pdf
- HUNGERFORD, A. – BROWNELL, C. A. – CAMPBELL, S. B. (2005): Child Care in Infancy: A Transactional Perspective. In Zeanah Jr., C. H. (ed.) (2005): *Handbook of Infant Mental Health*, 2nd Ed. Guilford Press, New York – London. 519–532.
- JOHNSON, M. H. (2005): Sensitive periods in functional brain development: Problems and prospects. *Developmental Psychobiology*, 46, 287–292.
- KALMÁR M. (2011): Az agy fejlődését veszélyeztető tényezők és a veszélyek elhárításának lehetőségei. In DANIS I. – FARKAS M. – HERCZOG M. – SZILVÁSI L. (szerk.) (2011): *Biztos Kezdet Kötetek 1.: Génekől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 206–229.
- KEREKI J. – LANNERT, J. (2009): *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése*. TÁRKI-TUDOK, Budapest.
- KEREKI J. (2010): A koragyermekkorai intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1, 32–45.
- KEREKI J. (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkorai intervenció intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához*. Educatio, Budapest.
- KEREKI J. (2013): A koragyermekkorai intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1, 23–38.
- LISTER, R. (2003): *Citizenship: Feminist Perspectives*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- LUBY, J. L. (ed.) (2006): *Handbook of Preschool Mental Health. Development, Disorders and Treatment*. The Guilford Press, New York – London.
- MCPHERSON, M. – ARANGO, P. – FOX, H. – LAUVER, C. – MCMANUS, M. – NEWACHECK, P. W. et al. (1998): A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*, 102, 137–140.
- MUSTARD, J. F. (2007): Experience-based brain development: Scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. In YOUNG, M. E. – RICHARDSON, L. M. (eds): *Early Child Development. From Measurement to Action. A Priority for Growth and Equity*. The World Bank, Washington D. C.
- NÉMETH T. (2010): Itt és most – A koragyermekkorai regulációs zavarok helyzete Magyarországon. *Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs zavarok*. XII. Családbarát konferencia kiadványa. OGYEI, Budapest. 7–12.
- NÉMETH T. (2012): A koragyermekkorai regulációs zavarok. *Gyermekgyógyászat*, 6, 320–325.
- NÉMETH T. – DANIS I. – NAGY I. – SCHNEIDER K. V. (2015a): A csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyermekegészségügyben. *Védőnő*. (Elfogadott, megjelenés alatt álló kézirat.)
- NÉMETH T. – DANIS I. – DARITSNÉ R. É. – JÁNOSINÉ K. S. – PRÓNAY B. (2015b): A korai lelki egészségvédelem feladatai és lehetőségei a pedagógiai szakszolgálatokban – Ajánlások a koragyermekkorai intervenció hazai értelmezési keretének és szolgáltatásainak bővítéséhez. (Benyújtás előtt álló kézirat.)
- OSOFSKY, J. D. – FITZGERALD, H. E. (eds) (2000): *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*. Vol. 1–4. WAIMH, Wiley, New York.
- PAPOUSEK, M. – SCHIECHE, M. – WURMSER, H. (eds) (2008): *Disorders of Behavioral and Emotional Regulation in the First Years of Life: Early Risk and Intervention in the Developing Parent-Infant Relationship*. (K. Kronenberg. Trans) Zero To Three, Washington D. C.
- POLEY, D. – GOLDFELD, S. – MCLOUGHLIN, J. – NAGORCKA, J. – OBERKLAID, F. – WAKE, M. (2000): *A review of the early childhood literature. Prepared for the Department of Family and Community Service as a background paper for the National Families Strategy*. The Centre for Community Child Health, Australia.
- PRÓNAY B. – GÓCZÁN-SZABÓ I. – DARITSNÉ RAJZÓ É. – JÁNOSINÉ KAKUK S. – NÉMETH T. (2015): Korai reguláció, atipikus fejlődés és integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1, 1–12.
- ROBERTS, R. N. – BEHL, D. D. – AKERS, A. L. (2004) Building a System of Care for Children With Special Healthcare Needs. *Infants and Young Children*, 17(3), 213–222.
- ROLNICK, A. – GRUNEWALD, R., (2003): *Early Childhood Development. Economic Development with a High Public Return*. Tech. rep., Federal Reserve Bank of Minneapolis, Minneapolis, MN.
- SCHOURING, N. – PAPP E. – DANIS I. – NÉMETH T. – CZINNER A. (2011): A csecsemő- és kisgyermekkorai regulációs zavarok háttere és diagnosztikai kérdései. *Gyermekorvos Továbbképzés*, 10(5), 13–19.

- SCHEURING N. – DANIS I. – NÉMETH T. – PAPP E. – CZINNER A. (2012): Az Egészséges utódokért projekt 2010–2011. A koragyermekkori regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram kutatás-módszertani háttere. *Gyermekgyógyászat*, 63(6), 320–325.; a teljes cikk online változata (1–15) elérhető a folyóirat honlapján.
- SCHEURING, N. – DANIS, I. – NÉMETH, T. – CZINNER, A. – SZABÓ, L. (2014): Research of early childhood regulation difficulties in the Hungarian “For Healthy Offspring” project. Poster presented at 14th WAIMH World Congress. 14th–18th June 2014, Edinburgh UK. *Infant Mental Health Journal Supplement to Volume 35, Issue 3 (May–June)* Program Abstracts. P4–111. 396.
- SCHEURING N. – DANIS I. – PAPP E. – NÉMETH T. – SZABÓ L. (2015a): Alvási szokások csecsemő- és kisgyermekkorban. *Gyermekgyógyászat*, 60(2), 108–113.
- SCHEURING N. – DANIS I. – PAPP E. – NÉMETH T. – SZABÓ L. (2015b): Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban I.: Éjszakai ébredések. *Gyermekgyógyászat*, elfogadott kézirat, megjelenés alatt.
- SCHEURING N. – DANIS I. – PAPP E. – NÉMETH T. – SZABÓ L. (2015c): Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban II.: Altatási és elalvási nehézségek. *Gyermekgyógyászat*, elfogadott kézirat, megjelenés alatt.
- SHONKOFF, J. – PHILLIPS, D. (2000): *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. National Academy Press, Washington D. C.
- SHONKOFF, J. – LIPPITT, J. A. – CAVANAUGH, D. A. (2005): Early Childhood Policy: Implications for Infant Mental Health. In ZEANAHR Jr., C. H. (ed.) (2005): *Handbook of Infant Mental Health*, 2nd ed. Guilford Press, New York – London. 503–518.
- SIMONYI Á. (szerk.) (2010): *Családpolitikák változóiban*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest.
- SURÁNYI É. – DANIS I. – HERCZOG M. (szerk.) (2010): *Családpolitika más-más szemmel. Eltérő nézőpontok, megközelítések, változó gyakorlatok a hazai és nemzetközi családpolitikában*. Gazdasági és Szociális Tanács, Budapest.
- SZILVÁSI L. (2008): Egyenlőtlenségek és gyermeki fejlődés – beavatkozási lehetőségek. In SALLAI É. (szerk.): *Társadalmi egyenlőtlenségek, a nem hagyományos családmodell, a szülői viselkedés és a gyermekek fejlődésének összefüggései*. Educatio, Budapest. 13–38.
- SZILVÁSI L. (2011): Nézőpontok, elméletek, gyakorlatok – a Magyar Biztos Kezdet program előzményei és megvalósulása. In DANIS I. – FARKAS M. – HERCZOG M. – SZILVÁSI L. (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 28–75.
- The Science of Early Childhood Development* (2007): National Scientific Council on the Developing Child. <http://www.developingchild.net>
- TÓTH I. (2011): Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In DANIS I. – FARKAS M. – HERCZOG M. – SZILVÁSI L. (szerk.) (2011): *Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 320–373.
- WEATHERSTON, D. J. (2002): Introduction to the Infant Mental Health Program. In SHIRILLA, J. J. – WEATHERSTON, D. J. (eds): *Case studies in infant mental health: Risk, resiliency and relationship*. Zero to Three, Washington D.C. 1–14.
- ZEANAHR, P. D. – LARRIEU, J. A. – ZEANAHR, JR. CH. (2005): Training in Infant Mental Health. In ZEANAHR Jr., C. H. (ed.) (2005): *Handbook of Infant Mental Health*, 2nd Ed. Guilford Press, New York – London. 548–558.
- ZEANAHR Jr., C. H. (ed.) (2012): *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd Ed. Guilford Press, New York – London.
- ZERO TO THREE (2005): *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Zero to Three Press, Washington D.C.

**Köszönjük, hogy személyi jövedelemadója
1%-ának felajánlásával támogatta
a Gyógypedagógiai Szemle megjelenését.**

A gyógypedagógia és a társadalmi kirekesztés új formái

SÁNDOR ANIKÓ – HORVÁTH PÉTER LÁSZLÓ – RADVÁNYI KATALIN
sandor.aniko@barczi.elte.hu – horvath.peter@barczi.elte.hu –
– radvanyi@barczi.elte.hu

Absztrakt

A gyógypedagógia tudományának képviselői számos kérdésben, például a fogyatékoság definiálásában, a kirekesztés okaiban, ennek leküzdésében hallatják véleményüket. A Gyógypedagógusok Etikai Kódexe fontos alapelveket fogalmaz meg, harmonizálja a haladó külföldi kezdeményezésekkel. A tanulmány főként jelentős véleményalkotóktól származó külföldi szakirodalmak alapján a fogyatékosnak ítélt magzat életéről történő döntés olyan szempontjaira kívánja felhívni a figyelmet, amelyekkel a gyógypedagógia interdiszciplináris kitékintések során sem foglalkozik érdemben. Ez a kérdéskör ráadásul nem önmagában értelmezhető, hanem jelentősen kapcsolódik a fogyatékos emberekkel kapcsolatos előítéletek alakulásához. A szerzők figyelemfelhívó céllal kérdéseket vetnek fel a közös gondolkodás, a továbbgondolás reményében.

Kulcsszavak: Disability Studies, gyógypedagógia, orvostudomány, jog, bioetika, fogyatékos emberek közösségei, élethez való jog, önrendelkezés, preimplantációs genetikai diagnosztika, prenatális magzati diagnosztika

„Szóval megszabadultak tőlük. Ez nagyon is jellemző a maguk társadalmára. A kellemtelen dolgoktól megszabadulnak, az viszont eszükbe sem jut, hogy megtanulhatnának együtt élni velük. Akkor nemesb-e a lélek, ha túri balsorsa minden nyűgét s nyilait; vagy ha kiszáll tenger fájdalomla ellen, s fegyvert ragadva véget vet neki...? Maguk egyiket sem választják. Sem a szenvedést, sem az ellenszegülést. Egyszerűen kiiktatják a rendszerből balsorsuk minden nyűgét s nyilait. Ez a legkényelmesebb megoldás.”

(HUXLEY 2008: 279)

* *Hamlet*, III.1. (Arany János fordítása)

Problémafelvetés

A tapasztalatok szerint manapság „...könnyebbnek tűnik, mint valaha, ugyanakkor nehezebbnek, mint korábban, hogy beteg vagy fogyatékos emberként a humanisztikus értékeket és alapvető jogokat kiköveteljük” (WALDSCHMIDT 2012). Könnyebbnek, mert sikerült az önrendelkezés lehetőségeit bővíteni: pl. People First mozgalom, Independent Living mozgalom, Támogatott Foglalkoztatás, Támogatott Döntéshozatal. Ugyanakkor az utóbbi évtizedekben, alapvetően az orvostudomány fejlődésének eredményeként újabb területeken szükséges újragondolni a humanisztikus értékek és az alapvető jogok jelentéstartományát. Ilyen két új terület pl. a preimplantációs (beültetés előtti) genetikai diagnosztika és a prenatális (születés előtti) szűrések. Vajon értelmezhető-e ezek a lehetőségek a társadalmi kirekesztés új formáiként? Ha a fogyatékos emberekre olyan lényként tekintünk, akik az életben számukra leküzdhetetlen akadályokkal találkoznak, és csak terhet jelentenek a társadalomnak, úgy az embrióbeültetés előtti és a terhesség alatti szűrésük és

szelekciójuk logikus reakció lehet. Ha azonban olyan társadalmi csoportként értelmezzük a fogyatékos emberek csoportját, amelynek tagjai elnyomást és stigmatizációt élnek meg, akkor a fenti beavatkozások lehetnek a diszkrimináció újabb formái (SAXTON 2000).

Ezekre a kérdésekre számos tudománynak vannak válaszai: pl. az orvostudománynak, a bioetikának, a jogtudománynak, a teológiának. Anne Waldschmidt szerint a határtudományok sokszor a fogyatékos ember kirekesztését eredményező gyakorlataira a gyógypedagógia csak válaszolni szokott. A gyógypedagógiának a kanti „Mi az ember?” helyett – éppen a fentiekben bemutatott bioetikai dilemma miatt is, ha nemcsak védekezni akar, hanem valódi válaszokat is szolgáltatni kíván – az alábbi kérdést kell történeti kontextusba ágyazva a fókuszba helyezni: „Mit jelent *napjainkban* fogyatékosással élő embernek lenni?” (WALDSCHMIDT 2003)

A történeti kontextust az biztosítja, hogy a történelmi események hatására kibontakozó fogyatékoságügyi mozgalmak képviselőinek véleménye kiemelt hangsúlyt kap. Emellett, bár nem részletezzük a II. világháború eugenikai törekvéseinek hatására bekövetkezett eseményeket, egyetértünk Shakespeare-rel, aki szerint minden, genetikával foglalkozó vitát e történeti korból származó tapasztalataink talaján kell folytatni (SHAKESPEARE 2006). A fogyatékos emberek közössége¹ nem hasonlítható monolithoz, hiszen individuumok alkotják, akiknek maguknak is lehet többféle szerepük, így lehetnek érdekvédők és/vagy kutatók, tudósok, ennél fogva különböző témákban eltérő véleményeket fogalmazhatnak meg (OUELLETTE 2011). Etikai kérdésekben sincs mindig konszenzus közöttük, és az is megfigyelhető, hogy a szerzők véleménye munkásságuk során változik, árnyaltabbá válik, pl. saját élettapasztalataik hatására (ld. SHAKESPEARE). Teljességre nem törekedve jelenítünk meg néhány megközelítést, amelyek alátámasztják, hogy az üzenetek az eltérő álláspontok ellenére lehetnek koherensek, hasonló történeti gyökereik, tapasztalataik és alapelveik miatt (OUELLETTE 2011). A bioetika emberképének és autonómiafogalmának elemzése, valamint a prenatális szűrés és a szelektív abortusz ellen és mellett felsorakoztatott érvek bemutatása során felszínre kerül az a kizáró mechanizmus, amit a társadalom bizonyos embercsoportok esetén működtet.

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének 2011. június 23-án kelt etikai kódexe az alapelvek között a 6. pontban rögzíti: „A gyógypedagógus tiszteletben tartja minden ember méltóságát és önrendelkezési jogát.” Az 50. pont alapján: „A gyógypedagógus társadalmi szerepvállalása során, döntéshozatali helyzetben a szakma és a kliensek érdekeit képviseli, a velük szembeni megértést, befogadást, toleranciát segíti.”

Felmerülhet a kérdés, hogy az etikai kódex szerinti „minden ember” fogalma kiterjed-e a fogyatékos személy (!) megszületése előtti időszakára, és értelmezhető-e ebben a gyógypedagógia társadalmi szerepvállalása. Akarja-e, tudja-e a gyógypedagógia a kliens, ebben az időszakban a fogyatékos magzat érdekeit képviselni, hiszen más szakmák képviselik az anya, a szülők, az orvosok és a társadalom érdekeit.

A fogyatékos ember értéke a jogszabályok tükrében

A fogyatékosással élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény 10. cikkében az alábbiak szerint rendelkezik az élethez való jogról: „A részes államok újólág megerősítik, hogy minden embernek elidegeníthetetlen joga van az élethez, és meghoznak minden szükséges intézkedést annak érdekében, hogy biztosítsák a fogyatékosással élő személyek számára e jog másokkal azonos alapon történő hatékony élvezetét” (*A Fogyatékosással élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény*). Lényeges eleme a szabályozásnak, hogy az élethez való

1 Az angol eredeti: disability community.

jogot nem köti a „veleszületéshez”, azaz az élethez való jog nem a megszületéskor kezdődik. Az Egyezmény „ember” definíciója tehát magában foglalja a magzatot is. Ezzel tulajdonképpen azonos alapelvre épül Magyarország Alaptörvénye, amelynek II. cikke értelmében „Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg” (*Magyarország Alaptörvénye, 2012*).

A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény az 5–12.§-ban szabályozza a terhesség megszakításának lehetőségeit (*a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény*). Ezek a rendelkezések nem a magzati élet védelméről szólnak, sokkal inkább a magzati élet kioltásának lehetőségeit szabályozzák. Nyilvánvaló, hogy az anyának és az apának is vannak emberi jogai. A szülőknek joguk van pl. a szociális biztonsághoz. A magzat és az anya jogainak ütközését a jogalkotó úgy oldja fel, hogy az anyának biztosít jogi előnyt a magzattal szemben. A törvény 5. § (1) és (2) bekezdése értelmében a terhesség megszakítható „olyan súlyos válsághelyzet esetén, amely testi vagy lelki megrendülést, illetve társadalmi ellehetetlenülést okoz”. A törvény a magzati élet kioltásának lehetőségét a magzat életkorához köti. Az életkor meghatározása, kijelölése mögött az emberről (magzatról) alkotott emberkép, az emberi fájdalomérzékelésről szerzett tudás húzódik.² A 6. § (1) bekezdése alapján a magzati élet a terhesség 12. hetéig, a (2) bekezdés szerint a 18. hétig, a (3) bekezdés alapján a 20., illetve a 24. hétig, a (4) bekezdés szerint pedig a terhesség időtartamától függetlenül szüntethető meg. Vajon mi az oka annak, hogy a jogalkotó a magzat és a magzat élethez való joga között különbséget tesz? Az egyik legmeghatározóbb különbség a magzat fogyatékosága. A magzat szempontjából az állapotához (12. hét) képest nyolc, illetve tizenkét héttel tovább lehet veszélyben a magzat élete, „ha a magzat genetikai, teratológiai ártalmának valószínűsége az 50%-ot eléri”. Figyeljük meg, hogy itt nem a genetikai, teratológiai ártalom biztos megállapításáról, hanem csak annak kockázatáról van szó. A terhesség annak időtartamától függetlenül pl. akkor szakítható meg, ha „a magzatnál a szülés utáni élettel összeegyeztethetetlen rendellenesség áll fenn”. A szabályozás „fogyatékoság” alapján tesz különbséget magzat és magzat életben maradásának esélyei között, és ez ellentétes a fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezményben foglaltakkal.

A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény hazai végrehajtásáról készített civil ún. árnyékjelentésben a szerzők az alábbiak szerint fogalmaznak: „Súlyosan diszkriminatívnak minősíthető a szabályozás a fogyatékosággal rendelkező magzatok esetében. Látható ugyanis, hogy rendre szélesebb körben engedélyezi a jogszabály az abortuszt az egészséges magzatokhoz képest, amennyiben a magzaton kevésbé súlyos vagy súlyosabb fogyatékoság mutatható ki. Ez a rendszer önkényesen különbséget tesz az egészséges és a fogyatékos magzat között, ezzel pedig a születendő személyek élethez való joga között ... az élethez való jog diszkriminációmentes biztosítása megköveteli, hogy a magzatok között se tehesünk önkényesen különbséget fogyatékoságuk okán” (AMIR et al. 2010: 60).

A magzati élet védelméről szóló szabályozás filozófiája a „fogyatékos” emberi lét és a „nem fogyatékos” emberi lét közötti értékkülönbségre épül. Felmerül a kérdés, hogy ez a szabályozás a fogyatékoságról való társadalmi közgondolkodást tükrözi, vagy éppen alakítja azt. Az árnyékjelentés szerzői szerint „mindenképpen hangsúlyt kell annak a megfontolásnak adni, miszerint a fogyatékosággal rendelkező magzat ugyanolyan értékes,

2 Barcsi az emberi élet kezdetéről szóló értekezésében két álláspontot különböztet meg (BARCSI 2013). Az egyik a konzervatív álláspont, amely szerint az emberi személy élete a fogantatástól kezdődik, és ez az azonnali átlelkésüléssel, a szimultán animációval magyarázza. A „szimultán animáció elmélete szerint a megtermékenyített petesejt már úgy tekinthető, mint a sajátos emberi élet hordozója, beleértve az emberi lelket is” (BARANYINÉ 2014). A másik álláspont a „közvetítő álláspont”, ami az érzékelőképesség-konceptióra épül, alapja a morális státusz, ami szerint a magzatnak akkor van és lehet érdeke, ha pl. gyönyört és/vagy fájdalmat érez, ez pedig a terhesség kb. 14. hetében következik be, amikor a zigóta emberré fejlődik.

mint az egészséges. Ennek az elvnek a jogszabályi kifejezése a – már megszületett – fogyatékossgal élő személyeket érintő társadalmi értékítélet anomáliáinak kiküszöbölésében is segítene” (AMIR et al. 2010: 60).

A preimplantációs genetikai diagnosztikáról

A Humán Genom Projekt 1990-tól 2003-ig tartott, és közvetlen célja az ember genetikai térképének megrajzolása volt. Az igen nagy költségvetésű kutatás közvetett módon az emberi faj genetikai alapon történő tökéletesítését célozta. Ennél a pontnál érdemes emlékeznünk Francis Galton nevére, aki megteremtette az eugenikát, az ember öröklődő testi és szellemi tulajdonságainak javítása érdekében végzett beavatkozások lehetőségét. A pozitív eugenika hatására születtek az emberi nem tökéletesítését célzó elképzelések arról, hogyan lehetne megoldani a társadalom legkiválóbb adottságú tagjainak kiválogatását, majd azt, hogy nekik legyen az átlagosnál több gyermekük. A negatív eugenika pedig elvezetett a sterilizációs törvényekig, a II. világháborúban a „T-4-es” akcióig.³ A Humán Genom Projekt eredményei lehetővé teszik, hogy az ember a mesterséges megtermékenyítés során a megtermékenyült petesejt (ő már ember?) beültetése előtt genetikai vizsgálatot végezhesen, és a vizsgálat eredményeként választhasson: milyen tulajdonságokkal rendelkező gyermek megszületését vállalja. Németországban 2011-ben törvényesen legalizálták a preimplantációs genetikai diagnosztikát. Ezzel összefüggésben Quante így ír: „...vajon a kérdéses genetikai rendellenességgel, fogyatékossgal, illetve betegséggel együtt járó élet érdemes-e arra, hogy azt leéljük” ... „Amennyiben igazolni tudjuk, hogy adott feltételek fennállása esetén a kettő elvben egymással összeegyeztethető, további kérdésként merül majd fel, hogy a potenciális szülők vagy maga a társadalom elő tud-e állni etikailag védhető igényekkel, melyeket szintén figyelembe kell vennünk. Egy olyan társadalomban, amelyben a szolidaritás működő princípium, ami formálja a társadalmi intézményeinket és azt is, ahogyan a mindennapok során egymással bánunk, ez a minden szempontot mérlegelő ítélet az emberi élet mellett fog felszólalni, különösen akkor, ha mind a fogyatékossgal élő gyermekek szülei, mind pedig a fogyatékos gyermekek számára segítséget nyújtanak a társadalmi intézmények, hogy sikerrel integrálódhassanak a társadalmi életünkbe. Az olyan társadalmakban, amelyek nem képesek, vagy esetleg nem is akarnak ilyen társadalmi atmoszférát teremteni, a PGD-t nem szabad legalizálni. A PGD legalizálása melletti érvelés elköteleződést jelent azon állítás igazolása mellet, hogy a fogyatékos emberek tisztetletet és szolidaritást érdemelnek, ahogyan azok a személyek is, akik őket gondozzák” (QUANTE 2012: 63).

A preimplantációs genetikai diagnosztika igen komoly erkölcsi, etikai kérdéseket vet fel. Ismert pl. egy amerikai siket házaspár esete, akik kifejezetten siket embrió beültetését kérték. Ha a mesterséges megtermékenyítést és a beültetés előtti magzati diagnosztikát nem kérdőjelezzük meg, akkor vajon elfogadható-e kifejezetten siket embrió beültetése? A konkrét esetben a szülők siket kislánya 2005-ben megszületett. Ezzel a témával többen foglalkoztak (LEVY 2002; SPRIGGS 2002; HÁYRY 2004; MCKIE–HINSLIFF 2008). Azóta élénk vita folyik arról a kérdésről, hogy lehetséges-e a többségi társadalom által fogyatékosnak minősített utódokat választani, és ebben a fogyatékossgal élő emberek közössége sem képvisel egységes álláspontot. Vannak, akik elfogadják a szelekciót annak érdekében, hogy siket gyermek születhessen, akár a nem siket embrió abortálását is beleértve, ezzel a szelektív abortusz másik irányát megvalósítva. Mások ezt elutasítják, konzekvensen alkalmazva azt a feltételezést, hogy nem megengedhető egyetlen tulajdonság, a fogyatékos-

3 A téma iránt érdeklődő olvasónak jó szívvel ajánljuk az *Elfelejtett bűnök – A holokauszt és a fogyatékossgal élő emberek* c. könyvet (EVANS 2010).

ság mentén válogatni, függetlenül attól, hogy ez a fogyatékos vagy nem fogyatékos gyermek javára történik (ASCH 2000). Mozgalmaik fontos eredményeként értelmezik, hogy a fogyatékossgot az identitásuk egyik alkotóelemének tekintik, amelyre büszkék is,⁴ de nem kizárólagosan. Az ok, ami miatt központi tulajdonsággá válhat, az, hogy ez a személyes és intézményes kirekesztés legfőbb alapja (ASCH 2000). A harmadik álláspontot képviselők szerint el kell fogadni, hogy ezen a területen a pro és contra érvelés azonos értékű, ezért csakis egy olyan non-direktív kompromisszum adhatja a megoldást, amely minden érvet figyelembe vesz, és a tanácsadás során mindkét táborhoz köthető esetet azonos súllyal, semlegesen mutat be (HÄYRY 2008).

A fenti megközelítéssel áll szemben Alberto Giubilini és Francesca Minerva,⁵ akik szerint „az újszülött erkölcsi kategóriája azonos a magzattal, azaz nem személy, csak potenciális ember”. Álláspontjuk szerint „az örökbefogadás sem szolgálja mindig az ember érdekét, ezért elfogadható a csecsemőgyilkosság, ha az örökbeadás nem szolgálja az anya érdekét, illetve elfogadható a csecsemőgyilkosság, ha a család jóléte kerülne veszélybe” (GIUBILINI–MINERVA 2012: 2 és 3). A tudományos folyóiratban közölt tanulmány – érthetően – igen nagy vitát váltott ki. A fogyatékos emberek közössége különösen aggasztónak tartja, hogy a szerzők olyan ritka állapotra alapoznak paradigmát, mint a cikkben említett Tay-Sachs szindróma (SAXTON 2000).

A jog és az orvostudomány határán

Az élethez való jog után, de ehhez szorosan kapcsolódva foglalkozunk DÓSA (2010) nyomán az orvosi kártérítési felelősséggel. A szülők (kiemelten az anya) témánk szempontjából két esetben indíthatnak kártérítési pert a gyermekük megszületését követően. Az egyik esetben akkor, ha jöllehet, sterilizáltatták magukat, mégis életerős és egészséges gyermeknek adtak életet. A per alapja: nem akartak gyermeket, a sterilizálást követően erre elvileg nem is kerülhetett volna sor. A másik esetben a fogyatékos gyermek születése esetén. Ezt a „jelenséget” a szakirodalom „wrongful life”-nak nevezi. A per lényege: az anyának a magzati élet védelméről szóló törvény alapján joga van a magzat életéről döntést hozni, másképpen fogalmazva döntést hozhat arról, hogy megtartja-e a gyermekét vagy sem. Ezt a döntést akkor tudja meghozni, ha a terhesség alatti magzati diagnosztika során felismerték pl. a genetikai rendellenességet, és erről megfelelő módon tájékoztatták az anyát. Ha a genetikai rendellenesség, végtagfejlődési rendellenesség felismerhető volt, de a vizsgálatot végző orvos azt nem ismerte fel, vagy felismerte, de arról nem adott megfelelő tájékoztatást, vagy téves tájékoztatást adott, az anya pert indíthat, mert nem tudta gyakorolni a döntési jogát. A „fogyatékos gyermek mint kár” az orvosi mulasztás következménye; az anyát, a családot ért erkölcsi és anyagi kár pedig bírósági ítélet alapján megtérítendő. A hazai gyakorlatban ez több millió forintos kártérítés folyósítását eredményezheti.

Rendkívül érdekes az a kérdés, hogy vajon indíthat-e pert pl. az emberi méltósághoz, a megfelelő életszínvonalhoz való jogra hivatkozva az a genetikai rendellenességgel született gyermek, aki adott esetben nem született volna meg. Ebben az esetben „ha az orvos nem követett volna el mulasztást, akkor a terhesség megszakítására, a magzat életének kioltására került volna sor ... a gyermek követelése azonban aggályos: a bíróságnak az egyénnek a saját élete kioltására való igényét kellene elismernie” (DÓSA 2010).

⁴ Az angol eredeti: disability pride.

⁵ A szerzők tudományos kutatóhelye: Giubilini, Alberto – Department of Philosophy, University of Milan, Milan, Italy és Centre for Human Bioethics, Monash University, Melbourne, Victoria, Australia. Minerva, Francesca – Centre for Applied Philosophy and Public Ethics, University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australia.

Dósa fenti elemzése mögött elsősorban külföldi esetek állnak, de akad hazai példa is. A Pécsi Ítéletábrta Polgári Kollégiumának ülésére dr. Lábady Tamás aláírásával 39 oldalas előterjesztés készült „a fogyatékossgal született gyermek saját jogú kártérítési igénye” tárgyában (LÁBADY 2006). Az elemzés az alábbi véleménynel zárul:

„I. A természetnél fogva fogyatékossgal született gyermek saját jogon nem igényelhet kártérítést, ha a terhesség-gondozás során elmaradt, vagy hibás orvosi tájékoztatás miatt anyja nem élhetett a terhesség-megszakítással kapcsolatban a jogszabály által biztosított jogaival.

II. Ha a felelősség és a kártérítés feltételei egyébként fennállnak, az anya személyiségi jogainak sérelme folytán nem vagyoni, a szülők pedig vagyoni kártérítésre jogosultak.

III. A vagyoni kártérítés mértékét a fogyatékos és az egészséges gyermek eltartása, gondozása és nevelése közötti különbségek többletterheiben kell megállapítani.”

Az elemzésből kiemelésre érdemes, hogy a fogyatékos gyermek kártérítéshez való jogának megítélésében sokáig nem volt egységes álláspont a hazai bírói gyakorlatban. Az egyik megyei bíróság véleménye szerint: „A végtaghiánnyal született felperes nem hivatkozhat az őt ért hátrányként arra, hogy amennyiben észlelik a terhességet, szülei a terhesség megszakítása mellett döntöttek volna. Ellenkező esetben ez azt eredményezné, hogy a felperes azért részesülne kártérítésben, mert megszületett és él, azaz az elmaradt haláláért kapna kártérítést. ... A felperesnek a nem vagyoni kártérítés szempontjából sincs kára, hiszen az élet kárnak nem tekinthető.”⁶ „Egy *Down-kórral* született gyermek ügyében mind a gyermek, mind a szülei nem vagyoni kártérítés iránti igényét az első fokú bíróság elutasította, azzal az indokolással, hogy a fejlődési rendellenességet nem a kórház, illetve az orvosok okozták, hanem az más biológiai okokból következett be.”⁷

A fogyatékos emberek közösségeinek megközelítései

A fogyatékos emberek közösségei is foglalkoznak a fentiekben bemutatott kérdésekkel. A közösség érvei két nagy kategóriába sorolhatók. Egyfelől a diszkrimináció egyik megjelenési formájaként értelmezik azokat, amik további kirekesztő gyakorlatokat idézhetnek elő, másrészt hangsúlyozzák az eugenikai narratívát (SHAKESPEARE 2006).

A prenatális szűrés biztosítja, hogy az anya önrendelkező módon dönthesse arról, gyermekét meg kívánja-e tartani. A közösség több tagja támogatja az anya döntéshez való jogát, azonban elutasítják, hogy ez a fogyatékossg tényének alapján, véleményük szerint diszkriminatív módon történjen (pl. Asch, Saxton). Az ún. „bármely meghatározott különbségtétel”⁸ alapja az, hogy míg az anya dönthet különböző okokból úgy, hogy gyermekét elveteti, és ezt személyes ügyeként tiszteletben kell tartani, addig a meghatározott tulajdonság, azaz fogyatékossg miatti szelektív abortusz társadalmi ügy, amit kritizálni kell, mert diszkriminatív (SOLBERG 2008). Más szerzők szerint nem logikus támogatni az anya abortuszhoz való jogát, majd kizárólag a fogyatékossg kiszűrése esetén ellenezni (SHAKESPEARE 2006).

A folyamat háttérében feltételezett társadalmi nyomás és kirekesztés miatt, valamint a gyakran téves információra alapozott közlések és az orvosi kommunikáció módja miatt megkérdőjelezhető, hogy a szülők részéről valóban önrendelkező módon meghozott döntésről van-e szó (WENDELL 2010; ASCH-PARENS 1999; SHAKESPEARE 2006). A jó minőségű és kiegyensúlyozott információadás ritka, a szülők nem részesülnek adekvát tájékoztatásban a kiszűrendő állapottal kapcsolatban. A tájékoztatás nem szólhat kizárólag a tesztelés módjáról és megbízhatóságáról, mert ez azt a látszatot kelti, mintha csupán a szűrés elvégzésének részletei lennének kérdésesek, de maga az eljárás vagy annak miertje nem.

6 Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Bíróság Pf. 20.800/1992. szám.

7 Az esetet ismerteti (KÖLES 1999: 203–208).

8 Az angol eredeti: any-particular distinction.

A szülők ráadásul olyan kulturális és társadalmi kontextusban hozzák meg döntésüket, amely gyakran a fogyatékossgal kapcsolatos elutasító, hiányos és téves ismeretekre épül. A tájékoztatás gyakran nélkülözi a fogyatékosnak minősített gyermekek reális életútjának bemutatását, mert más szakmák képviselői (pl. gyógypedagógusok) és más szakmák információi (pl. gyógypedagógia) nem lehetnek jelen a szülői döntés meghozatalának időszakában. Mindeközben a negatív sztereotípiákat erősíti a genetikai vizsgálatokkal kapcsolatos megannyi pozitívnek szánt üzenet, pl. reklámok formájában (SHAKESPEARE 2006).

Az Egészségügyi Minisztérium „szakmai protokollja a Down-kór prenatalis szűréséről és diagnosztikájáról”, melyet a Klinikai Genetikai Szakmai Kollégium fogalmazott meg – egyeztetve a Szülészeti-Nőgyógyászati Szakmai Kollégiummal – az alábbi, alapvetően a normától, az átlagtól való negatív irányú eltérést hangsúlyozó jellemzőkkel írja le az ilyen kromoszómakombinációval született emberek jellemzőit, miközben nem ad információt a gyógypedagógiai támogatás lehetőségeiről, a Down-szindrómás gyermekek fejlesztettségéről. Néhány mondat a felsorolásból:

„A Down-kór súlyos következménye a tanulási nehézség, amely az esetek 20%-ában enyhe, 70%-ban súlyos és 10%-ban pedig igen súlyos fokú. A Down-kórosok emiatt önálló életre nem képesek, egész életükben más emberek segítségére vannak utalva. Az IQ ritkán éri el az 55-60%-ot. A tanulási nehézség súlyossági fokának megállapítására nincs prenatalis teszt. ... A Down-kórosoknál az Alzheimer-kór kifejlődésének esélye is fokozott. A kialakulás kockázata az életkorral nő: 50 éves Down-kórosok mintegy 11%-a, 70 évesek 77%-a lesz Alzheimer-kóros. A Down-kórosok 1%-ánál leukémia fejlődhet ki.”

Ezek után jegyzi meg: „A 21-triszómia prenatalis kromoszómavizsgálattal diagnosztizálható, így a Down-kóros újszülött világrahozatala megelőzhető. A protokollban leírt eljárásrend arra szolgál, hogy a munka- és költségigényes invazív magzati kromoszómavizsgálat minél hatékonyabban, a fokozott kockázatú terhességekben kerüljön alkalmazásra” („Szakmai protokoll” 2010).

Egy másik szaklapban közzétett szakmai állásfoglalásban az alábbi szövegrészlet olvasható (SZABÓ 2000): „A Down-kórt és más kromoszóma-rendellenességeket a terhesség viszonylag korai szakaszában ki lehet mutatni. A korai diagnózis ebben az esetben sajnos nem jelent jobb gyógyulási esélyeket, ezek a rendellenességek ugyanis nem gyógyíthatók. Kimutatásukat azért javasolják, hogy aki nem tudja vállalni az élethosszig tartó gondoskodás terheit, megszakíthassa a terhességét. ... Az anyai életkor és a tarkóredő-vastagság együttes figyelembevételével a Down-kóros magzatok kb. 80%-át lehet kiszűrni – ezt az arányt nevezik találati pontosságnak vagy detekciós rátának. Téves (fals) pozitív eredmény, vagyis »rossz« eredmények ellenére nem Down-kóros magzat a vizsgálatok kb. 5%-ában fordul elő. ... A döntés meghozatalakor mérlegelni kell, hogy a Down-kór gyógyíthatatlan rendellenesség, amely szellemi fogyatékossgal, szervi problémákkal és az önálló életre való képtelenséggel jár, és rendkívüli terhet ró az egész családra.” Itt pozitívnak számító feloldással is találkozunk: „Ugyanakkor a Down-kórosok életésélyei és életminősége az elmúlt évtizedekben nagyon sokat javultak, járulékos betegségeik jobban kezelhetők, tanulási nehézségeik enyhíthetők, és Magyarországon kiterjedt hálózat segíti a Down-kórosokat és családjukat.”

A fogyatékos emberek közössége olyan személyekből áll, akik részben maguk is – akár az előző bekezdésekben bemutatott – „szűrhető állapottal” élnek,⁹ és legfőbb aggodalmuk, hogy ezek az eljárások azt az üzenetet közvetítik, miszerint létezik egy normális egészségi állapot, amit el kell érni ahhoz, hogy a társadalom befogadjon. Aki erre nem képes, abból a társadalom „nem kér” (WENDELL 2010). Ráadásul ezen egészségi szint eléérése az ember belülről fakadó igénye, ami előfeltétele a kielégítő, boldog életnek (ASCH

9 Az angol eredeti: people with screenable condition.

1999). Ahogyan már korábban a nők és a meleg emberek érdekvédelme esetében is felvetődött a kérdés, a fogyatékos személyek is attól tartanak, hogy ezek a jelenségek közvetett és közvetlen üzeneteik révén azoknak az életét nehezítik meg, akik már az adott kondícióval élnek (ASCH 1999).

A szűrés támogatói az eljárást gyakran azzal indokolják, hogy megkímélik a születendő gyermeket és a családját attól az élettől, ami várja, hiszen nem képes olyan életminőséget elérni, amelyet mások. Talán azt is magában foglalja, hogy fogyatékos emberként nem érdemes élni (WENDELL 2010; SAXTON 2000), „jobb halottnak lenni, mint fogyatékosnak” (SHAKESPEARE 2006: 92). A kutatások azt bizonyítják, hogy a fogyatékos emberek is élhetnek elégedett életet, azonban tény, hogy boldogulásukat nagyban megnehezíti az inadekvát és hiányzó támogatási rendszer (ASCH 1999; SHAKESPEARE 2006; OUELLETTE 2011). „Sok szempontból a fogyatékossgal élő gyermek felnevelésével járó »extra terhek« azért a családra esnek, mert a társadalom továbbra sem fogadja el, hogy a fogyatékos gyermekek az emberi faj részei, akikre tekintettel kell lennünk a közös közlekedés, iskolák, lakhatás, munkahelyek vagy családok tervezésénél” (ASCH 2000: 249). „Ezért annak érdekében, hogy a fogyatékossgal szociális problémája csökkenthető vagy kiküszöbölhető legyen, nem inkább a társadalom kötelessége lenne, hogy üdvözölje és befogadja a fogyatékos gyermekeket és felnőtteket, mint az egyes szülők kötelessége, hogy megelőzzék a fogyatékos gyermek születését?” (SHAKESPEARE 2006: 99)

Számos példát találhatunk arra, hogy az alapvetően szociális berendezkedésből fakadó akadályok megváltoztathatók, pl. a nők vagy az afrikai-amerikai emberek polgári jogi mozgalmainak történetében (ASCH 1999). Többek között ezért is erősen megkérdőjelezhető az a gyakorlat, amely a kutatások eredményeivel kapcsolatban nem a társadalmi helyzet javítására fókuszál, hanem a fogyatékos emberek megszületése elleni eljárásokat népszerűsíti (ASCH 2000).

Ilyen megfontolások alapján jól értelmezhető az ENSZ Egyezményben az élethez való joghoz fűzött, az árnyékjelentésben megfogalmazott alábbi ajánlások:

- „A magzátvédelmi törvény módosítása, amelyben a fogyatékossgal születendő magzatról csak az életre nem képes esetben dönthessen az édesanya. Fogyatékossgal esetén kötelezően meghallgatandó szakmai testület segítse a lehetőségek optimális számbevételét, döntését. Adott esetben a bizottság vállalhassa át a születendő magzatról való állami gondoskodást.
- Mindenképp hangsúlyt kell annak a megfontolásnak adni, miszerint a fogyatékossgal rendelkező magzat ugyanolyan értékes, mint az egészséges. Ennek az elvnek a jogszabályi kifejezése a – már megszületett – fogyatékossgal élő személyeket érintő társadalmi értékítélet anomáliáinak kiküszöbölésében is segítene. A fogyatékossgal élő magzatok szüleinek nehézségeit más módon kell kompenzálni (pl. családsegítő, anyagi, felvilágosító, intézményi stb. szolgáltatások útján), de semmiképpen sem az élethez való jog diszkriminatív korlátozása útján.
- Az előítéletek megváltoztatására hosszú távú programok, társadalmi be- és elfogadást segítő lépések dolgozandók ki, előmozdítandó annak a közvélekedésnek az átalakítását, miszerint a fogyatékos élet nem ugyanolyan értékes, mint a fogyatékossgal nélküli.” (AMIR et al. 2010: 63)

A fogyatékossgal kockázatával diagnosztizált magzat elvetését célzó szempontok, az ún. expresszivista ellenvetés szerint azt az üzenetet hordozzák, hogy jobb lett volna, ha ezek a gyermekek és felnőttek nem születtek volna meg (SHAKESPEARE 2006). Nehéz fogyatékos emberként elfogadni, hogy amennyiben saját magunk megszületése megelőzhető lett volna, lehet, hogy nem léteznénk. Ez azonban nemcsak prenatalis szűrés esetén igaz, hanem minden olyan intervenció esetén is, amely a megtermékenyítést megakadályozza. Az érv képviselői szerint hangsúlyozni kell tehát, hogy nem a megelőzés ténye a probléma, hanem az, hogy az emberek egy speciális csoportjára irányul (SHAKESPEARE

2006). Minél több emberi és gazdasági erőforrást fordít egy társadalom arra, hogy egy speciális embercsoport megszületését megakadályozza, annál nehezebbé válik számukra, hogy elismertessék identitásuk pozitív elemeit a társadalommal (SOLBERG 2008). Egyes etikusok álláspontja szerint is releváns, hogy a fogyatékos emberek személyük elleni támadásként élék meg a jelenséget, de ez nem teszi a szelektív abortuszt önmagában diszkriminatívá azokkal szemben, akik támadva érzik magukat általa (GILLAM 1999: 170).

Egyre több kutatási eredmény mutat rá arra, hogy a fogyatékossgal született gyermek családjának az életét nem teszi feltétlenül örökre tönkre a gyermek fogyatékos állapota, illetve a rosszabb szociális helyzet nem elkerülhetetlen következménye a biológiai állapotnak (ASCH 1999; SOLBERG 2008). Ezzel függ össze a fogyatékos emberek közösségének másik fő érve is, mely szerint a szűrés egyetlen tulajdonságot vesz figyelembe, a fogyatékossgot, anélkül, hogy tekintettel lenne a potenciális személyt meghatározó többi emberi tulajdonságra, melyekkel nemcsak elvesz, hanem jelentősen gazdagítja is szűkebb és tágabb környezetét (ASCH 1999; 2000). Ugyanakkor a fogyatékossgot leválasztja és önmagában álló aspektusként kezeli, és nem veszi figyelembe, hogy az, különösen veleszületett állapotok esetén, a személy identitásává válik (SHAKESPEARE 2006). A társadalom hozzáállását tekintve különbséget lehet tenni a szűrhető állapotok identitásképző jellege között. Úgy tűnik, hogy a Down-szindróma erősebb identitást meghatározó jellemző, mint pl. a spina bifida, mert külső jegyekkel és intellektuális fogyatékossgal is jár (SOLBERG 2008), ami inkompatibilis a már bemutatott modern emberképpel. A Down-szindróma kiemelt jelentőségét Solberg abban is látja, hogy míg más állapotokat sokkal inkább betegségeként értékel a társadalom (fragilis X-szindróma), a Down-szindróma az emberi lét elérő megvalósulásának szimbólumává vált, mind pozitív, mind negatív értelemben.

A szűrés azt a képzetet is kelti, hogy a fogyatékossg ma már elkerülhető (medikális modell), egyben erősíti a morális modellt, mely a személyt magát okolja a fogyatékossgáért és annak következményeiért (ASCH 2000; SAXTON 2000; ASCH-PARENS 1999). Kézenfekvő konklúzió, hogy a már biztosított hozzáféréseket és a szükséges további erőfeszítéseket gyengíti, mert azt a reményt kelti, hogy a probléma el fog tűnni. Az orvosi forrásokat kevésbé kívánják gyógyíthatatlan állapotokra költeni, mert a személy, és nem a társadalom felelőssége az egyén helyzete (WENDELL 2010). A gyakorlatban ez a félelem nem minden szerző szerint látszik beigazolódni, hiszen az eredmények azt mutatják, hogy az eljárások fejlődése nem jár együtt a fogyatékos emberek számára nyújtott szolgáltatások minőségének és az érintettek életminőségének romlásával. Sőt, a szűrések elérhetőségének terjedésével párhuzamosan nő a társadalmi elfogadottság és az ellátások színvonala (SHAKESPEARE 2006).

A prenatális szűrés és a szelektív abortusz a családok működését és a szülő-gyermek viszonyt is meghatározzák, mert a gyermek és a család „szenvadását” megelőző prevenció egyre inkább a jó szülők attribútumává és a gyermekről való gondoskodás fontos tényezőjévé válik (ASCH-PARENS 1999). Félő, hogy a család egyre inkább egyfajta klubhoz hasonlít, amelyikben a tagok felvételi kritériumok alapján kiválaszthatók (ASCH 2000), a szülők egészséges gyermekhez való jogát szem előtt tartva. Elgondolkodtató, nem ahhoz járulunk-e hozzá a szelekció támogatásával, hogy a gyermekek termékké váljanak, tetszés szerint választható jellemzőkkel.

Végül, a II. világháborús náci törekvésekkel való párhuzam kézenfekvő és mindent elsöprő érvnek tűnhet, Shakespeare (SHAKESPEARE 2006) mégis elővigyázatosságra inti a közösség tagjait a túlzott hangsúlyozásától. Ez az érv ugyanis rendkívül hatásos lehet, ugyanakkor lehetőséget adhat az etikusok, orvosok és politikusok számára, hogy nevétségnek bélyegezzék a reális és érvényes kritikai szempontokat is, és arra hivatkozzanak, hogy az érintett személyek csak erősen szubjektív és érzelmi alapon vitáznak. A szerző szerint szem előtt kell tartani, hogy a tudomány, minden fejlődése ellenére, korlátozott és kiforratlan. Alkalmatlan arra, hogy a fogyatékos embereket eltüntesse, mert csak kis százalékát képes szűrni a teljes fogyatékossgal élő populációnak, és ezt sem kormányzati

terv alapján teszi. Meg kell azonban jegyezni, hogy a politika ennek ellenére képes közvetetten részt venni a szűrés fejlesztésében, pl. a kutatásokra biztosított pénzügyi támogatások által. Németországban 2008–2010 között 4 millió euróval támogatta a kormány a „Mentális Retardáció Német Hálózatát”-t („Deutsches Netzwerk für Mentale Retardierung”, MRNET), amely humángenetikai intézetekből jött létre, azzal a céllal, hogy intellektuális fogyatékosággal élő gyermekeken végezzen kutatásokat, és felderítse az eddig ismeretlen kórokokat. A gyermekektől vért vettek, fényképeket készítettek róluk, és elmentették a családi anamnézis adatait. Vélhetően az érdekvédő szervezetek tiltakozása is szerepet játszhatott abban, hogy a pénzügyi támogatásukat megszüntették (KLINKHAMMER 2011).

Prevenziót többféle módon lehet megvalósítani. A társadalom és a fogyatékos emberek közössége számára is fontos cél lehet a fogyatékoságok megelőzése (pl. oltásokkal, az étrend kiegészítése ásványi anyagokkal stb.), amíg ez egy befogadó attitűddel párosul a már megszületett gyermekek esetén. A már élő fogyatékos emberek jogainak biztosítása és a fogyatékoságok megelőzésére vonatkozó intézkedések nem szükségszerűen inkonzisztensek egymással (SHAKESPEARE 2006). Az érintett személyek a szűrésben azonban sokkal inkább azt az üzenetet látják, hogy a fogyatékos emberek participációja és jelenléte a társadalomban egyáltalán nem kívánatos (ASCH 2000), mert nem az állapot kialakulását akadályozzák meg, hanem az azt hordozó lény megszületését (ASCH 1999; SHAKESPEARE 2006). Ahogy Susan Wendell írja, ő maga is sajnálná, ha megtudná, hogy egy ismerőse a sajátjához hasonló fogyatékosággal élő magzatot vár, azonban nem tanácsolná soha az abortálást. Ismeri és érti ugyan a terhet, amit ez az állapot és következményei jelentenek, azonban „minden élet nehéz, és vannak a fogyatékoságnál sokkal súlyosabb terhek is” (WENDELL 2010: 128). A polgári jogi mozgalom azért küzdött, hogy elfogadtassa, a fogyatékoság nagyon fontos részük ugyan, de nem a létezés egésze, most pedig legfontosabb üzenetük, hogy az emberi mivolt nem redukálható „hibás” génekre (SAXTON 2000). A szűrés és a szelektív abortusz sok esetben elfogadható, ha a család érdekei indokolják, azonban megkérdőjelezhető, ha az az egyén szenvedésére hivatkozva történik. „Nagyon kevés formája van a sérüléseknek, amely olyan nagy szenvedéssel jár, hogy a nem-lét kívánatosabb legyen” (SHAKESPEARE 2006: 97). A döntést minden esetben annak kell meghoznia, aki a következményekkel él, legyen az az abortusz okozta distressz vagy a fogyatékos gyermek felnevelésével járó potenciális stressz, a társadalomnak pedig támogatnia kell ebben (SHAKESPEARE 2006).

„Talán egy nagyon más világban, egy szexizmus vagy fogyatékoságok elnyomása nélküli mitikus világban a prenatális prediktív technológiák hasznos, életet javító eszközök lehetnének. Ez nem az a világ. A technológiákat csak ebben a világban lehet kipróbálni, alkalmazni, értékelni, és ezen az alapon mindig olyan módokon alkalmazták és fogják a jövőben alkalmazni, melyek leértékelik a fogyatékos embereket” (SAXTON 2000: 151). „Nem szabad a (prenatális) teszt vagy a megszakítás melletti döntést a fogyatékos emberekkel szembeni tiszteletlenségként értékelni vagy diszkriminációként felfogni. A várandósság során hozott döntések fájdalmasak és terhesek lehetnek, azonban nem inkompatibilisek a fogyatékos emberek jogaival” (SHAKESPEARE 2006: 102).

Néhány lényeges bioetikai érv kritikája, valamint a bioetika és az önrendelkezés viszonyáról

A bioetikai érvelés háttérben nyilvánvalóan utilitarista szempontok is húzódnak, hiszen gyakran az egészségügyi ellátás magas anyagi költségei jelentik a fő kritériumot. Ez azonban olyan személy esetén is relevánssá válhat, akit nem szűrtek ki, és minden ember életének során fontos tényezővé válhat, pl. időskorban. Ez a megfontolás klasszikus eugenikai elveket idéz, ellenkezik az emberi jogokkal és a szülők reprodukciós jogaival. Az egyén emberi jogainak közösségi érdekek alá rendelését kizárólag nagyon súlyos vészhelyzetek indokolhatják, ami a prenatális szűrés esetében nem áll fenn. A fogyatékos emberekre fordított szociális és gazdasági kiadások a nyugati társadalmak esetén elenyészőek más állami ráfordításokhoz képest (SHAKESPEARE 2006).

A bioetika és a fogyatékos emberek jogait képviselő csoportok viszonyát régóta meghatározza erősen ellentétes álláspontjuk. A negatív tapasztalatok félelmet, haragot, szkepticizmust váltanak ki, és a két terület elbeszél egymás mellett, ami megnehezíti az együttműködést. Ouellette ezért hangsúlyozza, hogy mindkét oldal részvétele fontos, és a „bioetika érdeke, hogy megnyerje a fogyatékos szakemberek – beleértve az új aktivisták – bizalmát, és általánosságban is építse a fogyatékos emberek közössége és a medikális közösség közti bizalmat” (OUELLETTE 2011).

A modern, neoliberális emberkép egyik magját alkotja az önrendelkező, racionálisan gondolkodó személy ideálja (WALDSCHMIDT 2012; CORKER–SHAKESPEARE 2002). Az önrendelkezéshez való jog emberi mivoltunk része, minden felnőtt személy élhet önrendelkező életet, azonban vannak olyan csoportok, amelyek esetén a társadalom, és sok esetben a szakemberek is helyeslik a harmadik résztvevő általi helyettes döntéshozatalt. Mindenkinek jogában áll tájékozódni, beleegyezésen alapuló döntéseket hozni, kivéve azokat az embereket, akikről azt feltételezik, hogy a döntéseikért nem tudják vállalni a felelősséget. A bioetika kiváló terep e konstrukció vizsgálatára, mert olyan kérdéseket vet fel, melyekre a fogyatékoságügynek ki kell dolgoznia a válaszait. A bioetika erősen támaszkodik a fent vázolt emberképre, az önrendelkezés lehetőségét azon személyek esetén tartja prioritásnak, akik képesek ésszerű, szabad akaratból meghozott döntésekre. Ez az ésszerűségi kritérium a jogok fundamentális elhatárolásához vezet, mert bizonyos csoportok tagjait kirekeszti.

A bioetika ezzel szemben a döntéshozatalt nem tartja univerzális jognak, megvonását szükséges és felelős döntésnek véli olyan személyek esetén, akik függő helyzetben vannak, mások gondoskodására szorulnak (WALDSCHMIDT 2003). Ezzel figyelmen kívül hagyja azt, hogy az ember alapvetően interdependens lény, akinek függősége kontinuum mentén mozog, és az ezen való elhelyezkedése időben, térben, egyes személyekhez fűződő viszonyának függvényében változhat (DHANDA 2009; GOMBOS–KÖNCZEI 2009). Ezen emberkép alapján a gyógypedagógia alátámaszthatja és megerősítheti korábbi pozícióját is, függetlenül attól, hogy egyes szerzők szerint fogyatékoság esetén erős, esetleg „extrém függőség” (HATOS 1996: 80; WEINGÄTNER 2013: 50) jellemző, vagy a fogyatékoság önmagában szociális függésként értelmezhető (HAHN 1981).

A gyógypedagógia antropológiai modellje, abból kiindulva, hogy az ember legsúlyosabb fogyatékoság esetén is ember, az ezzel járó önrendelkezést is univerzális, mindenkit megillető jognak tekinti (WALDSCHMIDT 2003; WALDSCHMIDT 2012). Egyes szerzők axiómának tartják, melyet a humanitás megőrzése érdekében nem szükséges tovább magyaráznunk (id. WALDSCHMIDT 2003). Jól támogatja ezt az elképzelést a döntési autonómia (Entscheidungsautonomie/Bewusstseinsautonomie) és a cselekvési autonómia (Handlungsautonomie) elválasztása. Utóbbi lehet akadályozott, de az előbbi érinthetetlen (WALDSCHMIDT 2003).

A gyógypedagógia lehetséges szerepvállalása

A gyógypedagógus szakma értékeitől – az etikai kódexre is figyelemmel – nem lehet idegen a fogyatékos ember értékességének képviselője. A gyógypedagógiai támogatás – a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény hatálya alá lépése óta¹⁰ törvényesen is – a fogyatékos gyermek megszületésével kezdődik. A gyógypedagógiai gyakorlat a kora gyermekkori támogatás, a korai fejlesztés keretei között ma is kiveszi a részét a családok támogatásából, a családok életminőségének jobbításából. Ugyanakkor a szülők már hamarabb találkoznak a fogyatékoság kérdésével. A magzati diagnosztika rohamos fejlődése döntési helyzetbe hozza az anyákat és az apákat: meg akarják-e tartani azt a gyermeket, amelyik a fogyatékoság, a fejlődési rendellenesség kockázatával születet. Ezen a helyen nem volt mód arra, hogy a kritikai fogyatékoságtudomány vizsgálati eszközeivel górcső alá vegyük a használt fogalmak társadalmi közgondolkodásra gyakorolt hatását, mint például, miért hívjuk kockázatnak a fogyatékos gyermek megszületésének esélyét, vagy miért hívjuk genetikai rendellenességnek a genetikai sokszínűséget. Megkíséreltük azonban azoknak a mechanizmusoknak a különböző szempontú elemzését, amelyek egy tervezett gyermek képét nem kívánt magzattá alakítják.

Az etikai kódexben foglalt társadalmi szerepvállalás 21. századi körülmények közötti értelmezése alapján felvetődik a kérdés, hogy van-e helye és szerepe a magyar gyógypedagógiának a fogyatékos magzat életének védelme tekintetében. Jelen van-e, és jelen akar-e lenni a gyógypedagógia mint szakma a jelenleg alapvetően jogi, orvosi, bioetikai keretek között, illetve a fogyatékos emberek közösségeiben¹¹ a fogyatékos magzat, a preembrió életéről folyó vitákban? Jelen van-e, és jelen akar-e lenni a gyógypedagógia mint szakma azokon a színtereken, pl. családtervezésnél, genetikai tanácsadásnál, terhesség gondozókban, szülészeten, ahol a fogyatékos magzat életéről születik döntés? Hozzá tud-e járulni a gyógypedagógia mint szakma a fogyatékos gyermekekről, a fogyatékos gyermeket vállaló és nevelő családokról szerzett gyógypedagógiai, gyógypedagógiai etikai, gyógypedagógiai pszichológiai, gyógypedagógiai szociológiai tudásával a fenti kérdések újabb szempontokból történő megválaszolásához?

Konklúzió

A fent bemutatottak jól tükrözik, hogy a fogyatékoság kérdése már a megszületést megelőzően foglalkoztatja a szülőket. A személyes szintén meghozott döntések kihatással vannak a társadalmi mechanizmusokra, és ugyanígy a társadalom is hatással van a személyes döntésekre. A döntések meghozatalában valószínűleg számos ok játszik szerepet. Láthattuk, hogy az élet értékéről van álláspontja a jognak, az orvostudománynak. Nem került most bemutatásra a teológia álláspontja. Úgy tűnik, hogy fogyatékoságügyben az elmúlt évtizedben, az elmúlt években új, a gyógypedagógia számára hazánkban még fel nem tárt területeken szembesülhetünk komoly vitákkal. Reményeink szerint ez a tanulmány hozzájárulhat ahhoz, hogy a gyógypedagógia társadalmi szerepvállalásáról az új kor új kihívásait is figyelembe véve gondolkodhassunk tovább.

¹⁰ Azóta hatályon kívül helyezett.

¹¹ Az angol eredeti: disability community.

Irodalom

- ASCH, A. (1999): Prenatal diagnosis and selective abortion: a challenge to practice and policy. *American Journal of Public Health*, 89(11), 1649–1657.
- ASCH, A. (2000): Why I Haven't Changed My Mind about Prenatal Diagnosis: Reflection and Refinements. In *Prenatal Testing and Disability Rights*. Georgetown University Press, Washington DC.
- ASCH, A. – PARENS, E. (1999): Special Supplement: The Disability Rights Critique of Prenatal Genetic Testing Reflections and Recommendations. *The Hastings Center Report*, 29, 5, S1.
- AMIR M. – BOTKA B. – CSATÓ ZS. – FÖLDES D. – GOMBOS G. – HEGEDŰS L. – VITRAI B. (2010): *Fogyatékos személyek jogai vagy fogyatékos jogok? A Magyar civil Caucus párhuzamos jelentése az ENSZ egyezményről*. SINOSZ MDAC FESZT, Budapest.
- BARANYINÉ S. J. (2014): *Az abortusz-kérdés Magyarországon*. <http://hexa.hcbc.hu/meh/bsj.htm>
- BARCSI T. (2013): *Az emberi méltóság filozófiája*. Typotex, Budapest.
- CORKER, M. – SHAKESPEARE, T. (2002): *Disability/Postmodernity: Embodying Disability Theory*. Bloomsbury Academic.
- DHANDA, A. (2009): A támogatott egyetemes cselekvőképesség új paradigmájának konstrukciója. *Fogyatékoság és társadalom*, 1(3–4), 257–268.
- DÓSA Á. (2010): *Az orvos kántériusi felelőssége*. Második, átdolgozott, bővített kiadás. HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó, Budapest.
- Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a Down-kór prenatális szűréséről és diagnosztikájáról* (2010. február 26.). Egészségügyi Minisztérium.
- EVANS, S. E. (2010): *Elfelejtett bűnök. A holokauszt és a fogyatékossgal élő emberek*. ELTE BGGYK és ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- A Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény*.
- GILLAM, L. (1999): Prenatal diagnosis and discrimination against the disabled. *Journal of Medical Ethics*, 25(2), 163–171.
- GIUBILINI, A. – MINERVA, F. (2012): After-birth abortion: why should the baby live? *Journal of Medical Ethics*, published online first 23 February 2012 doi.10.1136/medethics-2011-100411
- GOMBOS G. – KÖNCZEI GY. (2009): A támogatott döntéshozatal néhány elvi kérdése. Elméleti alapvetés. In *A támogatott döntéshozatal elmélete és gyakorlata*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest. 5–18.
- HAHN, M. (1981): *Behinderung als soziale Abhängigkeit. Zur Situation schwerbehinderter Menschen*. Reinhardt, München.
- HATOS GY. (1996): *Az értelmi akadályozottsággal élő emberek: nevelésük, életük*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- HÁYRY, M. (2004): There is a difference between selecting a deaf embryo and deafening a hearing child. *Journal of Medical Ethics*, 30(5), 510–512.
- HÁYRY, M. (2008): The moral contestedness of selecting „deaf embryos”. In: *Arguing about Disability: Philosophical Perspectives*. Routledge. 154–168.
- HUXLEY, A. (2008): *Szép új világ*. Cartaphilus, Budapest.
- KLINKHAMMER, G. (2011): Forschung an Nichteinwilligungsfähigen: Umstrittene Förderung. Handelt es sich beim Deutschen Netzwerk für mentale Retardierung um fremdnützige Forschung ohne gesetzliche Grundlage, oder liefert das Projekt wichtige Erkenntnisse, die auch den Betroffenen zugutekommen? Eine Bestandsaufnahme. *Deutsches Ärzteblatt*, 108, 4.
- KÖLES T. (1999): *Orvosi műhibaperek*. HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó, Budapest.
- A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény*.
- LÁBADY T. (2006): *Előterjesztés a Pécsi Ítéltábla Polgári Kollégiumának ülésére a fogyatékossgal született gyermek saját jogú kártérítési igénye tárgyában*. http://www.pecsiitlotabla.hu/docs/szakmai/polgari/2006_4.pdf.
- LEVY, N. (2002): Deafness, culture, and choice. *Journal of Medical Ethics*, 28(5), 284–285.
- A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény*.
- Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete (2011): *Etikai Kódex*. <http://www.magye-1972.hu/iratszekenry/83-dokumentumok/116-etikai-kodex>.
- Magyarország Alaptörvénye* (2012).
- MCKIE, R. – HINSLIFF, G. (2008): This couple want a deaf child. Should we try to stop them? Science – *The Observer*. <http://www.theguardian.com/science/2008/mar/09/genetics.medicalresearch>.
- OUELLETTE, A. (2011): *Bioethics and disability: toward a disability-conscious bioethics*. Cambridge University Press, Cambridge – New York.
- QUANTE, M. (2012): Az emberi méltóság és az életminőség vizsgálatok. *Meditor*, 2(1–2), 52–63.
- SAXTON, M. (2000): Why members of the disability community oppose prenatal diagnosis and selective abortion. In *Prenatal Testing and Disability Rights*. Georgetown University Press. 147–164.
- SEIFERT, M. – FORNEFELD, B. – KOENIG, P. – DYCKER, O. (2001): *Zielperspektive Lebensqualität: eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim*. Bethel-Verlag, Bielefeld.
- SHAKESPEARE, T. (2006): *Disability rights and wrongs*. Routledge, New York.

- SOLBERG, B. (2008): *Prenatal screening for Down syndrome. Why we shouldn't? In Arguing about Disability: Philosophical Perspectives.* Routledge, London. 185–202.
- SPRIGGS, M. (2002): Lesbian couple create a child who is deaf like them. *Journal of Medical Ethics*, 28(5), 283–283.
- SZABÓ J. (2000): A prenatális genetikai diagnosztika lehetőségei. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 63(1), 3–13.
- WALDSCHMIDT, A. (2003): Diskursives Ereignis „Selbstbestimmung”. Behindertenpädagogische und bioethische Konstruktionen im Vergleich. In Julius Klinkhardt: *Bioethik und Behinderung*. 138–166.
- WALDSCHMIDT, A. (2012): *Selbstbestimmung als Konstruktion – Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer*. 2., korrigierte Aufl. Springer VS Verlag.
- WEINGÄRTNER, C. (2013): *Schwer geistig behindert und selbstbestimmt: eine Orientierung für die Praxis*. 3. Auflage. Lambertus, Freiburg.
- WENDELL, S. (2010): *Az elutasított test. Feminista filozófiai elmélkedés a fogyatékről.* ELTE BGGYK – ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.



EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR



„Integrált szülő-csecsemő konzultáció (Hédervári-Heller-Németh)” szakirányú továbbképzési szak – 2015

A képzést indító felsőoktatási intézmény neve, címe:

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógynevelési Kar
Gyógynevelési Továbbképző Központ
Tel: +36 1/351-55-01
www.barczi.elte.hu

Az oklevélben szereplő szakképzettség megnevezése:

Szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens

Képzési idő és az oklevél megszerzéséhez szükséges kreditek száma: 4 félév (120 kredit)

Képzési forma: Levelező képzés

A szakirányú továbbképzési terület: Társadalomtudományok

A felvétel feltételei: Legalább BA szintű diploma (főiskolai vagy egyetemi végzettség) a következő képzési területeken: gyógynevelés, bölcsészettudományok, társadalomtudományok, orvostudományok

A képzés célja:

1. A koragyermekkor egészséges fejlődéssel, illetve a klasszikus regulációs problémákkal kapcsolatos ismeretek átadása, megszilárdítása, és kezelési lehetőségek szupervízióval történő gyakorlása a kisgyermkekkel és családjaikkal foglalkozó szakemberek számára.
2. A képzésben részt vevő hallgatók ismereteinek és kompetenciáinak megfelelően új szakma kialakítása és elterjedése Magyarországon: a szülő-csecsemő konzultációs/terápiás tevékenységet folytató prevenció és intervenció munkakörök társadalmi elismertetése és támogatása (egészségügyi finanszírozás kérdésének megoldása), a lakosság számára megbízható és preferált segítő hálózat kialakítása.

Kompetenciák:

A program elvégzésével a hallgatók a következő kompetenciákkal rendelkeznek:

- Rendelkeznek a csecsemő és kisgyermekkorra vonatkozó komplex egészségügyi, pszichológiai, pedagógiai, valamint aktuális családpszichológiai kérdések ismeretével.
- Az interdiszciplináris képzés – orvos, pszichológus, pedagógus, gyógynevelési, gyógyterapeuta, szociális munkás, gyermekjogi szakemberek – az elméleti képzés mellett új minőséget hoz létre a gyakorlati tapasztalatok megosztása által, így a hallgatók képessé válnak interdiszciplináris megoldások gyakorlati alkalmazására.
- Korszerű ismeretek birtokába kerülnek a csecsemő- és kisgyermekkor testi és lelki fejlődésének sajátosságairól, a kötődési kapcsolatok minőségéről kisgyermek és felnőtt korban, a szülővé válás folyamatáról, a párkapcsolat problematikájáról.
- Képesek lesznek a koragyermekkor regulációs zavarok – viselkedési zavarok – időbeni felismerésére, erre a területre kidolgozott, speciális interjú készítésére, diagnózis és differenciál diagnosztika felállítására, krízisintervencióra, intervenciók speciális alkalmazására, dokumentáció készítésére.

További információ a honlapon

A németországi lakóotthonok kritikai megközelítése

RUZSICS ILONA
ruzsicsilona@yahoo.de

Absztrakt

A kitagolási folyamatban előbbre tartó Németországban már jelentkeznek az elmúlt évek folyamatainak hibái. A tanulmány az aktuális kritikai hangokra koncentrál, elhelyezve ezt egy történeti kontextusban. Az egész Németországra érvényes kritikai hangokat Berlin példáján mutatja be és támasztja alá, ismertetve tanulmányokat, statisztikai adatokat. Teszi ezt azzal a céllal, hogy felhívja a figyelmet a kezdődő magyarországi „kitagolási folyamatok” szükséges vizsgálataira.

Kulcsszavak: értelmileg akadályozott felnőttek lakóotthonai, kitagolás, Németország, Berlin, komplex fogyatékoság

Lakóotthonok a nemzetközi összehasonlító gyógypedagógia tükrében

Az európai integrációval, a globalizáció előrehaladtával leomló falak és határok mentén a nemzetközi kapcsolatok számának növekedése érezteti a hatását a gyógypedagógia területén is, támogatva ezzel a nemzetközi tapasztalatcsere lehetőségeit. A nemzetközi összehasonlító gyógypedagógia tevékenysége soha nem lehet céltalan (BÜRLI 2006). A másoktól való tanulás, önmagunk reflexiója, a változtatásokhoz szükséges argumentációk, példák keresése: sok oka és célja lehet egy nemzetközi összehasonlító tanulmánynak. A szakmai lapokban megjelenő élménybeszámolók szintén e műfajba sorolhatók, bár kétségtelen, hogy nagyon szubjektív képet adhatnak egy országról, adott esetben naivitást kölcsönözve egy-egy beszámolónak. A preferált témák és célok az idő sodrában jelentős változásokon mentek át. A gyógypedagógia történetének korai szakaszában a nemzetközi kapcsolatokra az impulzusok keresése jellemző, elsősorban a saját praxis számára, később, mint ahogy Németországban is, a pozitív, irányadó példák keresése lett az egyik domináns témája az összehasonlító tanulmányoknak (ERDÉLYI 2006). Akkor, amikor Magyarországon a „kitagolás” ismét előtérbe került, nem csak a pozitív példák lehetnek irányadóak. Az e folyamatban előbbre tartó országok rendszerének kritikai megközelítése sok tanulsággal szolgálhat a hazai szakemberek számára, lehetőségeket nyújtva a még meg sem született problémák megelőzésére és velük együtt az érintettek integrációs esélyeinek növelésére.

Németország mint gyakori példa

Hazai gyógypedagógus körökben, ha a felnőtt, úgynevezett „értelmileg akadályozott-sággal” élő emberek lakóotthonai kerülnek szóba, gyakorta említésre kerülnek „csodálatos” németországi példák. Nemcsak szakmai beszélgetések alkalmával, hanem szakmai

munkák is gyakran megemlékeznek hazánkban ezen országról mint pozitív példáról. A kritikai megközelítés ritka. Ha a hazai lehetőségeket vesszük számba, és viszonyítjuk őket a mai német lehetőségekhez, vitathatatlanul követendő példák lehetnek a mi perspektívánkból az ő eredményeik, nemcsak a lakóotthonainkra vonatkoztatottan, hanem általában a felnőttek pedagógiai kísérését tekintve (VARGA 2005).

A lakhatást tekintve hazánkban a totális intézmények még mindig erősen uralják a „lehetőségek” térképét (VERDES–SCHARLE–VÁRADI 2012), továbbra is konzerválva és intézményesítve a jogfosztást (VERDES 2009; VERDES–TÓTH 2010), sok ezer embert ezzel jogaitól, sok esetben emberi mivoltától is megfosztva. Az 1998-as törvény, mely előírta, hogy legkésőbb 2010 január 1-ig a kitagolást véghez kell vinni, csődöt mondott, amit bizonyít, hogy a törvény ezen pontját, 2010 március 31-én hatályon kívül helyezték. Az azóta született törvényi módosítás (T/7678. számú törvényjavaslat, 2012) továbbra is támogatja, konzerválja a nagyobb, maximum 50 fős intézmények kialakítását, melyek messze nem felelnek meg az inklúzió elveinek, de több pontban sértik a „normalizációs elveket” is.

Törekvések természetesen hazánkban is vannak e helyzet javítására, ezek azonban sok esetben komoly falakba ütköznek, elsősorban helyi lobbik munkahelymegtartó érdekei következtében (VERDES–TAKÁCS 2011). A megvalósuló innovatív projektek szakmai tudás, vagy a helyi lehetőségek következtében kevésbé sikeresek (falakon belül lakóotthon) (KEREKI 2013), illetve nem felelnek meg az irányadó nemzetközi, hazánk által is elfogadott irányelveknek sem.

A jelentősebb erőfeszítések között említhetjük a Soros Alapítvány támogatásával 1996-ban indított kitagolási programot, mely tapasztalatcserére is ösztönözte az érintetteket és a szakembereket egyaránt (LÁNYINÉ 1999; ZÁSZKALICZKY 1998). Hazánkban is vannak említésre méltó, példaértékű intézmények, szemléletükben, szakmai tudásukban mintaszerűen jól működő projektek, azonban ezek nem oldják meg a jogos hazai igényeket. Összességében tehát a hazai perspektívából a németországi minta valóban követendő lehet.

A kritikai hangok azonban Németországban az utóbbi években egyre erősödnek. Szakmai körökben korántsem oly euforikus az ellátás megítélése, mint azt esetleg nálunk szakmai fórumokon, személyes beszélgetések keretein belül egy-egy tanulmányi kirándulás után propagálják, sokkal kontroverzebb az ellátás megítélése. A jelen helyzetnek és problémáinak megértéséhez rövid történeti áttekintéssel jutunk el, hogy aztán Berlin konkrét példáján bemutassa e tanulmány a kritikák indokoltságát.

Németországi humanizáló törekvések

Németország szövetségi köztársaság, a föderalista berendezkedés ellenére a legfőbb szociális intézkedéseket szövetségi szinten hozzák. A 16 tartománynak a törvények kivitelezésében komoly egyéni szerep jut (MASCHKE 2010). Ennek következtében az egyes tartományokban a normalizációs, kitagolási, integrációs és inklúziós folyamatok nem azonos ütemben fejlődtek, fejlődnek. Ez a különbség a mai napig erőteljesen megmutatkozik, így lehet az, hogy a törekvések ellenére 2001-ben Észak-Rajna-Vesztfália tartományban a nagyobb intézmények a dominánsak azok régió átívelő ajánlataival (SCHÄFFERS–WACKER–WANSING 2009). A 90-es évekre azonban egész Németországban megindulnak a humanizálási törekvések, és kialakul az állami és egyházi szektor mellett egy erős harmadik, a civil szektor, melynek ernyőszervezetei komoly politikai erőt képviselnek (MASCHKE 2008).

Az egyre erősödő érdekvédelemnek köszönhetően a 90-es évektől komoly előrelépések történtek nemcsak a fogyatékossgal élő emberek megítélésében, hanem törvény adta lehetőségeikben is. Ennek egyik kiteljesedése a 2001-ben hatályba lépett szociális törvény (SGB IX), megteremtve a személyes büdzsé lehetőségét, mely a fogyatékossgal élő embert a szolgáltatást igénybe vevővé lépteti elő, aki autonóm döntést hozva maga

dönt sorsáról, ezzel nagyban eltérve a korábbi évek szociálisan segélyezett emberképétől. Amennyiben csak a mai Németország egészében megjelenő kínálatot tekintjük, függetlenül attól, hogy egy-egy szolgáltatás mindenhol elérhető-e, összességében megállapíthatjuk, hogy a lakóotthoni formák széles tára alakult ki napjainkra, akár speciális igényeknek is igyekezve megfelelni.



1. ábra. Lakóotthoni formák fogyatékos felnőttek számára (BUNDSCHUH–DWORSCHAK 2003: 10)

„Embterársainknak, akik valamely fogyatékosággal élnek, még soha nem volt ennyi joguk a történelem során, ily mértékű lehetőségük az önérvényesítésre Németországban, mint napjainkban” (FORNEFELD 2007), a kritikai hangok mégis egyre erősödnek. A történeti áttekintést nézve meg kell különböztetnünk Nyugat- és Kelet-Németországot, azonfelül a 90-es évek előtti, illetve a német egyesítés utáni időszakot. A továbbiakban egy konkrét példán, a Kelet és a Nyugat találkozásának határán a 90-es évek történéseire koncentrálnva térünk át az aktuális problémákra.

Berlin, Kelet és Nyugat találkozása

Berlin sajátos helyzete következtében ideális célpont egy deskriptív munka tárgyának. Magyar szemmel azért is mert a „keleti blokk” mintája is adott, így történetileg a magyar és a kelet-berlini ellátás között részben párhuzamok is felfedezhetők. Emellett a „nyugati

minták” is megjelennek egy városon belül, Nyugat-Berlinben viszonylag korán, melyek ma is modern lakóformáknak tekinthetők. Mindemellett az 1980-as évek végétől, az 1990-es évek elejétől kialakított mai ellátórendszer a lakhatás tekintetében minőségileg Németországban belül is fejlettnak mondható. A berlini kitagolási programok viszonylag kései indulása is a magyarországi viszonyítást teszi könnyebbé.

Nyugat-Berlinben a normalizáció ugyan viszonylag korán érezteti hatását (1978-as politikai döntés), de a 80-as években már kialakulnak a nagyobb intézmények mellett ambuláns lakások, párlakások, szülő-gyermek számára kialakított lehetőségek. Az enthospi-talizációs törekvések ellenére Seifert 90-es évek elején végzett vizsgálata megállapította, hogy mintegy 10%-a az értelmi akadályozott személyeknek (365 fő) élt klinikákon, ápolási otthonokban (SEIFERT 1993). Nyugat-Berlin lehetőségeit a szeparációja és a területi korlátai határozták meg. Azoknak, akik számára nem volt lakhatási lehetőség, el kellett hagyniuk Berlint, és más, távolabbi tartományokba kellett költözniük. A kivándorlás tehát nem mondható önkéntesnek, s ez Berlin lakóotthon-teremtő erőfeszítései ellenére máig így van (SEIFERT 2010).

Kelet-Berlinben egy 1986/87-es döntés nyomán városrészenként centrumok jönnek létre, amelyek a „sérülteket” hivatottak ellátni. Ajánlataik között megtalálhatóak voltak az „akkori viszonyokhoz” mérten alternatív lakhatási lehetőségek. Seifert a vizsgálatában azonban megállapítja, hogy 1991-ben a „fejleszthetetlenek” többsége klinikákon élt, számuk (962 fő) 25%-át teszi ki az akkori ellátottaknak.

A 90-es évek dinamikus fejlődése és szociálpolitikai törekvései jól dokumentáltak. A 90-es évek elején Seifert (1993) 1990–92 között végzett kutatása nemcsak helyzetképet készít az akkori lakóformákról, hanem a jövőre nézve mennyiségi igényelemzést is nyújt. 1993-ban jelenik meg annak a sorozatnak az első kötete, mely 2007-ig 13 kötetben neves német szakemberek bevonásával vizsgálja a berlini helyzetet. A feldolgozott témák nagyon szerteágazóak: az életminőség több szempontú vizsgálata, a pedagógiai munkatársak nehézségei, az agresszió megjelenése a fogyatékossgal élő személyek életében, a városban élés előnyei és hátrányai fogyatékossgal élő személyek számára és a városbeli integráció mind helyet kap a sorozat kötetében, ezzel az elért eredményeket is dokumentálva, egyúttal felhívva a figyelmet a problémákra (*Berliner Beiträge* 1993–2007). A kutatások és az intenzív munka ellenére azonban még ma sem mondható minden tekintetben kiválónak a kialakult helyzet. Az egyre erősebb kritikai hangok nemcsak Berlint érintik, hanem a szociális rendszert Németország egészében.

Kritikai hangok

A mintaképnak számító Németországban a szociális jóléti állam a társadalmi és gazdasági változások folyamában mára a neoliberalizmus, a gazdasági válság hatásai nyomán megrendült. Az individualizáció, mely nagyban épít az egyéni felelősségvállalásra, mintegy kötelező velejárájaként az elvárt embereseménynek, a szociális biztonságot alapjaiban rengette meg. Az egyéni felelősségvállalás azonban *ressource*-okhoz kötött, úgy mint végzettség, mobilitás, szociális háló. Ezek hiánya embertársaink egy részét a társadalom peremére sodorja, rászorulva a társadalmi szolidaritás intézményrendszerére, melyek „a gazdasági és szociális változások következtében nyomás alá kerültek” (DEDERICH 2008). A szociális szektor ökonomizálása magával vonja az élet értékének ökonomizálását (DEDERICH 2005). Így míg korábban a kirekesztés folyamata a szeparálásra korlátozva tömegintézmények kialakulását jelentette, távol a társadalomtól, ma a segítségnyújtás elmaradása jelenti ugyanezt (BREMER 2006). Kialakul egy kétosztályos ellátás, melynek vezető motívuma a fogyatékos személy integrálhatósága (FORNEFELD 2008), azaz hogy képesek-e a társadalom részévé válni.

A 90-es évektől nagy számban foglalkoznak publikációk a fogyatékossgal élők hátrányos megkülönböztetésével, témáikat tekintve különös hangsúllyal a halmozottan fogyatékos személyek ellátórendszerből való kiszorulására (BECK 2001; SEIFERT 1993; THEUNISSEN–SCHWALBT 2009; WACKER–WANSING–SCHÄFERS 2005).

A probléma jelentőségének és mértékének megragadására Fornefeld egy új megnevezés bevezetésére tett kísérletet a német nomenklatúrába. A komplex fogyatékossgal mint megnevezés (FORNEFELD 2008) egy erősen heterogén csoportot takar, melynek közös tengelye a magas támogatási igény, és az ebből adódóan őket érintő exklúziós folyamatok azonosságáa. Fornefeld idesorolja azokat az úgy nevezett értelmileg akadályozottsággal élő embereket, akik

- halmozottan fogyatékos személyek;
- fokozott támogatásra, ápolásra szorulnak;
- magatartászavarokat mutatnak;
- krónikus betegek;
- beszélt nyelv nélkül élnek;
- autizmussal élnek;
- pszichés zavarokkal élnek;
- traumákat éltek át;
- migránsok;
- szenvedélybetegek;
- bűnelkövetők.

A halmozottan fogyatékos emberek ápolási otthonban való elhelyezése a 90-es évek jelentős fejlődése ellenére élő praxis (SEIFERT et al. 2001), megfosztva ezzel őket egy teljesebb élet lehetőségétől a társadalomban. Ők azok, akik fokozott támogatásra szoruló személyekként különösen „nagy terhet rónak” egy lakóotthon mindennapjaira, ezzel mintegy „gazdaságtalanabbá” téve azt. Nem ők azonban az egyetlenek, akik a szociális rendszert erőteljesebben veszik igénybe.

A rendszert romboló viselkedés (TÜLLMANN 1993) megnevezéséhez kapcsolódó kérdéskör nem új a szakirodalomban. Egy 1997-ben végzett vizsgálat szerint a magatartási zavarok azok, melyek a lakóotthoni munkatársakat a leginkább megviselik (SEIFERT 1997), és amelyek gyakorta vezetnek a lakóotthoni felvétel elutasításához éppúgy, mint a fokozott pedagógiai kísérés igénye (WACKER et al. 1998). A viselkedési zavarok problematikájával legutóbb 2010-ben a Heildeberger Apell foglalkozik, melyben a változások egyre sürgetőbb mivoltára hívják fel a figyelmet a szakemberek (DHG 2010). A viselkedési zavarokkal élők lakóotthoni elhelyezésének problémája a 90-es évektől kezdődően intenzíven folyik Németországban, az eredmények azonban még mindig nem átütőek.

A pszichés zavarokkal élő úgynevezett értelmileg akadályozott emberek, arányát megközelítőleg 30%-ra teszik, azonban ez a kérdéskör csak az utóbbi évtizedekben kapott nagyobb teret a szakemberek körében. Ennek oka abban keresendő, hogy korábban a pszichés zavarokra utaló tüneteket az értelmileg akadályozottság szimptomájának részeként értelmezték (IRBLICH 2003), ezzel a kezelés és az állapot javulásának lehetőségét is teljes egészében kizárva.

A szakirodalom kevesebb figyelmet szentel a migránsokra, a verbálisan kommunikálni nem képes személyekre, vagy a bűncselekmények elkövetőjévé vált értelmileg akadályozottakra, s a figyelem középpontján kívül esik az értelmileg akadályozott személyek multimortalitása is, feltételezhetően azonban őket is erőteljesebben érintik az exklúziós folyamatok.

Kritikai hangok Berlin példáján

A németországi szinten fellelhető kritikák megjelennek helyi statisztikákban is. Adott csoportok nehézségeire, mint például a magatartászavarokkal élő értelmileg akadályozottak speciális igényeit kielégítő lakóotthonok hiányára több berlini szervezet is felhívta már a figyelmet. A Lotse (fogyatékossgal élő személyeknek szóló berlini lakhatási ajánlatok koordinációs irodája) éves jelentéseiben rendszeresen felhívja a berlini ellátási résekre a figyelmet, ahol a viselkedési zavarral élők rendszeresen helyet kapnak, de helyet kapnak a 2011-es jelentésben a pszichiátriai diagnózissal élő vagy fokozott támogatást igénylő halmozottan fogyatékos értelmileg akadályozott személyek is (LOTSE 2011). A néhány évig működő Clearingstelle (2007–2011) hasonlóan a Lotséhoz szintén több területen tárt fel hiányosságokat, így a viselkedési zavarokkal és a pszichés zavarokkal élő értelmileg akadályozott személyeknél is (CLEARINGSTELLE 2009).

A törekvések ellenére a fogyatékossgal élő berlini polgároknak 22%-a élt 2004-ben más tartományok területén, 82%-ban úgynevezett értelmileg akadályozottsággal (CON_SENS 2005). A szomszéd Brandenburg területén 31%, de távolabbi tartományokban is, mint Niedersachsen (16%), Bayern (14%), Schleswig-Holstein (11%) nagy számban éltek berlini lakosok. A gyakorta a mobilitás tekintetében is nehézségbe ütköző értelmileg akadályozott felnőtt számára a szülőotthonától távoli elhelyezés szinte mindig a szociális hálójának, személyes kapcsolatainak teljes elvesztését is jelenti. A lakóotthoni forma nagyban hozzájárulhat egy sikeres társadalmi integrációhoz. A Berlinben élők megközelítőleg 50%-ban élnek ambuláns lakóformákban (arányukat tekintve az értelmileg akadályozottsággal élők kisebb számban), melyek városrészekbe integrálódva segítik az ott élők társadalmi elfogadását, míg a városon kívül 99%-ban laktak az értelmileg akadályozott emberek egész napos ellátásban (RUZSICS 2014).

A Berlinen kívül lakó személyek számában stagnáló fázisok ugyan felismerhetők az éves statisztikákat elemezve, de számuk a 90-es évek óta nő. 2007–2009 között ez a növekedés 2,9%-ot jelent, azaz évente 25 fővel laktak többen Berlin határain kívül. Ez azonban nem jelenti azt, hogy valóban ennyien is hagyták el az adott évben szülővárosukat, hiszen a már kint élők halálozási számát nem ismerjük (SEIFERT 2010), valamint a városon kívüli kiközvetítések menete, oka, száma sehol nincs nyilvántartva, a folyamat egyáltalán nem transzparens. A finanszírozás miatt az egyes kerületeknél a külső elhelyezés költségcsökkentésként jelentkezik, ha a város falain kívül keresnek lakást (SEIFERT 2010).

A jövő feladatai

A kitagolási folyamatokat ideális esetben megelőző kutatások, tudományos tanulmányok, hazai és külföldi példák segítségével, az igényeket feltárva készíteneek tervet a kitagolás ütemezésére, módjára, a szükséges ellátási formák mennyiségére és sajátosságaira nézve, feltárva ezzel a lehetséges költségeket is. Mindezt a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezménnyel összhangban kell tenniük, amihez hazánk is csatlakozott 2007-ben, s melynek különösen a 19. pontjában foglaltak irányadóak a kitagolás folyamatára nézve. A kitagolást ezzel összhangban kell megszervezni, s ha ez így történik, talán hamarosan megéljük, hogy budapesti értelmileg akadályozottsággal élő lakosok akár a szomszédságunkban is élnek majd, érvényesítve ezzel jogaikat, s teljesítve ezzel a mi kötelezettségünket is velük szemben az emberibb életre.

A kutatásoknak azonban nemcsak meg kell előzniük a kitagolást, hanem azt folyamatban és a folyamat lezárása után hatásában is vizsgálniuk kell, lehetőséget nyújtva az esetleges hibák, problémák javítására. A kutatások több tízezer ember életét befolyásoló fo-

lyamatoknál nem jelenthetek kidobott pénzt, már csak azért sem, mert a kitagolási költségek folyamatában elenyésző költségrészt képviselnek, valamint hosszú távon költség-optimalizáló hatásúak is, az igények figyelembevétele miatt.

Irodalom

- BECK, I. (2001): Wohnen. In ANTOR, G. – BLEIDICK, U. (Hrsg.): *Handlexikon der Behindertenpädagogik: Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart. 347–350.
- Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung (1993–2007)*. Diakonie-Verlag, Reutlingen. Band 1–13.
- BREMER, F. (2006): „Du bist Deutschland“ und die Radikalisierung von Ausgerenzung. *Brückenschlag, Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur und Kunst*, 11–20.
- BUNDSCHUH, K. – DWORSCHAK, W. (2003): *Leben in stationären Wohnformen für Erwachsene mit geistiger Behinderung. Eine Studie zu Lebenszufriedenheit, individuellen Entscheidungsmöglichkeiten, sozialem Netzwerk und Unterstützungsressourcen. Abschlussbericht*.
http://www.edu.lmu.de/geistigbehindertenpaedagogik/downloads/forschung/forschung_lequa.pdf
(Letöltve: 2015. január 26.)
- BÜRLI, A. (2006): Internationale und vergleichende Heil- und Sonderpädagogik zwischen Naivität, Objektivismus und Skeptizismus. In ABLBRECHT, F. – BÜRLI, A. – ERDÉLYI, A. (Hrsg.): *Internationale und vergleichende Heil- und Sonderpädagogik. Aktuelle Diskussionen, Ergebnisse und Herausforderungen*. Klinkhardt Verlag, Bad Heilbrunn. 25–46.
- CON_SENS GmbH (2005): *Bestands- und Bedarfserhebung Wohnen für Menschen mit einer Behinderung in Berlin*. Hamburg.
http://www.lotse-berlin.de/pdf/db/lotse_service_4.pdf (Letöltve: 2012. október 1.)
- DEDERICH, M. (2005): *Zur Ökonomisierung sozialer Qualität. Sozialpsychiatrische Informationen*. 2–6.
- DEDERICH, M. (2008): Der Mensch als Ausgeschlossener. In FORNEFELD, B. (Hrsg.): *Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik*. Ernst Reinhardt Verlag, München. 31–49.
- DEUTSCHE HELPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (DHG) (Hrsg.) (2010): *Ausgrenzen – Begrenzen – Entgrenzen? Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten (Tagungsbericht DHG/Netzwerk Intensivbetreuung)*. Heidelberg–Jülich.
- ERDÉLYI, A. (2006): International Vergleichende Heil- und Sonderpädagogik – auf der Suche nach methodischer Weiterentwicklung und Systematisierung. In ABLBRECHT, F. – BÜRLI, A. – ERDÉLYI, A. (Hrsg.): *Internationale und vergleichende Heil- und Sonderpädagogik. Aktuelle Diskussionen, Ergebnisse und Herausforderungen*. Klinkhardt Verlag, Bad Heilbrunn. 47–60.
- FORNEFELD, B. (2008): Menschen mit Komplexer Behinderung-Klärung der Begriffs. In FORNEFELD, B. (Hrsg.): *Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik*. Ernst Reinhardt Verlag, München. 50–81.
- IRBLICH, D. (2003): Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen. In IRBLICH, D. – STAHL, B.: *Menschen mit geistiger Behinderung*. Hogrefe Verlag, Göttingen. 312–388.
- KEREKI J. (2013): Intézményi jellemzők az értelmi fogyatékos emberek ellátórendszerében. In ZÁSZKALICZKY P. (szerk.) (2013): *A társadalmi és az iskolai integráció feltételrendszere és korlátai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 59–114.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (szerk.) (1999): *Kiscsoportos lakóóthonok. A szervezés és a tartalmi munka aktuális kérdései. Két munkakonferencia tapasztalatai*. Soros Alapítvány, Budapest.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (szerk.) (2002): *Kiscsoportos lakóóthonok. Hol is tartunk ma? Két munkakonferencia tapasztalatai*. Soros Alapítvány, Budapest.
- LOTSE BERLIN (2011): *Sachbericht*. http://www.lotse-berlin.de/pdf/LotseBerlin_Sachbericht_2011.pdf (Letöltve: 2013. március 19.)
- MASCHKE, M. (2008): *Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedsstaaten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage, Wiesbaden.
- MASCHKE, M. (2010): *Fogyatékoságpolitika az Európai Unióban*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- RUZSICS, I. (2014): Auswärtsunterbringung – eine unbeachtete Form der Exklusion. In *Behindertenpädagogik, Vierteljahresschrift für Behindertenpädagogik in Praxis. Forschung und Lehre und Integration Behinderter*, 3, 273–283.
- SCHÄPFERS, M. – WACKER, E. – WANSING, G. (2009): *Persönliches Budget im Wohnheim*. VS Verlag, Wiesbaden.
- SEIFERT, M. (1993): *Zur Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Betreuungsbearbeitung-Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin Forschung, Berlin.

- SEIFERT, M. (1997): *Wohnalltag von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung, Eine Studie zur Lebensqualität*. Diakonie-Verlag, Reutlingen.
- SEIFERT, M. – FORNEFELD, B. – KÖNIG, P. (2001): *Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim*. Bethel-Verlag, Bielefeld.
- SEIFERT, M. (2010): *Kundenstudie Bedarf an Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderung Abschlussbericht*. Rhombos-Verlag, Berlin.
- THEUNISSEN, G. – SCHWALB, H. (2009): Von der Integration zur Inklusion im Sinne von Empowerment. In THEUNISSEN, G. (Hrsg.): *Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit*. Kohlhammer, Stuttgart. 11–36.
- TÜLLMANN, M. (1993): Die „Verhaltensauffälligen“ sprengen das System. In DÖRNER, K. (Hrsg.): *Aus leeren Kassen Kapital schlagen*. Verlag Jakob van Hoddis, Güsterloh. 115–136.
- VARGA I. (2005): Az értelmileg akadályozott fiatalok munkára felkészítése. In VARGA I. (szerk.): *Speciális didaktika*. APC Stúdió, Szeged. 154–177.
- VERDES T. (2009): „A ház az intézet tulajdona”. A totális intézmények lebontásáról, humanizálásról és modernizálásáról. *Esély*, 4, 92–114.
- VERDES T. – TÓTH M. (2010): *A per tárgya. Gondnokság alá helyezett személyek társadalmi kirekesztődésének mozgásformái a rendszerváltás utáni Magyarországon*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- VERDES T. – TAKÁCS I. (2011): *Láthatatlanok*. TASZ.
<http://tasz.hu/fogyatekosugy/azert-vannak-hogy-masok-jol-elhessenek-bemutatjuk-tasz-lathatatlanok-cimu-filmjet> (Letöltve: 2015. január 26.)
- VERDES T. – SCHARLE Á. – VÁRADI B. (2012): *Intézetek helyett. A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól*. Budapest Intézet – Társaság a Szabadságjogokért, Budapest.
- VOß, T. – MILLHAUER, E. – HERBERGER, K. – WOSKOBOJNIK, S. (2009): *Abschlussbericht des Modellprojekts der Berliner Clearingstelle für Menschen mit geistiger Behinderung*. Bethel-Verlag. http://www.bethel.de/fileadmin/Bethel/downloads/ebook/Abschlussbericht_Berliner_Clearingstelle.pdf (Letöltve: 2013. március 19.)
- WACKER, E. – WETZLER, R. – METZLER, H. – HORNUNG, C. (1998): *Leben im Heim, Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohnheimrichtungen der Behindertenhilfe, Bericht zu bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“*. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Baden-Baden.
- WACKER, E. – WANSING, G. – SCHÄFERS, M. (2005): *Personbezogene Unterstützung und Lebensqualität, Teilhabe mit einem Persönlichen Budget*. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- ZÁSZKALICZKY P. (szerk.) (1998): *A függőségtől az autonómiáig – Helyzetértékelés és jövőkép a kiscsoportos lakóothonokról*. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.

Törvények

- ENSZ Egyezmény, Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló Egyezmény, 2007
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0700092.TV (Letöltve: 2015. január 27.)
- Magyarország Kormánya T/7678. számú törvényjavaslat egyes szociális tárgyú és egyéb kapcsolódó törvények módosításáról, megszavazva: 2012. július 2.
<http://www.parlament.hu/irom39/07678/07678.pdf> (Letöltve: 2015. január 26.)
- Sozialgesetzbuch (SGB IX) Neuintes Buch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/1.html> (Letöltve: 2015. január 27.)

Kézmozgások tanulását befolyásoló tényezők

BERENCSE ANDREA (1) – VÁMOS TIBOR (1,2)

berencsi.andrea@barczi.elte.hu, vamos.tibor@barczi.elte.hu

Absztrakt

A mozgásszervi rehabilitáció területén kiemelt feladatot jelent a sérült kézfunkciók helyreállítása, melynek feltétele a finommotoros funkciók tanulása. E funkciók fejlesztése a szomatopedagógiának is fontos célja. A cikk első része röviden áttekinti a mozgás elsajátításának vizsgálatát, a tanulás fázisait, megemlítve annak korábbi és újabb modelljeit, majd a kézmozgásokban, ezen belül az ujjakkal végzett mozgássorokban és az erőfejlesztés-tanulásban részt vevő idegrendszeri struktúrákat. A második részben a teljesítményt és a tanulást befolyásoló tényezőkről lesz szó, mint pl. az életkor, a gyakorlás elosztása és a gyakorolt feladatok variabilitása.

Kulcsszavak: mozgástanulás, tanulás fázisai, specifikus gyakorlás, variábilis gyakorlás

Kézmozgások tanulását befolyásoló tényezők

A mozgásszervi rehabilitáció területén kiemelt feladatot jelent a sérült kézfunkciók helyreállítása. Az egész napos mozgásnevelés során a szomatopedagógus feladata kiterjed az önellátás, az oktatás, a kommunikáció és a szabadidős tevékenységek során szükséges finommotoros működések kialakítására, ami folyamatos mozgástanulást feltételez. A mozgástanulás gyakorláshoz vagy tapasztalathoz kapcsolódó folyamatok összessége, ami változást okoz a mozgásos képességben, és magába foglalja új izommozgássorok kialakítását, valamint a meglévők újraképzését. A következőkben a mozgás elsajátításának fázisairól, a tanulásban részt vevő idegrendszeri struktúrákról, a teljesítményt és a tanulást befolyásoló tényezőkről, valamint arról lesz szó, hogyan tudjuk ezeket a jelenségeket vizsgálni.

A mozgástanulás viselkedéses vizsgálata

A mozgástanulás és a motoros memória kialakulásának folyamatára leggyakrabban a mozgásos viselkedésből következtetünk. A tanulás vizsgálatakor a középpontban a gyakorlás során bekövetkező teljesítmény változása áll. A tanulás jele, ha a mozgás kivitelezése pontosabbá/konzisztensebbé, illetve gyorsabbá válik anélkül, hogy az egyik funkció javulása a másik romlásával járna együtt. A gyakorlás során bekövetkező teljesítményváltozást a tanulási görbék írják le, melyek lefutása logaritmikus összefüggést mutat. Ez azt jelenti, hogy a tanulás soha nem fejeződik be, de a gyakorlás előrehaladtával adott mennyiségű gyakorlás hatására mind kisebb és kisebb a javulás a teljesítményben. Retenció alatt az elsajátítás (a gyakorlás folyamata) során elért teljesítmény megtartását értjük. Transzfer alatt pedig az elsajátítás során gyakorolt feladatnak egy új, nem gyakorolt feladatot végre-

hajtását/tanulását befolyásoló hatását. Ez a hatás lehet pozitív, negatív vagy semleges. Általában elmondhatjuk, hogy a transzfer függ a két feladat hasonlóságától, a feladatok hasonlósága pozitív transzfert eredményez. Arra vonatkozóan azonban kevés az adat, hogy a mozgás mely tulajdonságainak hasonlósága vezet pozitív transzferhez (SCHMIDT–LEE 1999). A gyakorlatban számos esetben kívánatos a pozitív transzferhatás, pl. a rehabilitáció során, kontrollált körülmények között megtanult készségek átültetése a gyakorlatba (amit a páciens a kórházban képes megtenni, azt legyen képes az otthonában is kivitelezni). A másik oldalról viszont egy adott mozgás vagy egy készség magas fokú elsajátítása kisebb fokú transzferhez vezet, vagy nem jelentkezik transzferhatás (KORMAN et al. 2003). A készségtanulásnak számos példája mutatja, hogy a tanulás a tréning alapvető paramétereire specifikus hatást gyakorol, pl. a végtag helyzetére, a mozgáspályára, vagy a trajektóriák gyakorlás során megtapasztalt sorozatára. A gyakorlás specifikussága a gyakorlás paramétereire vonatkozóan felveti, hogy a feldolgozásnak egy adott része, az adott paramétereket reprezentáló idegsejtek adott csoportjai mennek át a tanulásához kapcsolódó változáson. A gyakorlati munka során a magas fokú készségelsajátításnak nemcsak az előnyeit tapasztaljuk, hanem gyakran találkozhatunk a helytelenül megtanult, korrekcióra szoruló mozgásokon való utólagos változtatás nagy nehézségeivel is.

A mozgástanulás állomásai

A mozgástanulás folyamatának legismertebb modellje a FITTS (1964), FITTS és POSNER (1967), majd ANDERSON (1982, in ANDERSON 2000) által javasolt háromlépcsős modell. Az *első, kognitív fázisban* értjük meg azt, hogy mi a feladat, és hogy kell végrehajtani, valamint hogy hogyan értékelik a feladat végrehajtását. Általában jelentős kognitív igénybevétel szükséges ahhoz, hogy a tanuló megtalálja/meghatározza a megfelelő végrehajtási stratégiát. A jó stratégiákat megtartja, a nem megfelelőket elveti. Ennek következtében a teljesítmény eléggé inkonzisztens. A teljesítménybeli javulás ebben a fázisban a legnagyobb. Az instrukciók, a modell, a feedback és más tréningtechnikák szerepe ebben a fázisban a leghatékonyabb. A kognitív fázisban elért eredmények nagy része verbális-kognitív természetű. A legnagyobb javulás abban jelentkezik, hogy megtaláljuk, mit kell csinálni, és nem elsősorban a mozgásos minta finomodásában. („*Mi is a feladat, mit is kell végrehajtanom?*”) A *második, asszociatív fázis* akkor kezdődik, amikor az egyén megtalálta a feladat végrehajtásának leghatékonyabb módját, és a mozgáson elsősorban már csak finom változásokat végez. A feladat végrehajtása sokkal konzisztensebb, és a javulás is fokozatos. Ez a szakasz napoktól hetekig tarthat. Ebben a szakaszban a feladat verbális aspektusa kezd eltűnni: a „*mi a feladat*” helyett a „*hogyan hajtsam végre a feladatot*” kérdésként van a hangsúly. A mozgástanulással foglalkozó kutatásokban ezt a fázist vizsgáljuk a leggyakrabban. Az *automatikus fázis* hetek, hónapok vagy évek gyakorlásának a következménye. Ekkor a feladat végrehajtása már alacsonyabb kognitív terhelést (pl. figyelmet) igényel, és kevésbé interferál más, egy időben végrehajtott tevékenységekkel. Ebben a fázisban már lehetőség van arra, hogy az egyén a feladat végrehajtásának más szempontjaira fordítsa figyelmét (a zenész például az előadás módjára egy koncert során).

A kézmozgások tanulásakor a viselkedés és az agyban történő változások összefüggéseinek vizsgálata során KARNI és munkatársai (KARNI et al. 1995; 1998) a *mozgástanulás gyors és lassú fázisát* írták le. A tanulás során az első szakasz általában gyors teljesítményjavulással jár, és gyakorlásfüggő (pl. a teljesítmény javulása az első gyakorlás alatt), amit egy lassabb, fokozatos javulás követ, ami több szakaszból áll. A gyors fázis hossza több tényezőtől, például a feladat összetettségétől is függ. A gyakorlás alatti teljesítményt számos tényező: a gyakorlás mennyisége, elosztása, a feladatok összetétele és összetettsége, valamint a feedback is befolyásolja. A mozgástanulásra jellemző, hogy nemcsak gyakorlás

közben (online), hanem az azt követő, gyakorlás nélkül töltött periódusban (offline) is bekövetkeznek változások. Az offline fázis felelős a mozgásos memória stabilizációjáért, és a gyakorlást követő, további gyakorlás nélkül bekövetkező teljesítménynövekedésért (DAYAN–COHEN 2011; WALKER et al. 2003). A stabilizáció során (consolidation based stabilization) a teljesítmény nem javul a gyakorlás során elérhető képest, ám a más feladatokkal való interferencia csökken. Példa erre, hogy egy ujj-mozgássor gyakorlását követő 15 percen belül hasonló új feladat gyakorlása kedvezőtlenül hat a feladatokban elért teljesítmény megtartására, ám ez a hatás a két feladat közötti idő 4–6 órára növelése esetén eltűnik. A stabilizációt követően további gyakorlás nélkül is bekövetkezik a teljesítményjavulás a gyakorlás végén elért teljesítményhez képest (consolidation based enhancement). Míg a stabilizációt alvás/ébredés-függetlennek találták, a további gyakorlás nélküli teljesítményjavulását az ébredéshez képest az alvás elősegítette, illetve ennek feltétele volt. A gyakorlást követő alvás után a gyakorolt finommozgások gyakorlásfüggő és alvásfüggő teljesítményjavulásának mértéke között viszont nem találtak közvetlen összefüggést, és a gyakorlás mennyiségének növelése nem okozott további offline teljesítménynövekedést (WALKER et al. 2003).

A finommozgások tanulásában részt vevő központi idegrendszeri struktúrákról

Számos változás zajlik az idegrendszerben, miközben új képességeket sajátítunk el. A gyakorlással és a tanulással együtt járó változásokat az idegrendszerben nyomon követhetjük például képalkotó eljárások (PET, fMRI) és elektrofiziológiai módszerek [EEG, egysejt-regisztráció, transzkraniális mágneses stimuláció (TMS) és mikrostimuláció] segítségével.

A kézmozgások tanulása során a fent leírt stádiumokra jellemző változásokat találtak az agyi aktivitás feltérképezése során. A mozgástanulás esetén kiemelt szerepe van a kérgi mozgatóterületeknek, így az elsődleges mozgatókéregnek (M1), a szupplementer motoros, a pre-szupplementer motoros és a premotoros kéregnek, valamint a velük a thalamuszon keresztül reciprok kapcsolatban álló bazális ganglionoknak és a kisagynak. A nagyobb kognitív igénybevételt jelentő első fázisban a kérgi aktivitás kiterjedt mind a kérgi mozgatómezőkön belül, mind más kérgi területeken, mint pl. a prefrontális, a parietális, az elülső cinguláris kéregben; hasonlóképpen fokozott aktivitást találtak a kéreg alatti területeken (thalamusz, nucleus caudatus, globus pallidus), valamint a kisagyban (JEUPTNER et al. 1997). Tehát az elülső kérgi területek akkor aktívak, amikor a feladat által támasztott követelmények nagyobbak, pl. figyelem szükséges, elő kell készülni a következő mozgásos válaszra, és új döntéseket kell hoznunk. Ilyen körülmények között olyan területek is bekapcsolódnak, amelyek kevésbé kapcsolódnak közvetlenül az elsődleges mozgatókéreghez. Ilyenkor a mozgásos válasz hosszabb időt vesz igénybe, és nagyobb a variabilitás. Az automatikus fázis felé haladva, a tanulás lassú fázisában az aktivitás egyre inkább a kérgi mozgatómezőkre, a parietális lebenyre, a kéreg alatt a putamen hátsó részére tevődik, s kisebb lesz az aktivitás a kisagy egyes területein is. Tehát amikor egy feladat már automatikus, a motoros rendszer hátulsó „sávjai” aktívak, az elülső „sávok” felszabadulnak, és más aktivitásban is részt vehetnek. Míg az adaptációt igénylő feladatokban (pl. megfelelő erő megválasztása) a nagyagykéreg–kisagykéreg és a kisgyi magvak, addig az új mozgássorok tanulásakor (pl. gépelés, hangszeres játék) elsősorban a nagyagykéreg és a bazális ganglionok közötti idegi hálózatok elsődleges szerepét feltételezik a tanulás lassú fázisában (DOYON–BENALI 2005). A gyakorlásfüggő plaszticitás természetesen az idegrendszer alacsonyabb szintjeire, így a kortikospinális pályarendszerre, a gerincvelőre is jellemző.

A finommozgások – pl. ujjmozgássorozat – tanulása során az alvás szerepét számos tanulmány kiemelte *mind tipikus, mind atipikus fejlődés* esetén (ADI-JAPHA et al. 2011). A gyakorlást követő alvás során leírt egyes alvásmutatók (pl. a lassú hullámú alvás alatti alvási orsók száma, amplitúdója) és az offline teljesítménynövekedés között számos esetben találtak összefüggést (BARAKAT et al. 2013; TAMAKI et al. 2013). Az alvásfüggő teljesítményjavulás mértéke függ a gyakorolt feladat összetettségétől: összetettebb feladat (pl. hosszabb, bonyolultabb ujjmozgássor) esetén kifejezettebb az alvás utáni teljesítményjavulás (KURIYAMA et al. 2004). A gyakorlást végző személy életkora szintén befolyással bír az alvásfüggő teljesítményjavulásra. Ujjmozgássorozat tanulása során a gyakorlás alatt gyengébben teljesítő gyermekek teljesítménynövekedése a pontosságot tekintve nagyobb volt alvást követően (ASTILL et al. 2014), míg időskorban a lassú hullámú alvás jellemzőinek megváltozásával az offline teljesítménynövekedés kisebb mértékű (FOGEL et al. 2014).

Életkori hatások

A kéz és az ujjak mozgásai a többi mozgáshoz képest viszonylag későn érnek (érik el a felnőttkorra jellemző szintet), ezek között is a szekvenciális és az alternáló mozgások a legkésőbb. Az ujjakkal végzett mozgássorozatok végrehajtása esetén a kiindulási teljesítmény mind a pontosság, mind a sebesség tekintetében nő az életkor előrehaladtával legalább 20 éves korig, ami nemcsak a kérgi és a kéreg alatti struktúrák, hanem jelentős mértékben a kortikospinális pályarendszer elhúzódnó érésének is betudható. A finommozgások tanulásához kapcsolódó plaszticitás felnőttkorban is fennmarad (DORFBERGER et al. 2009; GERVAN–BERENCSEI–KOVÁCS 2011). A gyakorlást követő offline teljesítménynövekedés a serdülőkortól kezdve a férfiak esetén kifejezettebbnek tűnik, mint a nőknél (DORFBERGER et al. 2009). Az életkori hatások között az idegrendszer érésén túl fontos szerepe van a muszkuloskeletális fejlődésének is, ami meghatározza a biomechanikai sajátosságokat, így behatárolhatja a kiindulási teljesítményt, és kihathat a tanulási folyamatra is.

A gyakorlás mennyisége, elosztása és tagolása

A gyakorlás mennyisége alapvetően befolyásolja a tanulás minőségét, eredményességét. Nagyobb mennyiségű, hosszán (hetekig, hónapokig) tartó gyakorlás specifikus, plasztikus változásokat hoz létre az idegrendszerben, pl. az M1-ben (KARNI et al. 1995, 1998). Egy másik fontos szempont azonban, hogy az adott mennyiségű gyakorlást hogyan osztjuk el az egyes gyakorlási napokon belül, illetve hosszabb időszakokban.

A mozgástanulás eredményességére hatással van az aktív gyakorlással töltött idő és a pihenőidők ütemezése. *Tömbösített*, vagy más szóval *tömörített gyakorlásról* akkor beszélünk, ha az aktív gyakorlás nincs megszakítva szünetekkel, vagy csak nagyon rövid szüneteket szűrnek be a gyakorlás folyamatába, melyek rövidebbek, mint az aktív gyakorlással töltött periódusok. *Tagolt gyakorlás* során az aktív gyakorlással töltött periódusok jobban elkülönülnek egymástól, hosszabb szünetekkel, a szünetek hosszúsága pedig megegyezik az aktív gyakorlási periódusok hosszával, vagy hosszabb azoknál. Több tanulmány (LEE–GENOVESE 1988; DONOVAN–RADOSEVICH 1999; SHEA et al. 2000) a tagolt gyakorlás előnyét hangsúlyozta a tömörített gyakorlással szemben. [A tagolt elsajátítás pozitív hatása egyébként nem csak mozgások tanulásakor mutatkozik meg. SMITH és ROTHKOPF (1984) egyetemi statisztika előadások tananyag-elsajátításának hatékonyságát vizsgálta részben a tömbösített és tagolt gyakorlás kontextusában. Arra a következtetésre jutottak, hogy az egyetemi statisztika tananyag megtanulása is hatékonyabb, ha azt több napra szétosztva oktatják.]

A gyakorlás variabilitása

Az *elsajátítás* (más szóval: gyakorlás) során a mozgásfeladatok variabilitásának mértéke szintén hatással van a tanulás eredményességére. A *variabilitás* (egy mozgás többféle variációjának gyakorolása) rontja ugyan a teljesítményt az elsajátítás során, de jobban segíti a tanultak *megmaradását* (a retenciót), mint a *specifikus gyakorlás* (egy mozgás egyféleképpen történő gyakorlása az elsajátítás során). A variabilitás pozitív hatása a mozgástanulásra Schmidt *séma-teóriájából* (SCHMIDT 1975) ered. Schmidt szerint, amikor egy személy valamilyen mozgást gyakorol, a gyakorlás révén egy mozgásos válaszsémát alakít ki magában, ami nem más, mint ismeretek összessége az éppen gyakorolt mozgásról. Többféle kiindulási helyzet megtapasztalása, a mozgás különböző paramétereinek megtapasztalása (pl. különböző nagyságú erő kifejtésnek vagy sebesség alkalmazásának milyen következményei lesznek), a mozgás szenzoros következményeinek megtapasztalása, a mozgás eredményének megtapasztalása kialakít egy sémát a mozgást gyakorló személyben. Schmidt elmélete szerint egy-egy mozgás végrehajtása után a mozgásra vonatkozó információk elraktározódnak a központi idegrendszerben, és a gyakorlás során ezek az információk egy sémává alakulnak. A séma tehát az adott mozgáshoz tartozó tapasztalatok összessége. Minél több tapasztalatot szerzünk egy mozgásról (minél többször tapasztaljuk meg a mozgás valamely variációját, paraméterét), annál erősebb lesz az adott mozgásra vonatkozó motoros séma. Ha egy adott mozgásra vonatkozóan kellően erőssé vált a séma, az azt jelenti, hogy nagy valószínűséggel a mozgásnak olyan új variációját is képes hatékonyan végrehajtani a mozgást elsajátító személy, mely variációt az elsajátítás során nem is gyakorolt (gondoljunk például arra a gyakorlott kosárlabdázóra, aki a pálya több pontjáról is magabiztosan tud 3 pontos kosarat dobni).

A variábilis gyakorlás hatását többféle mozgás esetében vizsgálták. *Sporttal összefüggő* mozgásfeladatokat alkalmazó (MEMMERT 2006; DOUVIS 2005), *célzó mozgásokat alkalmazó* (HEITMANN et al. 2005) és *időzítéses* feladatokat alkalmazó (GIUFFRIDA et al. 2002) tanulmányok is kimutatták a variábilis gyakorlás pozitív hatását a tanulás eredményességére. Gyerekek esetében hatékonyabbnak tűnik a variabilitás alkalmazása gyakorlási helyzetekben felső végtagi mozgások esetén (KERR–BOOTH 1978; GREEN et al. 1995). Úgy tűnik, az sem mindegy, hogy a variábilis gyakorlás során hogyan követik egymást az elsajátítandó mozgásfeladatok. Ha például 4 variációját kell gyakorolni egy mozgásnak (A, B, C, D variáció) összesen 20-szor, akkor a 4 variáció többféleképpen is csoportosítható. A 4 variáció gyakorolható blokkokba rendezve (pl. AAAAA, BBBBB, CCCCC, DDDDD sorrendben), szeriálisan (pl. ABCD, ABCD, ABCD, ABCD, ABCD sorrendben) és randomizálva (pl. ACBD, BDAC, DCBA stb.). A gyakorolt A, B, C és D feladatok száma mindhárom esetben megegyezik, tehát az elsajátítást végző személyek mindhárom esetben ugyanannyiszor gyakorolják a 4 feladatvariációt, csak más-más sorrendben. LEE és MAGILL (1983) azt találták, hogy *hatékonyabb* a tanulás, ha a feladatok *szeriális vagy randomizált* módon követik egymást, mintha blokkokba rendezett módon kell elsajátítani azokat.

A variábilis gyakorlás tipikus fejlődésű populációkban történt vizsgálatain alapján jobb transzfer feltételezhető a tanulást követően, ezért hatásait a neurorehabilitációban is vizsgálták. Stroke-túlélőkkel végzett vizsgálatunk előzetes eredményei azt mutatták (VAMOS et al. 2011), hogy hemiparetikus stroke-betegek esetében a precíz izometriás kézi szorítóerő-kifejtés tanulása, valamint a mozgás új feltételek között való alkalmazása (a transzfer) szempontjából a *variábilis gyakorlás* feltehetően *hatékonyabb*, mint a specifikus gyakorlás.

Összegezve a fentieket: mind a gyakorlás alatti teljesítményt, mind a tanultak hosszú távú megtartását és az új körülmények között való alkalmazását számos faktor befolyásolja. Annak ellenére, hogy ezek egy része – pl. a mozgásos memória konszolidációs fázisainak feltérképezése – a képalkotó eljárások fejlődésével az utóbbi két évtizedben valamivel nagyobb hangsúlyt kapott, mint korábban, számos terület még feltáratlan.

Ilyen pl. a gyakorlás összetételének, elosztásának vagy a feedback hatásainak vizsgálata az egyes mozgáskorlátozott vagy tanulásban/értelmileg akadályozott populációkban. Ezek további vizsgálata és a gyakorlati munkába történő integrációja a szomatopedagógiai szakterületnek is egyik fontos feladata lehet a jövőben.

Irodalom

- ADI-JAPHA, E. – FOX, O. – KARNI, A. (2011): Atypical acquisition and atypical expression of memory consolidation gains in a motor skill in young female adults with ADHD. *Research In Developmental Disabilities, 32*(3), 1011–1020. doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.048
- ANDERSON, J. R. (2000): *Learning and Memory: An Integrated Approach*. 2nd edition. Wiley, New York.
- ASTILL, R. G. – PIANTONI, G. – RAYMANN, R. J. – VIS, J. C. – COPPENS, J. E. – WALKER, M. P. – STICKGOLD, R. – VAN DER WERF, Y. – VAN SOMEREN, E. J. (2014): Sleep spindle and slow wave frequency reflect motor skill performance in primary school-age children. *Frontiers in Human Neuroscience, 8*, 910. doi: 10.3389/fnhum.2014.00910
- BARAKAT, M. – CARRIER, J. – DEBAS, K. – LUNGU, O. – FOGEL, S. – VANDEWALLE, G. – HOGE, R. D. – BELLEC, P. – KARNI, A. – UNGERLEIDER, L. G. – BENALI, H. – DOYON, J. (2013): Sleep spindles predict neural and behavioral changes in motor sequence consolidation. *Human Brain Mapping, 34*(11), 2918–2928. doi: 10.1002/hbm.22116
- DAYAN, E. – COHEN, L. G. (2011): Neuroplasticity subserving motor skill learning. *Neuron, 72*(3), 443–454. doi: 10.1016/j.neuron.2011.10.008
- DONOVAN, J. J. – RADOSEVICH, D. J. (1999): A meta-analytic review of the distribution of practice effect: Now you see it, now you don't. *Journal of Applied Psychology, 84*(5), 795.
- DORFBERGER, S. – ADI-JAPHA, E. – KARNI, A. (2009): Sex differences in motor performance and motor learning in children and adolescents: an increasing male advantage in motor learning and consolidation phase gains. *Behavioural Brain Research, 198*(1), 165–171. doi: 10.1016/j.bbr.2008.10.033
- DOUVIS, S. J. (2005): Variable practice in learning the forehand drive in tennis. *Perceptual and Motor Skills, 101*(2), 531–45.
- DOYON, J. – BENALI, H. (2005): Reorganization and plasticity in the adult brain during learning of motor skills. *Curr Opin Neurobiol, 15*(2), 161–167. doi: 10.1016/j.conb.2005.03.004
- FOGEL, S. M. – ALBOUY, G. – VIEN, C. – POPOVICCI, R. – KING, B. R. – HOGE, R. – SAAD J. – BABDI, S. – BENALI, H. – KARNI, A. – MAQUET, P. – CARRIER, J. – DOYON, J. (2014): fMRI and sleep correlates of the age-related impairment in motor memory consolidation. *Human Brain Mapping, 35*(8), 3625–3645. doi: 10.1002/hbm.22426
- GERVAN, P. – BERENCI, A. – KOVÁCS, I. (2011): Vision first? The development of primary visual cortical networks is more rapid than the development of primary motor networks in humans. *PLoS One, 6*(9), e25572. doi: 10.1371/journal.pone.0025572
- GIUFFRIDA, C. G. – SHEA, J. B. – FAIRBROTHER, J. T. (2002): Differential transfer benefits of increased practice for constant, blocked, and serial practice schedules. *Journal of Motor Behavior, 34*(4), 353–365.
- GREEN, D. P. – WHITEHEAD, J. – SUGDEN, D. A. (1995): Practice variability and transfer of a racket skill. *Perceptual and motor skills, 81*(3f), 1275–1281.
- HEITMANN, R. J. – PUGH, S. F. – KOVALESKI, J. E. – NORELL, P. M. – VICORY, J. R. (2005): Effects of specific versus variable practice on the retention and transfer of a continuous motor skill. *Perceptual and Motor Skills, 100*, 1107–1113.
- JUEPTNER, M. – STEPHAN, K. M. – FRITH, C. D. – BROOKS, D. J. – FRACKOWIAK, R. S. – PASSINGHAM, R. E. (1997): Anatomy of motor learning. I. Frontal Cortex and Attention to Action. *Journal of Neurophysiology, 77*(3), 1313–1324.
- JUEPTNER, M. – FRITH, C. D. – BROOKS, D. J. – FRACKOWIAK, R. S. – PASSINGHAM, R. E. (1997): Anatomy of motor learning. II. Subcortical structures and learning by trial and error. *Journal of Neurophysiology, 77*(3), 1325–1337.
- KARNI, A. – MEYER, G. – JEZZARD, P. – ADAMS, M. M. – TURNER, R. – UNGERLEIDER, L. G. (1995): Functional MRI evidence for adult motor cortex plasticity during motor skill learning. *Nature, 377*(6545), 155–158. doi: 10.1038/377155a0
- KARNI, A. – MEYER, G. – REY-HIPOLITO, C. – JEZZARD, P. – ADAMS, M. M. – TURNER, R. – UNGERLEIDER, L. G. (1998): The acquisition of skilled motor performance: fast and slow experience-driven changes in primary motor cortex. *PNAS, 95*(3), 861–868.
- KERR, R. – BOOTH, B. (1978): Specific and varied practice of motor skill. *Perceptual and Motor Skills, 46*(2), 395–401.
- KORMAN, M. – RAZ, N. – FLASH, T. – KARNI, A. (2003): Multiple shifts in the representation of a motor sequence during the acquisition of skilled performance. *PNAS, 100*(21), 12492–12497. doi: 10.1073/pnas.2035019100
- KURIYAMA, K. – STICKGOLD, R. – WALKER, M. P. (2004): Sleep-dependent learning and motor-skill complexity. *Learning & Memory, 11*(6), 705–713. doi: 10.1101/lm.76304

- LEE, T. – MAGILL, R. (1983): The locus of contextual interference in motor-skill acquisition. *Journal of Experimental Psychology. Learning, Memory, and Cognition*, 9(4), 730–746.
- LEE, T. D. – GENOVESE, E. D. (1988): Distribution of practice in motor skill acquisition: Learning and performance effects reconsidered. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 59(4), 277–287.
- MEMMERT, D. (2006): Long-term effects of practice on learning and transfer of a complex motor skill. *Perceptual and Motor Skills*, 103(3), 912–916.
- SCHMIDT, R. A. (1975): A schema theory of discrete motor skill learning. *Psychological Review*, 82(4), 225–260.
- SCHMIDT, R. A. – LEE, T. D. (1999): *Motor control and learning: a behavioral emphasis* (3rd ed.). Human Kinetics, Champaign, IL.
- SHEA, C. H. – LAI, Q. – BLACK, C. – PARK, J. H. (2000): Spacing practice sessions across days benefits the learning of motor skills. *Human Movement Science*, 19(5), 737–760.
- SMITH, S. M. – ROTHKOPF, E. Z. (1984): Contextual Enrichment and Distribution of Practice in the Classroom. *Cognition and Instruction*, 1(3), 341–358.
- TAMAKI, M. – HUANG, T. R. – YOTSUMOTO, Y. – HAMALAINEN, M. – LIN, F. H. – NANEZ, J. E. SR. – WATANABE, T. – SASAKI, Y. (2013): Enhanced spontaneous oscillations in the supplementary motor area are associated with sleep-dependent offline learning of finger-tapping motor-sequence task. *The Journal of Neuroscience*, 33(34), 13894–13902. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1198-13.2013
- VÁMOS, T. – BERENCSI, A. – FAZEKAS, G. – IMANAKA, K. – HORVÁTH, M. – TRÓCSÁNYI, M. (2011): Precise isometric hand grip learning of patients with hemiparetic stroke. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 47(S1), 17.
- WALKER, M. P. – BRAKEFIELD, T. – HOBSON, J. A. – STICKGOLD, R. (2003): Dissociable stages of human memory consolidation and reconsolidation. *Nature*, 425(6958), 616–620. doi: 10.1038/nature01930
- WALKER, M. P. – BRAKEFIELD, T. – SEIDMAN, J. – MORGAN, A. – HOBSON, J. A. – STICKGOLD, R. (2003): Sleep and the time course of motor skill learning. *Learning & Memory*, 10(4), 275–284. doi: 10.1101/lm.58503

A szlovákiai Carissimi Nonprofit Alap kuratóriuma 2010-ben *Carissimi – Esély a fogyatékos és egészségkárosodott embereknek* címmel olyan magyar nyelvű ismeretterjesztő folyóirat megjelenésének támogatását határozta el, amely fórumot teremt fogyatékos és egészségkárosodott embereknek, és segítséget nyújt az őket érintő ügyekben való eligazodáshoz, társadalmi beilleszkedésükhöz.



Az ismeretterjesztő folyóirat valamennyi eddig megjelent száma ingyenesen elérhető a www.carissimi.sk oldalon.

Szenzoros integrációs terápiák alkalmazása a gyógypedagógiai fejlesztő munka gyakorlatában

2. rész

REMÉNYI TAMÁS (1) – REGA SCHAEFGEN¹ (2) –

– GEREKEN FERENCNÉ (3)

remenyi.tamas@barczi.elte.hu, regaschaeffen@web.de,

gereben@barczi.elte.hu

Absztrakt

A szenzoros integrációs terápiával kapcsolatban a legtöbb szakember a terápia speciális eszközeire asszociál, pedig maga a koncepció kidolgozója, A. J. Ayres nem csupán a speciális eszközök használatára építette a terápia hatékonyságát. Tanulmányunk a terápia legfontosabb jellegzetességeit mutatja be.

Kulcsszavak: idegrendszer, információfeldolgozás, szenzoros integráció, plaszticitás, holisztikus szemlélet, környezet, erősségek, gyengeségek, részképességek, egyéni motiváció, aktivitási szint, tevékenységtervezés, kivitelezés, terápiás eszközök, terapeuta hozzáállása, szaktudás, empátia, ráhangolódás, fejlettségi szint, adekvát helyzet, elegendő kihívás, adekvát megoldás

A szenzoros integrációs terápia legfőbb ismertetőjegyei

Az Anna Jean Ayres által megalkotott és az őt követő szakemberek részéről továbbfejlesztett koncepció sajátos ismertetőjegyekkel rendelkezik, amelyek egyértelműen megkülönböztetik a szenzoros integrációs terápiát más terápiás módszerektől. A terápia azonban rendelkezik olyan sajátosságokkal is, amelyek más terápiás módszerekben is fellelhetők, s egyben fontos jellemzői az Ayres által kidolgozott eljárásnak is. Tanulmányunkban – a *Gyógypedagógiai Szemle* 2014/4. számában megjelent tanulmány folytatásaként – áttekintjük a szenzoros integrációs terápia 13 legfőbb ismertetőjegyét, ami Magyarországon ebben a formában első ízben kerül bemutatásra.

1 Rega Schaeffen (ergoterapeuta, tanulásterapeuta, szenzorosintegrációs terapeuta, Szenzoros Integrációs Központ, Bergen, Berlin) 2014. szeptember 26–27. között az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karon, az Erasmus program keretében tartott előadásának felhasználásával készült közlemény.

1. Holisztikus szemlélet

A terápia megtervezése és kivitelezése során *a gyermeket és környezetét egységes egészként szemléljük*. Figyelembe vesszük a gyermek személyiségének sajátosságait, érdeklődési körét, adottságait, megküzdési mechanizmusait, a környezetével együtt, beleértve azokat a személyeket, akikkel kötődik, akikkel él, akikkel találkozik, együttműködik. A gyermeket tehát nemcsak a nehézségei, zavarai, fejlődésbeli elmaradásai és nem adekvát reakciói, viselkedése alapján, hanem a személye teljes egészét vizsgálva, egy rendszer központi elemeként fogadjuk el, a sajátosságaival együtt. Hatékony megoldást azt fog jelenteni, ha a gyermek, a környezete és a hozzátartozói együtt próbálnak megoldást találni a nehézségekre. Ezek alapján a diagnózis felállításakor a gyermek *erősségeire is* nagy hangsúlyt fordítunk a gyengeségek mellett, a szenzoros, érzelmi, szociális és kognitív funkciók vizsgálata során (SCHAEFGEN 2007).

2. Megoldásközpontú problémamegközelítés

A szenzoros integrációs terápia során elsősorban nem funkciók és teljesítmények tünetközpontú kezeléséről van szó, sokkal inkább a gyermek alapvető, helyzetfelismerő, problémamegoldó képességeinek elsajátításán van a hangsúly. A gyermek egyéni érzékelési, észlelési zavarai, érzelmi, kommunikációs és értelmi képességei a háttérben rejlő okokként jelennek meg, amelyek meghatározzák a gyermek, a környezete és a kortársak együttműködését. A gyermek szenzoros diszfunkciói otthon a szülők, az oktatási intézményekben pedig a pedagógusok számára okoznak nehézséget a hétköznapi tennivalók kivitelezésében. Ezeknek a tennivalóknak a megbeszélése, az információgyűjtés a gyermek tipikus reakcióiról már a szülőkkel való első találkozáskor fontos feladat. A diagnózis felállításában, a terápiás célok megállapításában és a fejlődés hatékonyságának vizsgálatában a gyermek egyéni megküzdési mechanizmusai jelennek meg. A mindennapi tevékenységek során a jól működő szenzoros integráció alapján meghatározzuk a gyermektől elvárható megfelelő reakciókat. A terápia eredményességét akkor állapíthatjuk meg, ha a kitűzött célt elértük, s ez a gyermek, a szülők és a pedagógus számára is egyértelmű (SCHAEFGEN 2006).

Ha egy gyermeknek nehézsége adódik a tanítási helyzetek során abban, hogy csendben üljön, koncentráljon a környezetére és magára, akkor a terápia tervezése során erre a problémás helyzetre koncentrálunk. A terápia hatékonyságát ennek a hétköznapi, problémás helyzetnek a megoldásán mérjük le. Azaz a terápia sikeressége attól függ, hogy a gyermek a terápiát követően képes-e csendben megülni és a környezetére és saját magára egyaránt figyelni. A terápia minden fontos lépése, jelen esetben a testtartás jobb kontrolljának fejlesztése, az aktivitási szint szabályozása, a propriocepció fejlesztése, a figyelmi funkciók fejlesztése éppúgy, mint a szülők és a pedagógus problémához való hozzáállásának megváltoztatása, együtt vezetnek a kívánt eredmény eléréséhez.

A terápiás célok felállításának sora a terápiának szintén fontos jellegzetessége. Terápiás céljainkat általában hármas felosztási rendszerben határozzuk meg: rövid-, közép- és hosszú távú célok. Mindhárom szinten a céloknak egyértelműeknek, világosoknak, a terápia és a mindennapi tevékenységek nézőpontjából is könnyen értelmezhetőeknek és elérhetőeknek, teljesíthetőeknek kell lenniük.

3. Részképességek működése

Már maga Ayres is megfogalmazta, hogy bizonyos készségek megfelelő működésének feltételei a szükséges alapképességek, részképességek megfelelő működése. A készségek, akkor is ki tudnak alakulni, ha a részképességek nem optimálisan fejlettek. Ilyen esetekben azonban a fejlődés folyamata sokkal fárasztóbb, hosszabb, és sokszor elkedvetlenítőbb, kudarcélményekkel terheltőbb a gyermek számára. Minél nagyobb a részképességek működési zavara, annál nagyobb kihívást jelent a fejlődés folyamata (SCHAEFFGEN 2005).

A részképességek nem optimális fejlettsége során bizonyos fejlődési fokokat a gyermekek nem tudnak „megugrani”, s ha ezen részképességeket nem tudjuk megfelelően felmérni, akkor egyes helyzetekben a gyerekek túlterhelődhetnek, vagyis az adott helyzet megoldására nem lesznek képesek. Például egy gyermeknek, aki nem tud még kerékpározni, mindenekelőtt az szükséges, hogy megfelelő testtartási kontrollal rendelkezzen, megfelelőek legyenek a védekező és egyensúlyi reakciói, a vizuomotoros koordinációja, aminek segítségével nemcsak egyenesen tud gurulni, hanem ha szükséges, fékezni tud, és megáll, anélkül hogy leesne a bicikliről.

4. A gyerek motivációjának figyelembevétele

A terápia tervezése, az eszközök és a módszerek megválasztása során az egyik legfontosabb stratégia a *gyermek belső hajtóerejének, motivációjának figyelembevétele*. A helyzetek megélése során a motiváltság biztosítja a megfelelő ingerfelvétel lehetőségét. Ez néha igazán egyszerűnek látszik, s ilyenkor úgy is tűnhet, mintha a terápiás foglalkozás csak a gyerek örömeért lenne. Azonban sokszor nagyon nehéz rátalálni az épp megfelelő terápiás helyzetre, ami kellőképpen motiváló a gyermek számára. A szakember felkészültségét sokszor pont ez a sajátosság mutatja meg. Képes-e kellően ráhangolódni a gyermekre, s meg tudja-e állapítani a gyermek fejlettségi szintjét az adott részképesség-területre vonatkozólag.

A gyermek nem feltétlenül tud megfelelő eszközt választani, különösen, ha saját képességeit nem reálisan méri fel, s ez a megismerő funkciók zavaraival küzdő gyermekek esetében gyakori. Az egyéni érdeklődés gyakran csak egy kezdeti lelkesedést jelent, s ez sokszor a terápiás célokhöz sem illeszkedik, ezért a terapeutának e területen nagyon fontos szerepe van abban, hogy a gyermek egyéni érdeklődését és az aktuális fejlettségi szintjét kellően összehangolva válassza meg a terápiás helyzetet és az eszközöket. E területen a terapeutának a terápia kezdő szakaszában jóval nagyobb szerep jut, míg a terápia előrehaladtával, a gyermek megismerő funkcióinak javulásával párhuzamosan egyre inkább a háttérbe kell húzódnia, teret adva a gyermek önszabályozó és önmagát motiváló folyamatainak, így elősegítve a kompetencia és autonómia kialakulását (SCHAEFFGEN 2004).

5. A kliens egyéni aktivitásának bevonása

Ennek a pontnak az alapvető jelentősége az idegrendszer megfelelő aktivitásában áll, a perifériás és a központi idegrendszer pályáinak és az idegsejtek hálózatának aktív használat alatt kell állniuk. Ahogy Ratey fogalmaz: „Amit nem használunk, az elvész! Minél intenzívebben használunk valamit, az annál jobban megerősödik” (RATEY 2001: 76).

Ezen megállapítás szerint a terápia során igazából nem is mi kezeljük a gyermeket, hanem csak bátorítjuk, motiváljuk, hogy saját magát állítsa kihívások elé, amelyek során sikerélményeket gyűjthet. Ezen helyzetek során a gyermek a játékban saját elképzeléseit,

céljait tudja megvalósítani, s ezekkel az apró lépésekkel biztosítja saját maga számára a fejlődés útját. A terapeuta a foglalkozás során a környezet, a terápiás léghő és a terápiás eszközök segítségével biztosítja, hogy a szenzoros ingerek felvétele és a figyelem fókuszáltsága optimális legyen.

Ilyenkor a tevékenység az eredmény, a siker elérésével önmagát erősíti és jutalmazza meg, így nincs is szükség külső megerősítésre. A terapeuta empatikus, odafigyelő jelenléte, kísérése a tevékenység végzése során elegendő. A terapeuta a helyzet biztosításával, a gyermek motiváltságának szemmel tartásával, a megfelelő kihívás biztosításával, az esetlegesen hiányzó lépések megtételében nyújtott segítségadással, érzelmi támogatással biztosítja a gyermek sikerét. A gyermek egy speciálisan kialakított szenzoros környezetben próbálkozások és hibázások során megtanulja, hogyan tud eredményt elérni, sikeres lenni, s eközben megtanulja saját képességeit felmérni, beazonosítani (SCHAEFFGEN 2007).

A gyermek által keresett szenzoros információ, helyzet, kihívás rendelkezik a legjobb lehetőséggel arra, hogy azt a gyermek idegrendszere optimális módon feldolgozza. Egy felnőttek (szülő, szakember) által felkínált szenzoros információfelvételi lehetőség kiválasztása, a gyermek fejlettségi szintéhez illeszkedése, felvétele és feldolgozása nagy körültekintést, alaposítást igényel. Egy olyan gyermeknek, akinek lehetősége van rá, és fejlettségi szintjének, képességeinek megfelelő kihívásokat keres, és ezen helyzetek adekvát megoldását saját maga meg is képes szervezni, nincs szüksége terápiára. Ha egy gyermek a saját szükségleteit nem képes meghatározni, nem ismeri a határait, nem képes megbízni saját magában, a teste jelzéseiben, térben és időben nehezen tájékozódik, s nem a fejlettségi szintjének megfelelő kihívásokat keresi, annak a gyermeknek nagy szüksége van a képességeit figyelembe vevő, neki sikerélményt biztosító szenzoros integrációs terápiára (FISHER–MURRAY–BUNDY 1999).

6. A tevékenység kivitelezésének megfelelő időzítése

A gyermekek a saját tapasztalataik segítségével képesek az adott tevékenységek kivitelezését megtanulni, megfelelően megtervezni. A tevékenységek kivitelezése során a tapasztalataikból a gyerekek széles repertoárt állítanak össze a helyzetekre adott adekvát, lehetséges reakciókból, s ezeket a mintákat használják fel későbbi helyzetek megoldása során. Ilyen mintaként értelmezhetőek a védekező és egyensúlyi reakciók, a megfelelő testtartás- és mozgáskoordinációs lehetőségek, amelyeket az adott helyzetekben adekvát megoldási módokként elő tudnak hívni. Ezek nem egyéni képességek, inkább alapvető, más, hasonló szituációkra átvihető alkalmazások, amelyek pozitívan befolyásolják a problémamegoldó képességet, s ezáltal elősegítik a helyzetek magabiztosabb kezelését, megoldását. Ezen folyamatok során alakít ki a gyermek saját képességeiről egy belső képet, ami önmaga meghatározásához szükséges. S így újabb, reális, elérhető célokat lesz képes magának kijelölni, amelyek újabb eredményekkel, sikerélményekkel segítik az önmagát serkentő fejlődési folyamatot (SCHAEFFGEN 2002).

Így például, ha egy gyermek a fára szeretne felmászni, megnézi a fát, és mentálisan elindul egy összetett folyamat. Meg kell keresnie a szemével a helyeket a fán, ahol a kezével meg tud kapaszkodni, a lábával meg tud támaszkodni, s mindezt össze kell hangolnia azzal, hogy ő önmagát hogyan tudja felhúzni, azaz a proprioceptív információival is tisztában kell lennie. Az ebben a pillanatban megalkotott terv és sorrend a mozgás tervezése, amit ekkor a meglévő mozgásmintával kell összekapcsolni. Kezdetben ez egy próbaszerencse tanulás, később tudatosan tervezhetővé és más tevékenységekre átvihetővé válik.

7. A szenzoros rendszerek integrációjának megfelelő működése

A szenzoros rendszerek serkentő, gátló és tónusadó hatása a hetedik komponense a szenzoros integrációs terápiának. Ezalatt azt értjük, hogy különböző ingerek különböző hatást váltanak ki. Így például az egyenes irányú, gyors hintázás serkentő hatást vált ki a vizuális és a propriocentív területeken, s ezáltal fokozza e két terület információfeldolgozási folyamatait, többek között az izomtónus-szabályzási folyamatokat is. A lassú, egyenletes tempójú hintázó mozgás ezzel ellentétben izomellazító hatást vált ki, mert ilyenkor a vesztibuláris rendszer gátló hatást gyakorol a propioceptív rendszerre. Az ilyen interszenzoros hatásokat a terápia során gyakran használjuk (SCHAEFGEN 2007).

8. Arousal, az idegrendszer aktivitási szintje

Az idegrendszer aktivitási szintje alapján minden ember különböző érzékenységgel reagál a saját testéből vagy a külvilágból származó, az idegrendszerbe jutó ingerekre. *Az idegrendszer aktivitási szintje a szenzoros feldolgozási folyamatot erőteljesen befolyásolja, meghatározza.* Az aktivitási szint idegrendszeri szabályozásának fontos szerepe van a szenzoros túlérzékenységek és alulérzékenységek kialakulásában, s ezen folyamatok figyelembevétele különösen fontos az a ADHD által érintett gyerekek esetében.

A Williams és Shellenberger által felnőttek számára kidolgozott ALERT-program gyermekek számára adaptálható. A program segítséget nyújt a gyerekeknek abban, hogy saját idegrendszerük aktivitási szintjét beazonosítsák, megtanulják azt tudatosan megváltoztatni, s az adott helyzetnek megfelelő aktivitási szintet biztosítani (WILLIAMS–SHELLENBERGER 2004).

Ebben a folyamatban a terapeutának fontos szerepe, hogy a gyermek számára az ő kommunikációs szintjén visszajelyezze az aktuális idegrendszeri aktivitási szintet, és hatékony terápiás módszerekkel támogassa az aktivitási szint csökkentését vagy növelését. Például ha egy gyermek aktivitási szintje nem az adott helyzethez mért, nem adekvát módon szabályozott, az megnehezítheti, s akár lehetetlenné is teheti a terápia működését, eredményességét.

9. Az észlelési folyamat érzelmi befolyásolása

Jean Ayres a munkássága során folyamatosan hangsúlyozta, hogy az idegrendszer információfeldolgozási, észlelési folyamatait befolyásolják az érzelmek. Egyértelműen hangsúlyozta, hogy a limbikus rendszer hatást gyakorol az információfeldolgozás folyamataira. Ezek alapján a *szenzoros integrációs terápia során a szenzomotoros képességek nem választhatók el az érzelmi interpretációk folyamataitól.* S mindezt a diagnózis felállításában éppúgy figyelembe kell venni, mint a terápia tervezése során (SCHAEFGEN 2007).

Különösen a szenzoros túlérzékenységek terápiaja esetében kell nagy hangsúlyt fektetnünk az eszközök adekvát megválasztása mellett a terápiás tevékenység egyénhez illeszkedő voltára, hogy az alkalmazott eszközök, anyagok a gyermek számára megfelelő kihívásokat jelentsenek, figyelembe véve a gyermek egyéni szükségleteit. Ha a mindennapi helyzetek során a gyermek túlérzékenysége miatt elkerült helyzeteket, eszközöket, anyagokat megfelelő ingermennyiségben biztosítjuk számára (a gyermek érzékenységéhez igazodva), akkor azok segítik a szenzoros túlérzékenység csökkentését, és javítják a feldolgozás idegrendszeri folyamatának hatékonyságát.

10. Megfelelő kivitelezésre törekvés

A szenzoros integráció során az információ felvétele és feldolgozása nem öncélú, hanem a mindennapi helyzetek során a tevékenységek megfelelő kivitelezéséhez nélkülözhetetlen folyamat. Ezért a tevékenységek megfelelő kivitelezése egyben a jól működő szenzoros integrációs folyamat eredményének is tekinthető. A sikerélmény, az eredményesség érzése a legfőbb visszajelzés minden egyes terápiás foglalkozás során, ami az adott helyzetnek megfelelő tevékenységek kivitelezésében mutatkozik meg. Ezek szerint a terápia hatékonysága nemcsak az észlelési funkciók javítását jelenti, hanem a mindennapos helyzetek, hétköznapi tevékenységek során a gyermek és a környezete közötti sikeres, eredményes interakciót, amely későbbi helyzetekre átültethető, alkalmazható (SCHAEFGEN 2006).

Amikor egy gyermek a rollert ügyetlenül tudja csak használni, a terapeuta a kezelés során hangsúlyt helyez a testtartás kontrolljára, a megfelelő izomtónus-szabályozásra, az egyensúlyozó rendszerre és a vizuomotoros koordinációra. A terápiás célok között mindvégig a roller megfelelő használata a fő cél. Az így kialakított, megsegített részképességek később, hasonló helyzetekben újra előhívhatók, alkalmazhatók, mint például a biciklizés megtanulásakor, vagy egyéb, akár összetettebb feladatokat is tartalmazó hétköznapi helyzetek megoldásakor.

11. A magabiztosság, a tudatosság növekedése

A szenzoros integrációs terápia során a *gyermek egyre magabiztosabbnak érzi magát, hiszen a javuló szenzoros információfeldolgozás biztonságérzetet ad*, közben a saját képességeit egyre pontosabban képes felmérni, s azokat egyre magabiztosabban alkalmazza a hétköznapi helyzetek során. Eközben a mindennapi helyzetek kivitelezésében egyre járatosabbá válik.

Ebben a folyamatban, ahogy a saját képességeit pontosabban tudja beazonosítani és alkalmazni, mind pontosabban választja meg a fejlettségi szintjének leginkább megfelelő kihívásokat is. Egyre több helyzetet képes sikeresen megoldani, bátrabbá, kezdeményezőbbé válik, s az érzelmi biztonságérzete is növekszik.

Az, hogy egyre inkább képes megbízni saját magában, s keresi az új kihívásokat, amiket képes sikeresen megoldani, nyilvánvaló visszajelzés a terápia sikerességéről.

12. Speciális terápiás eszközök

A terápia legfőbb ismertetőjegyei között szerepelnek a *speciális eszközök*, amelyek a szenzoros integráció folyamatát szabályozzák. A szakemberek tudják, hogy a terápia hatékonysága szempontjából *nem elsődlegesen fontosak a speciális terápiás eszközök* a terápia beazonosítása során, gyakran mégis a legfontosabb jellegzetességként tartják számon ezeket.

Ayres speciális tárgyakat, anyagokat, eszközöket fejlesztett ki és ajánl a terápia kivitelezéséhez, azonban a *szenzoros integrációs terápia ezek nélkül az eszközök nélkül is megfelelően megvalósítható*. Minél fiatalabb életkorban kerül egy gyermek terápiára, annak inkább nélkülözhetőek ezek a speciális eszközök. A terapeuta saját teste, ötletei s a gyermekkel folytatott játékok és teljesen átlagos hétköznapi tárgyak is elegendőek a sikeres terápiához (SCHAEFGEN 2004).

Szinte az összes, terápiában alkalmazott eszköz megtalálható a természetben, a gyermek környezetében a hétköznapi tevékenységei során. A „lovacska”-hinta egy élő ló mozgását próbálja utánozni, a négy ponton rögzített hinta a vízen himbálódzó tutaj vagy hajó mozgását utánozza. A gördeszka a síelés, a cseresznyemagfürdő a földdel, homokkal való

játék érzetét utánozza. A függőágyhinta a játszótéren megtalálható hinták mozgását utánozza, kiegészítve a forgás lehetőségével, és sokkal nagyobb lehetőséget biztosít a játékvariációk kitalálására.

Ezek az eszközök a gyermek számára biztosítják a megfelelő kihívások megtalálásának lehetőségét, amit egy természetes körülmények között felnőtt gyermek korábban a saját környezetében is megtalálhatott. Ma ezek a speciális eszközök célzottan tudják segíteni azon képességek kialakulását, fejlődését, amiket egy korábbi életkorban nem sikerült elsajátítani. Ezen eszközök használata során természetesen *minden esetben feltétlenül szükséges az eszközök megfelelő rögzítéséről és biztonságos használatáról gondoskodni*. A terápia alkalmazása során szerzett öt évtizedes gyakorlat során kiforrott, és leírták, mely eszközök alkalmasak leginkább a kívánt eredmény eléréséhez.

Az eszközök alapján a terápia beazonosítása könnyű, de hangsúlyozni kell, hogy a terápia során alkalmazott eszközök használata normál óvodai, iskolai körülmények között hasznos lehet a gyerekek számára. Egyértelműen kell jeleznünk azonban, hogy ez ettől még nem terápia. A terápia során a szakember pontosan ismeri egy-egy eszköz használatának hatásmechanizmusát, a részképességekre gyakorolt hatását, a részképességek fejlesztése során az eszközök nehézségi fokát, amit pontosan összeilleszt a gyermek fejlettségi szintjével. E folyamat megvalósításához alapos szakmai felkészültségre, diagnosztikus, terápiás gyakorlatra van szükség. A terápiás célok felállítását követően egy komplex, az erősségeket és gyengeségeket figyelembe vevő tervezőmunka szükséges a terápiás eszközök, módszerek kiválasztásához. Ez a tudatos, célok eléréséhez rendezett, tervezett munka biztosítja a terápia eredményességét (SCHAEFGEN 2007).

13. A terapeuta helyes hozzáállása (direktivitás-nondirektivitás)

A szenzoros integrációs terápia legfőbb célja az idegrendszeri érzékelési folyamatok optimalizálása, ezáltal a tevékenységek megvalósításának, kivitelezésének javítása, ami eredményes, sikerélményt adó, hatékony részvételt jelent a hétköznapi tevékenységek végzése során, a kommunikáció és a szociális kapcsolatok terén. Ezt a folyamatot a gyermek aktív részvétele mellett a terapeuta vezeti, aki azonosítja a szenzoros zavarokat, biztosítja a megfelelő környezetet és eszközöket, s ezzel a gyermek fejlettségi szintjéhez igazítja a kihívásokat, helyzeteket, amelyeket a gyermek átél és eredményesen megold. Ezen terápiás folyamat révén a terapeuta lehetőséget ad arra, hogy a gyermek kompetencia- és autonómia-érzése fejlődjön (SCHAEFGEN 2007).

A gyermekek a szenzoros információkat felveszik, s megszervezik az információk idegrendszeri feldolgozását, ezt a folyamatot a gyermek irányítja. Ennek eredményes kivitelezéséhez a terapeuta és a szülők annyit tudnak hozzáadni, hogy biztosítják a gyermek számára a megfelelő ingereket, amit ő az idegrendszer egyre gyakorlottabb, jobban szerveződő feldolgozási folyamatai segítségével érzékel. Az ideális terápiás helyzetben a gyermek a saját belső motivációja, ötletei alapján belekezd egy tevékenységbe, ami pontosan a megfelelő kihívást biztosítja saját idegrendszeri érési folyamatainak eléréséhez. Ez egyszerűnek tűnik, ám az atipikus fejlődést mutató gyermekek esetében korántsem zajlik zökkenőmentesen.

Ahhoz, hogy a gyermek a folyamatot adekvát módon tudja megoldani, a terápia során a terapeutának megfelelő segítséget kell nyújtania. Ehhez három fontos tulajdonsággal kell rendelkeznie a szakembernek: szakmai felkészültség, empátia, és képesség az intuitív ráhangolódásra.

<p>Szakmai felkészültség</p>	<ul style="list-style-type: none"> - anatómiai és pszichológiai ismeretek az idegrendszer felépítéséről és működéséről; - a neurológiai folyamatok összefüggéseinek ismerete a szenzoros integráció vonatkozásában; - a szenzoros rendszerek közötti kapcsolatok és kompenzációs lehetőségek ismerete; - az idegrendszeri aktivitási szint idegrendszeri szabályozási folyamatának ismerete és annak hatékony terápiás befolyásolási lehetőségeinek ismerete; - az idegrendszer plaszticitásának ismerete, s az információk egyszerű módon történő átadásának tudása (szülő, gyermek tájékoztatása); - a terápia során alkalmazott eszközök és anyagok pontos ismerete, alapos tapasztalat a gyakorlati alkalmazhatásukkal kapcsolatban (beleértve a sajátélmény-megtapasztalást is)
<p>Empátia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - szükséges, hogy a terapeuta a gyermek helyzetébe képes legyen behelyezkedni, és a gyermek szemével lásson, az ő fejével gondolkodjon; - a gyermeket képes legyen célzottan megfigyelni, a gyermek által adott jelzéseket észrevenni, megérteni és megválaszolni; - a szülő és a pedagógus helyzetébe is képes kell, hogy legyen behelyezkedni, mindenféle ítékezés nélkül; - minden érintettel megfelelő módon kell kommunikálnia; - tisztában kell lenni a kompetenciahatáraival, s a szülők döntési szabadságát, felelősségvállalását mindvégig tiszteltben kell tartania
<p>Intuíció, ráhangolódás</p>	<ul style="list-style-type: none"> - a terápiás helyzetek során a megérzéseire hallgatva, a megfelelő időpontban, a megfelelő módot megválasztva történő beavatkozás; - a gyermek fejlettségi szintjének megfelelő eszköz és tevékenység megválasztása; - megválasztani a helyzetek megbeszélésének időpontját; - érezze mikor, mekkora közelséget, távolságot kell épp tartani a gyermekkel; - ez nemcsak egy képesség, hanem rengeteg tapasztalatot is igényel: hónapok, évek tapasztalatai szükségesek ahhoz, hogy a terapeuta rövid időn belül, adekvát módon tudjon a gyermek kedvére, motivációira, fejlettségi szintjére hangolódni

1. táblázat. A szenzoros integrációs terápia során a terapeuta szerepe, feladatai

A szenzoros integrációs terápia sikerességének, eredményességének feltétele a fent megfogalmazottak alapján komoly, sok tényezőt figyelembe vevő, integráló folyamat eredménye. Ebben a gyermek, a terapeuta, a szülők, a gyermek környezete és az eszközök dinamikus egységet alkotnak, melynek koordinálása a terapeuta sok szempontú, összetett, koordináló, integráló, tudatosan tervezett szakmai munkája által valósulhat meg. Az alábbi táblázatban megtalálhatók mindazon jellegzetességek, melyek e terápiás koncepció eredményességét, hatékonyságát biztosítják.

A szenzoros integrációs terápia jellegzetességei, ismertetőjegyei a következők
<ul style="list-style-type: none"> - humanisztikus emberkép; - holisztikus szemlélet; - a központi idegrendszer plaszticitásának ismerete és ennek alkalmazása; - a szenzoros rendszerek működésének ismerete; - a saját test-környezet és belső motiváltság együttműködésének megvalósítása; - az érzékelési és észlelési folyamatok ismerete; - az észlelési folyamatok integráló funkcióinak ismerete; - propiocepció; - megoldásközpontú problémamegközelítés; - részképességek; - a gyerek motivációjának figyelembevétele; - a kliens egyéni aktivitásának bevonása; - a tevékenység kivitelezésének megfelelő időzítése; - a szenzoros rendszerek integrációjának megfelelő működése; - arousal, az idegrendszer aktivitási szintje; - az észlelési folyamat érzelmi befolyásolása; - a megfelelő kivitelezésre törekvés; - a magabiztosság növelése; - speciális terápiás eszközök; - a terapeuta helyes hozzáállása elősegíti az idegrendszer automatikus strukturálódásának folyamatát

2. táblázat. A szenzoros integrációs terápia jellegzetességei

A szenzoros integrációs terápia a '90-es évektől kezdve a hazai terápiás gyakorlatban is mind jobban ismert és alkalmazott eljárás, amely jól megalapozott elméleti bázison nyugszik. Ahogy minden terápiás eljárásnál, ez esetben is felmerül a terápiás hatékonyság tudományos igazolásának kérdése, amely a nemzetközi szakirodalomban közölt összehasonlító vizsgálatok alapján továbbra is számos kérdést vet fel (GÁDOR 2008). Az egyéni szükségletek figyelembevételével a terápiában részesített gyermekek egyértelműen pozitív irányú viselkedésváltozása, valamint a hazai és nemzetközi gyakorlatban rendelkezésre álló klinikai tapasztalatok alapján a terápia eredménye a bizonyítékon alapuló gyakorlat szempontjából magyarázható, és a fejlődési zavarok befolyásolására irányuló igen gazdag terápiás kínálatban az ún. alternatív terápiák rendszerében helyezhető el (SUCHODOLETZ 2010).

Irodalom

- AFFOLTER, F. (1975): Wahrnehmungsprozesse, deren Störung und Auswirkung auf die Schulleistung, insbesondere Lesen und Schreiben. *Z. Kinder-Jugendpsychiatr.* Band 3.
- AYRES, A. J. (1979a): *Sensorischen integration und das Kind*. Springer, Berlin.
- AYRES, A. J. (1979b): *Lernstörung*. Springer, Berlin.
- AYRES, A. J. (1984): *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Springer Verlag, Berlin.
- AYRES, A. J. (1989): *Sensorische integration und Praxis Test*. Springer, Berlin.
- BORCHARDT, K. – BORCHARDT, D. – KOHLER, J. – KRADOLFER, F. (2005): *Sensorische Verarbeitungsstörung*. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein.
- BRÜGGEBOERS, G. (1992): *Einführung in die Holistische Sensorische Integration*. Borgmann, Dortmund.
- CSÁNYI Y. (2012): Tanulási zavarok – az Affolter-modell és -terápia. *Gyógypedagógiai Szemle*, 4, 289–294.
- FISHER, A. G. – MURRAY, E. A. – BUNDY, A. C. (1999): *Sensorische Integrationstherapie, Theorie und Praxis*. Springer, Berlin.
- FROSTIG, M. – MASLOW, Ph. (1978): *Lernprobleme in der Schule*. Hippokrates Verlag, Stuttgart.
- GÁDOR Zs. (2008) Hatáselemzések és szenzoros integrációs terápiák. In LŐRINCZ I. (szerk.): *A reneszánsz értékei, értékek reneszánsza. Tanulmánykötet*. Nyugat-Magyarországi Egyetem, Győr. 153–161.
- GEREBEN F.-né (1990): A Frostig koncepció. *Fejlesztő Pedagógia*, 1, 5–10.
- GEREBEN F.-né – MARTON I. – MLINKÓ R. – MÉSZÁROS A. (2009): A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika táguló horizontja – képességzavarok neuropszichológiai megközelítése. In MARTON K. (szerk): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar – ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 203–231.
- JÁSZBERÉNYI M. (2007): Tájékoztató füzet az óvodáskorú 3-6 éves gyermekek szenzoros integrációjának vizsgálatához. *Szakszolgálati füzetek*. FSZK-OKM, Budapest.
- RATEY, J. J. (2001): *Das menschliche Gehirn*. Patmos Walter, Düsseldorf.
- ROLEY, S. – SMITH, B. – ERNA I. – SCHAAF, R. C. (2004): *Sensorische Integration, Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen*. Springer, Berlin.
- SCHAEFFGEN, R. (2000): *Sensorische Integration, eine Elterninformation zur sensorischen Integrationstherapie*. Phänomen-Verlag, Lüchow.
- SCHAEFFGEN, R. (2002): *Gesellschaft für praxisbezogene Fortbildung*. Belső képzési anyag, Grundkurs 1, Berlin.
- SCHAEFFGEN, R. (2003): *Kompaktkurs XV., Grundlagen für Test-Dokumentation und Behandlungsplanung*. *Gesellschaft für praxisbezogene Fortbildung*. Belső képzési anyag, Berlin.
- SCHAEFFGEN, R. (2004): *Kompaktkurs XV., Das ungeschickte Kind*. *Gesellschaft für praxisbezogene Fortbildung*. Belső képzési anyag, Berlin.
- SCHAEFFGEN, R. (2005): *Kompaktkurs XV., Der grosse SI Test und seriale Störungen*. *Gesellschaft für praxisbezogene Fortbildung*. Belső képzési anyag, Berlin.
- SCHAEFFGEN, R. (2006): *Kompaktkurs XV., Sensorische Integration in Kombination mit anderen Verfahren*. *Gesellschaft für praxisbezogene Fortbildung*. Belső képzési anyag, Berlin.
- SCHAEFFGEN, R. (2007): *Praxis der Sensorischen Integrationstherapie*. Thieme Verlag.
- SUCHODOLETZ, V. W. (2010): *Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich?* Hogrefe Verlag, Göttingen.
- WILLIAMS, M. S. – SHELLENBERGER, S. (2004): *Wie läuft dein Motor?* Borgman, Dortmund.

MAGYE információk

Kérjük a tagdíjak befizetését az alábbiak szerint:

Aktív dolgozó: 3 000 Ft/év | Nyugdíjas/hallgató: 2 000 Ft/év

MAGYE bankszámlaszám: 11707024-20094959

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

MAGYE honlap: www.magye-1972.hu

A tagdíjat befizetők a *Gyógypedagógiai Szemle* számaint ingyenesen kapják.

A Gyógypedagógiai Szemlét előfizetésben terjeszti
a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága
1089 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 06-1/303-3440

A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

(1) Miskolci Egyetem, Gépészmérnöki és Informatikai Kar

(2) Egri Mlinkó István Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény

(3) Hallássérültek Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye,
Debrecen

Tapasztalatok hallássérültek beszédfejlesztésénél a „beszédasszisztens” internetes programmal

CZAP LÁSZLÓ (1)¹ – SZIRKÓ PIROSKA (2)² – NAGY ISTVÁNNÉ (3) –
– VIZI ILDIKÓ (3)

czap@uni-miskolc.hu, iskola@mlinko.sulinet-eger.hu,
titkarsag@szechalt-deb.sulinet.hu

Absztrakt

A Miskolci Egyetem Gépészmérnöki és Informatikai Karán kidolgozott szoftver alkalmazására egy kétéves TÁMOP-projekt keretében került sor a hallássérültek debreceni és egri intézményeiben. Az internetes beszédfejlesztő program képpé alakítja a bemozdított szót, vizuálisan megjelenítve a hangképzés folyamatát, valamint lehetővé téve a prozódiai jellemzők szemléltetését is. Jól megvalósul a referenciaként szolgáló helyesen kiejtett szó és a gyakorló személy ejtésének összehasonlítása, és ebből kiindulva a folyamatos gyakorlás az elmentett munkaterületek előhívása révén. A gyógypedagógusok 3000 szavas adatbázist állítottak össze, melyből igény szerint válogathatnak. Feladat volt a módszertani lépések kidolgozása is. A projektben összesen 42 fő, már olvasni tudó tanuló vonta be, akiknek felénél került sor az eszköz kipróbálására, a másik csoportnál csak a korábbi módszerek alkalmazásával dolgoztak, ugyancsak emelt óraszámban. A legfontosabb eredmények szerint az új IKT-eszköz használata jól beilleszthető a korábban alkalmazott eljárások közé, motiváló, kitartásra ösztönzi a tanulókat, tudatosítja a képzés mozzanatait, biztosítja a folyamatos önellenőrzést. Fontos az egyidejű akusztikus prezentáció is. A program logopédusoknak is ajánlható.

Kulcsszavak: TÁMOP-projekt, beszédasszisztens, hallássérült tanuló, kiejtésjavítás, vizuális megjelenítés

Bevezetés

2013 januárjától veszünk részt a Debreceni és a Miskolci Egyetem közös pályázatában, a TÁMOP-4.2.2.C-11/1/KONV-2012-0002 azonosítószámú, „*Alap- és alkalmazott kutatások hallássérültek internetes beszédfejlesztésére és az előrehaladás objektív mérésére*” című, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával megvalósuló projektben, melynek műszaki kidolgozása a Miskolci Egyetem Automatizálási és Infokommunikációs Intézeti Tanszékén zajlott. A kutatómunka 2013 januárjában indult el, a gyógypedagógiai együttműködésre ugyanezen év őszétől került sor. A projekt 2015 nyarán ér véget.

1 Jávorszkiné Farkas Judit, Tari Edina

2 Nagy Mária, Pásku Tibor, Szathmáriné Albert Ágnes

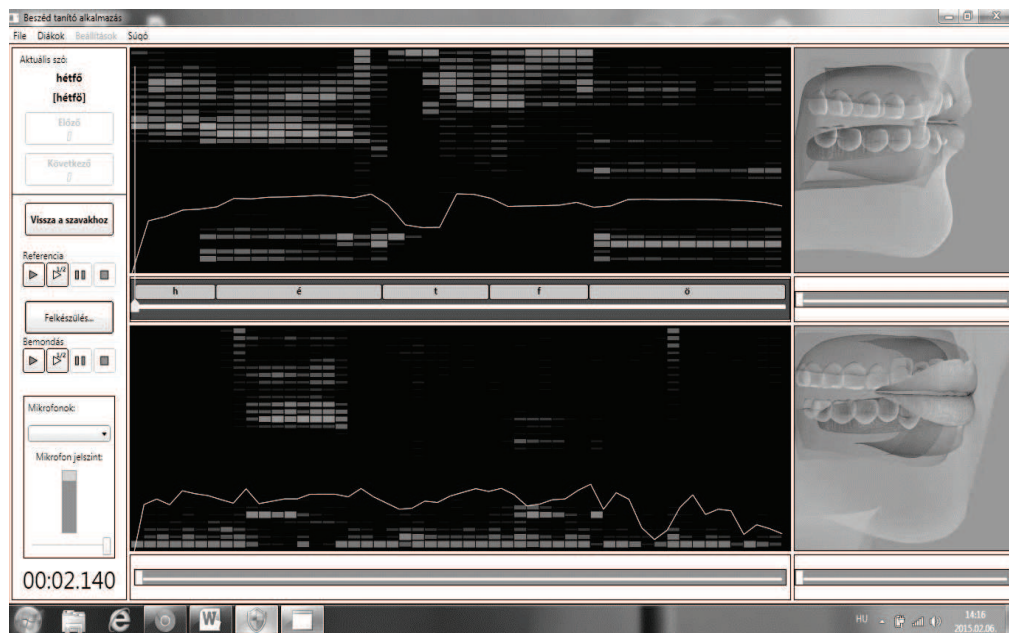
A fejlesztés egyik célja a hallássérültek kiejtéstanulását, beszédérthetőségét elősegítő rendszer kialakítása volt. Az eszköz a beszéd folyamat képi megjelenítését, vagyis a beszéd prozódiajának és artikulációs elemeinek az elhangzást kísérő vizuális bemutatását szolgálja. A projekt keretében a „beszédasszisztens” gyakorlati alkalmazására a hallássérült gyermekekkel foglalkozó két intézményben: Debrecenben és Egerben került sor.

A beszédhangok vizuális megjelenítésére irányuló törekvések közül néhány magyar példát kiemelve elsőnek az akkori kifejezéssel megjelölt siketnémáknál alkalmazott, Franciaországban kidolgozott oszcilloszkópos megoldást említjük. Ezt hazánkban elsőként az 1950-es években a siketek soproni intézetében Tóth Béla vezette be (TÓTH 1958).

A számítógépek megjelenésével a lehetőségek kiszélesedtek. A közelmúlt eredményei közül két produktumról kell mindenképp említést tennünk. Az egyik a Budapesti Műszaki Egyetem TTT Beszédakusztikai Laboratóriumában Vicsi Klára nyelvész vezetésével létrehozott „Varázsdoboz” csomag, amely spektrogram képek segítségével nyújt lehetőséget a szókiejtés korrekciójára (VICSÍ 2002). A másik a Szegedi Tudományegyetem és Hégyel Gábor gyógypedagógus fejlesztése, a hallássérültek kaposvári intézménye munkatársainak együttműködésével létrehozott „Beszédmester” szoftver, amely biztosítja a beszédhangok elhangzással azonos időben történő vizuális megjelenítését (PACZOLAY–KOCSOR–SEJTÉS–HÉGYEL 2004).

A „beszédasszisztens” bemutatása

A „beszédasszisztens” összetett, internetes beszédfejlesztő program. A bemutató és a gyakorló személy által bemondott szót képpé alakítja, így elemezni lehet a referenciakiejtés és a gyakorlás során felvett hibás ejtés közötti különbséget. Az átlátszó arcú, háromdimenziós fejmodell animációjával a természetes beszélőnél szemléletesebben tudja megmutatni az artikuláció részleteit, különösen a nyelv mozgását. A prozódia megjelenítésével a szupraszegmentális jellemzők is fejleszthetők.



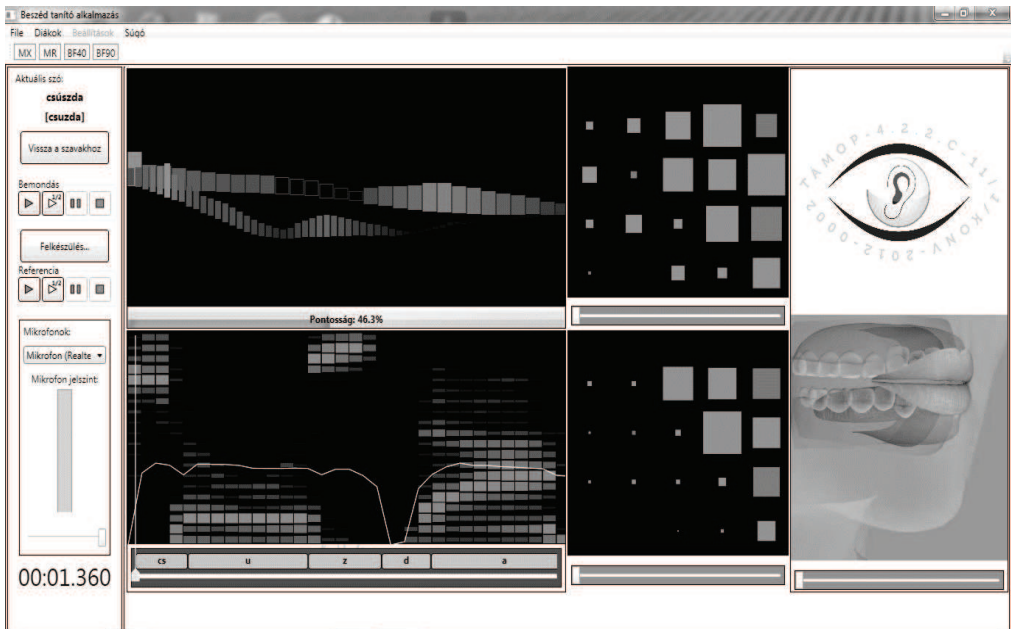
1. kép. A „beszédasszisztens” gyakorlófelülete

A programba történő bejelentkezés után a pedagógus kiválaszthatja, melyik diákkal szeretne foglalkozni, és milyen szavakat gyakoroltat. Az elmentett munkaterületek a későbbi gyakorlás során újból előhívhatók. A kezelőfelületen tehát először ki kell választani a tanulót (ellenkező esetben a rendszer nem hagy továbblépni), majd a gyakoroltatni kívánt szavak közül az aktuális szót, és ezután elkezdhető a gyakorlás.

A gyakorlófelületen az aktuálisan kiválasztott szó referenciabemondása több formában is megjelenik, balról jobbra haladva látható a referenciabemondás oszlopos megjelenítése és a felület jobb szélén a beszélő fej modellje.

Az aktuális és a referenciabemondás normál és félsébesseggel is lejátszható a könynyebb nyomon követés érdekében. Csúszkák segítségével lelassíthatók, illetve tetszőleges pozícióba állíthatók a megjelenítések, így jobban megfigyelhető az egyes hangoknál a nyelvállás, valamint oszlopos transzformációjuk.

A „beszélő fej” két eltérő szögben (szemből és oldalnézetből) is megjeleníti a referenciabemondást.



2. kép. A prozódia megjelenítése

A debreceni és az egrai intézmények gyógypedagógusainak közreműködése a projektben

- 3000 szavas adatbázis összeállítása, arra törekedve, hogy a magyar nyelv valamennyi hangja változatos hangkapcsolatokban (szó elején, közepén, végén) szerepeljen.
- Hangfelvételek készítése ép hallású, szépen beszélő általános iskolás tanulókkal a referenciaminta elkészítéséhez.
- Gyakorlóminták válogatása az adatbázisból.
- Hangminták felvételének megtervezése a hasonlósági mérték elemzéséhez.

- Módszertan kidolgozása a „beszédasszisztens”-sel végzett fejlesztéshez a szakmai tapasztalatok alapján.
- Félévenként hangfelvételek készítése és értékelése a minősítéshez.
- A „beszédasszisztens” program folyamatos korrekciója, tapasztalatok, észrevételek továbbítása az informatikus mérnökök, fejlesztők számára (a rendszer működésének hiányosságai, az artikuláció vizuális megjelenítésének hibái).

A projektben, a két intézményben összesen 42 fő 2–6. osztályos, megfelelő olvasástechnikával rendelkező tanuló vett részt. A csoport felénél alkalmazták az új eszközt, a másik csoport a „beszédasszisztens” nélkül dolgozott. A foglalkozásokat heti két alkalommal, 30 percben tartották.

A „beszédasszisztens” gyakorlati alkalmazása a hallássérült tanulók kiejtéstanításában

A tanulók beszédállapotának felmérése több szempont alapján történt: artikuláció, prozódia társalgásnál, olvasásnál. Ezután kijelöltük az alábbi fejlesztendő területeket:

- a beszédhangok javítása, rögzítése, automatizálása;
- hosszú-rövid hangok, zöngés-zöngétlen párok, mássalhangzó-torlódásokban a hangok pontos ejtése;
- a prozódiai elemek tudatosítása;
- a beszédhallás fejlesztése, hallás utáni differenciálás;
- a pontos olvasás, szótagolás segítése.

A módszertani lépések:

1. A fejlesztési terv alapján kijelöljük a gyakorlandó hangot tartalmazó szavakat attól függően, hogy szó elején, közben vagy a végén akarjuk gyakoroltatni.
2. Elolvassuk, meghallgatjuk és értelmezzük a kiválasztott szót.
3. A „beszélő fejen” megfigyeljük és elemezzük az artikulációs mintát mindkét állásban, lassítva.
4. A tanuló kiejti a szót.
5. A gyakorlandó hang hibás ejtése esetén lépésenként figyeljük meg a pontos képzést, a nyelv és az ajkak jellegzetes mozgását.
6. Visszahallgatjuk és összehasonlítjuk az oszlopdigramákat, közösen elemezzük a hibákat, megnézzük a prozódíát is. Amennyiben szükséges, ismét bemondatjuk a szót, és elemezzük a változásokat.
7. A fejlesztés végén értékeljük a tanuló teljesítményét.

A rendszer használatának eddigi tapasztalatai

Az alábbi megállapításoknál felhasználtuk a kontrollcsoportoknál tapasztaltakat is:

- A program használata egyszerű, mivel alapszintű számítógépes ismeretek elégségesek hozzá.

- A hagyományos szurdopedagógiai módszerek mellett, mint a hallássérültek kiejtésjavításában korszerű IKT-eszköz, jól beilleszkedik a fejlesztőmunkába.
- Fontosnak tartjuk, hogy a számítógéppel való tevékenységet élőbeszéd is kísérje.
- Motiváló erejű, a tanulók érdekesnek, újszerűnek tartják, kitartásra ösztönöz, figyelmi szintjüket fenntartja.
- A folyamatos önellenőrzés és önértékelés pontosságra és aktivitásra készítet.
- A vizuális és az akusztikus visszajelzéseket egyre biztosabban értelmezik a program használata során.
- A szavakkal történő gyakorlás során, az ismétlések következtében a hangok tisztulnak, ejtésük szebbé, természetesebbé válik. Segíti a helyes hangképzés elsajátítását.
- Előny, hogy a vizuális megjelenítés lehetőséget nyújt a zöngés, zöngétlen hangok megfigyeltetésére.
- A megfelelő hangerő és beszédritmus használata, a hanghosszúságok és a prozódia megfigyeltetése is fontos szerepet játszik a kiejtés fejlődésében.
- A nehezen leolvasható és meghallható hangok (pl. K, H) esetében a beszélő fej által nyújtott vizuális minta gyorsabb eredményt hoz a hang kialakításánál, mint a hagyományos út.
- A program a kialakított hangok rögzítése folyamán segíti a képzési mozzanatok tudatosítását, érdekesebbé, változatosabbá teszi az automatizálás szakaszát is.
- Nagyobb gyerekeknél a diagramok lehetővé teszik a közös elemzést, összehasonlítást, ami segíti a hibák felismerését és tudatos javítását. Az oszlopdiagramot elemezve igyekeznek olyan mintát produkálni ők is, mint a referenciamintán a bemondó. Ezt kitartóan, örömmel végzik. Ugyanúgy a prozódia megjelenítésénél is törekednek arra, hogy az általuk bemondott szó és a referenciaszó ábrája minél jobban közelítsen egymáshoz.
- A „beszédasszisztens” használata intelligenciáfüggő, a jobb mentális képességű tanulókat kifejezetten segíti a kiejtés javításában, míg a gyengébb képességű gyermekek továbbra is inkább a tanári mintára támaszkodnak. Egy tanulásban akadályozott tanulónál például sajnos nem voltak pozitív tapasztalataink. A gyerek a tanári mintához ragaszkodott, mindig a szájról olvasási képet figyelte a tükörben, a „beszédasszisztens” nem motiválta, nem segítette az ő kiejtésének javulását. Nehezen, sok hibával utánozta a tanári mintát is, 2-3 szótagú szavakat sem volt képes hibátlanul visszaadni.
- Saját, félévente ismétlődő felméréseink azt mutatják, hogy a „beszédasszisztens” segíti nemcsak a pontosabb artikulációt, hanem a természetesebb prozódia és ritmus kialakítását, különösen a súlyos fokban hallássérült tanulók esetében.

Összegzés

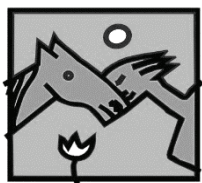
A TÁMOP-4.2.2.C-11/1/KONV-2012-0002 jelű pályázat keretében kifejlesztett „beszédasszisztens” elnevezésű program alkalmazása innovatív lehetőséget kínál a hallássérült tanulók beszédfejlesztéséhez. Amint a fentiekből is látható, eddigi tapasztalataink szerint eredményesen egészíti ki a szurdopedagógia hagyományos eszközeit. Az egyéni anyanyelvi foglalkozásokon a jelenleg alkalmazott módszerek mellett motiválóbb, hiszen szemléletesebbé, újszerűbbé teszi a gyakorlást. Használatát javasoljuk a logopédia területén is.

Kívánatos eredmény, hogy a kifejlesztett rendszer egyszerűen használható, internetkapcsolaton keresztül bárki számára, szabadon, térítésmentesen elérhető, hatékony beszédfejlesztő eszközt ad a hallássérültek és az őket fejlesztő gyógypedagógusok kezébe. A jövőben lehetőség lesz arra, hogy a hallássérültek az interneten keresztül, online, önállóan gyakoroljanak ezzel a rendszerrel.

Irodalom

- CZAP L. – PINTÉR J. M. (2013): A beszédasszisztens koncepció. *Multidiszciplináris tudományok*, 3. kötet, 1–2.
- PACZOLAY D. – KOCSOR A. – SEJTES GY. – HÉGELY G. (2004): A „Beszédmester” csomag bemutatása: informatikai és nyelvi aspektusok. *Alkalmazott Nyelvtudomány*, 1, 57–80.
- TÓTH B. (1958): Beszámoló a hangfrekvenciái oszcillográfnek a süketnémák kiejtéstánításában való alkalmazására vonatkozó kísérletekről. *Gyógypedagógia*, 1.
- VICSI K. (2002): Varázsdoboz. Audiovizuális számítógépes beszédfejlesztő program beszédhibás gyerekek részére. *Démoszthenész Hírmondó*, 13.

M A G Y A R



LOVASTERÁPIA
SZÖVETSÉG

Ismét akkreditált lovasterapeuta-képzést indít a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány

A korábbi évekhez hasonlóan idén is **akkreditált lovasterapeuta**-képzést indít a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány. Az országban egyedülálló programra olyan gyógypedagógusok és gyógytornászok jelentkezését várjuk, akik hippoterápia vagy gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna szakágakon szeretnének továbbtanulni.

A jelentkezési kérelemhez rövid szakmai önéletrajzot, valamint az alapképzettséget igazoló dokumentum fénymásolatát kell csatolni.

A kétéves, összességében mintegy 185 órás tanfolyam várhatóan 2015 októberében indul, a lovas felvételi vizsgákra szeptember folyamán kerül sor.

Részletes információk a www.lovasterapia.hu weboldalon, a „Képzések” menüpont alatt találhatók.

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

Beszéd • Kutatás • Alkalmazás sorozat

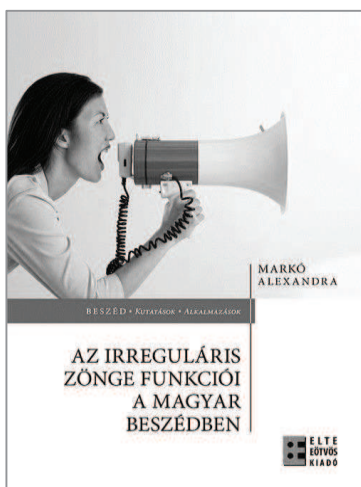
SOROZATSZERKESZTŐ: MARKÓ ALEXANDRA

ELTE Eötvös Kiadó, 2014.

Az ELTE Eötvös Kiadó gondozásában négy hasznos és a gyógypedagógia szempontjából is fontos könyv jelent meg a *Beszéd • Kutatás • Alkalmazás* sorozat keretén belül, melyek a beszéd még pontosabb megismeréséhez járulnak hozzá. Mind a négy könyv első fejezeteiben a későbbiekben használt fogalmak tisztázása történik, valamint elméleti alapvetésekről, illetve a témához kapcsolódó hazai és nemzetközi kutatások eredményeiről olvashatunk. Ezáltal a téma iránt érdeklődő „laikusok” alapozó ismeretekhez juthatnak, valamint a szakemberek összegezve áttekinthetik a releváns elméleti megközelítéseket és szakirodalmakat. Ezek után a szerzők saját, általában többéves kutatási sorozatának eredményei és az azok alapján levonható következtetések állnak. Ezekben többnyire objektív (pl. akusztikai elemzések) és szubjektív (pl. kérdőív) módszerek ötvöződnek, illetve egészítik ki egymást.

Az itt bemutatott könyvek mindegyike elérhető digitális formában az ELTE Reader felületén, amely a kiadó elmúlt években indított, bárki számára elérhető online gyűjtőhelye digitális folyóiratok, könyvek, újságok és jegyzetek ingyenes letöltéséhez.

Markó Alexandra: Az irreguláris zöngé funkciói a magyar beszédben



A sorozat első részében Markó Alexandra az irreguláris zöngének (glottalizáció) a magyar beszédben betöltött szerepéről ír. A téma gyógypedagógiai vonatkozása differenciáldiagnosztikai szempontok mentén is megvalósul, hiszen a hangszalagok kváziperiodikus rezgésének megváltozása, irreguláris zöngé figyelhető meg hangképzési zavarok esetében is. A könyv azonban hangsúlyozza, hogy a glottalizáció a tipikus, normál hangképzésű beszélőknél is megfigyelhető jelenség, melytől a hangképzésük mégsem válik problematikusá. A kötetben igyekszik a szerző a két előfordulás – a tipikus és az atipikus hangképzésben történő megjelenés – közötti különbség megragadására, amit a vizsgálatok a változtathatóság és a glottalizáció egybefüggő kiterjedését illetően igazolnak leginkább.

Az irreguláris zöngé, elhelyezkedésétől függően, különböző funkciókat tölthet be a beszédben, a könyv pedig ezeket a szerepeket igyekszik részletesen vizsgálni. Ahogyan a korábbi kutatások is bizonyították, beszélhetünk pl. fonológiai szerepről, de lehet az érzelem- és attitűdkifejezés eszköze vagy akár a szegmentumok elválasztásának jelzője is. Az eredményekből jól

látszik, hogy nagy egyéni különbségek figyelhetők meg a beszélők között, és ezek a leginkább meghatározók a glottalizáció gyakoriságát illetően. Azonban a szerző törekszik tendenciák felvázolására, így vizsgálja az irreguláris zöngét a nem, az életkor és beszéd módjának (spontán beszéd, felolvasás) függvényében.

A könyv megerősíti azt a nézetet, miszerint a hangképzési zavart nem lehet csupán a rekedt színezet alapján diagnosztizálni, hiszen rövidebb megjelenési formái lehetnek a normál hangképzés részei is.

Bóna Judit: A spontán beszéd sajátosságai az időskorban

Ezen kötet időskori beszédre irányuló témaválasztása a 21. században egyre aktuálisabbá válik, hiszen a fejlett társadalmak öregedési tendenciái miatt nő az időskorban jelentkező problémák ellátásának fontossága. Már korábban bizonyosságot nyertek olyan fiziológiai változások (pl. a hallás, az izomműködés, az idegrendszer morfológiai struktúrájának megváltozása), amelyek a beszédjellemzők megváltozásának hátterében húzódnak meg.

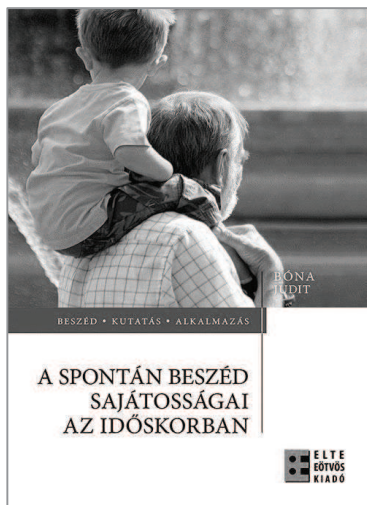
A könyv először két kérdőíves felmérést ismert a fiatalok és az idősök beszédének megítélése kapcsán. Az eredmények szerint mindkét életkori csoport hasonló véleménnyel van a saját és a másik csoport beszédét illetően, ugyanazokat a jellemzőket tartották gyakorinak az idősebb (pl. szótalálási nehézségek) és a fiatalabb személyek (pl. trágár és szleng kifejezések gyakoribb használata) beszéde kapcsán.

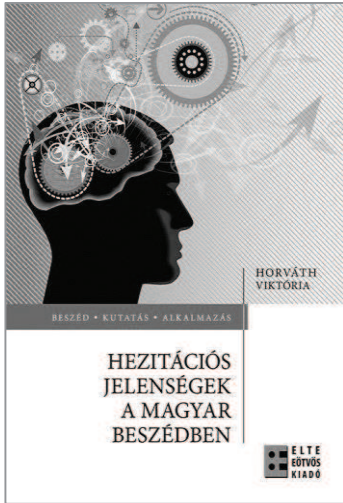
A további fejezetekben Bóna Judit ismerteti vizsgálatát, amelyben spontán narratíva és tartalomösszegzés során igyekezett tisztább képet kapni az idősök beszédének sajátosságairól. A kutatás szerint az idősök különböznek a felnőtt beszélőktől a beszédük tempójában, beszédszakaszaik hosszában és a szünetek előfordulási gyakoriságában. A megakadásjelenségek összességét tekintve csak a per cententi előfordulás alapján volt szignifikáns különbség bizonyítható, de a megakadásjelenségek típusait illetően (pl. bizonytalansági megakadások, töltelékzavak, hiba típusú megakadások) részletesebb elemzést is olvashatunk, amely tovább árnyalja a képet.

Olvashatunk az időskori beszéd szegmentális fonetikai sajátosságairól, ahová a beszédhangok, hangkapcsolatok, hangsorok elemzése tartozik. Nagy egyéni különbözőségek mellett is igazolta a kutatás, hogy az életkor előrehaladtával történő renyhülő izomműködés következtében a hangok spektrális jellemzőiben változások mutatkoznak meg.

Horváth Viktória: Hezitációs jelenségek a magyar beszédben

A hezitációs jelenségek vizsgálatának jelentősége egyrészt abban rejlik, hogy ezekből a beszédtervezési folyamatok nehézségeire lehet következtetni. Másrészt pedig egy igen elterjedt jelenség, mindannyian találkozunk vele, és alkalmazzuk is a hétköznapokban, hiszen 2-3 éves kortól kezdve az emberi beszéd megfigyelhető eleme. Tulajdonképpen azokat





a kitöltött szüneteket értjük a fogalom alatt, amelyek nagy része az adott nyelvre jellemző semleges magánhangzó artikulációs kivitelezésére utaló jegyeket mutatja. Így magyar nyelven a leggyakoribb az ö-höz hasonló semleges magánhangzó ejtése, de ide sorolódik a mm, öm és öhm hangoztatása is.

Már a korábbi kutatásokból kiderült, hogy a kitöltött szünet aránya a beszédben számos tényező függvénye (pl. beszédtema, életkor, nem, nyelven belüli tényezők), Horváth Viktória pedig ezen tényezőket kívánta vizsgálni. Ezenkívül külön fejezetekben taglalja a könyvben a hezitációs jelenségek akusztikai megvalósulását és funkcióit a felnőttek, az óvodáskorú és a kisiskolás gyermekek beszédében.

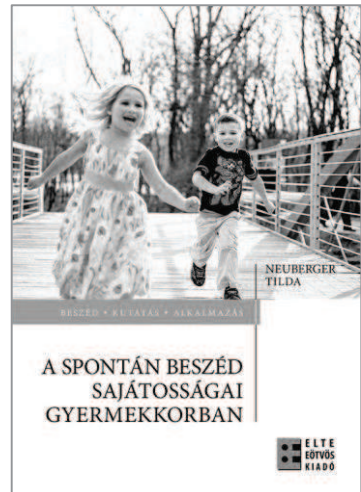
A könyv befejező részében a hezitációs jelenségek hallgatók oldaláról történő megítéléséről olvashatunk, melyben azt vizsgálták, hogy milyen pontosan észleljük spontán beszédben a kitöltött szüneteket. Ugyanis né-

mely feltételezések szerint olyannyira természetes részei a beszédünknek, hogy igazán nem is azonosítjuk őket, és inkább segítik a beszédértésünket, mintsem zavaróan hatnának rá. Bár a vizsgálatban az volt a feladat, hogy a hezitációs jelenségeket azonosítsák a hallgatók, még így sem volt olyan személy, aki minden megjelenést észlelt volna. Még annak ellenére sem, hogy szintén a könyvben bemutatott kérdőíves vizsgálat szerint az adatközlők többségét közepes mértékben zavarja a hezitálás.

Neuberger Tilda: A spontán beszéd sajátosságai gyermekkorban

A kötet elején részletes ismertetőt olvashatunk a gyermekkori nyelvsajátítás különböző elméleti megközelítéseiről, ami jól szinthezálja a korábbi nemzetközi és a hazai kutatások eredményeit. Így a csecsemőkortól kezdve tekinthetjük végig a fejlődést a nyelvsajátítási modellek, a beszédprodukciónak gyermekkori jellemzőinek bemutatása nyomán. Ezeket kiegészítve Neuberger Tilda könyvében az eddig méltatlanul elhanyagolt, 6 éves kor feletti fejlődési irányokat vizsgálja. Bár az iskoláskor előtti nyelvi fejlődés a leglátványosabb, az anyanyelvi nevelés alakítása miatt az sem mindegy, hogy milyen irányokat mutat a későbbi változás.

A vizsgálathoz használt hanganyagok a 6–13 év közötti gyermekek spontán beszédéből származnak, melyek elemzése temporális jellemzőiknek, a beszédszakaszok és a szünetek előfordulásának, időtartamának és a beszédtempó vizsgálatának révén valósul meg. Ezen korosztályon belül is megfigyelhető a nyelvi fejlődés a beszédszakaszok hosszabbá válásában és ezzel összefüggésben a néma szünetek csökkenésében. Majd vizsgálatokat olvashatunk a megakadási jelenségek, az önkorrektív folyamatok megvalósulása, a lexikai jellemzők és a grammatikai szerkesztettség mentén. Jelen kutatás is igazolta, hogy a gyermekek beszédében valamivel



több megakadásjelenség figyelhető meg, mint a felnőttkében. Ennek minőségi elemzése pedig információt szolgáltat arról, hogy a gyermekeknek a beszéd létrehozásában mely feladatok jelentik a legnagyobb kihívást.

A kötet fontossága a gyógypedagógia szempontjából abban rejlik, hogy a tipikus nyelvi fejlődésről nyújt információkat, ami viszonyítási alapot ad az eltérő fejlődésű gyermekek esetében. Mivel a nyelvelsajátítás nem zárul le 6–7 éves korban, amikor a gyermek iskolába kerül, ezért fontos az ezen életkorban bekövetkező változások megismerése is.

A 21. században a vizsgálati technikák fejlődésével számos új eszköz áll a kutatók szolgálatában, melyekkel nyelvhasználatunk még pontosabb megismerése válik lehetővé. Ezen vizsgálódások egyre több nézőpontot ötvöznek, így szükség van a különböző szakemberek együttes munkájára, a szakmai kitekintésre és a gyógypedagógiával, logopédiával kapcsolatos nyelvészeti értekezések ismeretére is. Hiszen csak az ép beszéd jellemzőinek ismerete után teremthető meg a lehetőség az atipikus nyelvhasználat fel- és megismerésére, illetve a célzott megsegítésre. Mivel a kötetek a beszéddel kapcsolatos legfrissebb kutatásokat kívánják bemutatni, ezért mindenki számára hordozhatnak új ismereteket.

Damásdi Nóra



Olvass. Tanulj. Vidd magaddal.

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

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

www.eltereader.hu

HIRSCHBERG JENŐ – HACKI TAMÁS – MÉSZÁROS KRISZTINA (SZERK.)

Foniátria és társtudományok

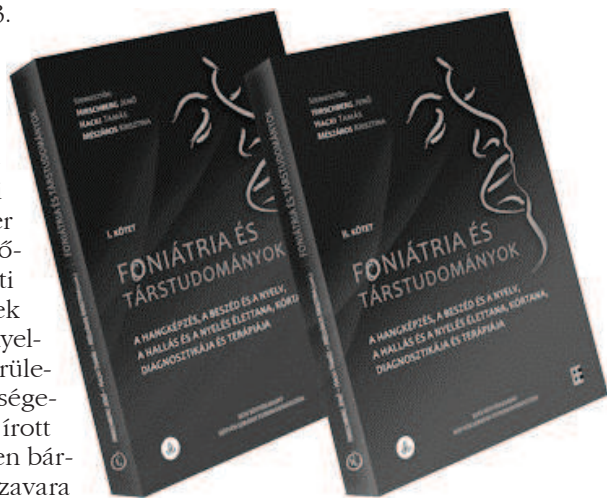
– A hangképzés, a beszéd és a nyelv, a hallás és a nyelés élettana, kórtana, diagnosztikája és terápiája

ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2013.

Bár a kommunikáció valamilyen formájára az élővilág minden tagja – sőt, számos gép is – képes, a beszéd képessége egyedül az emberi faj jellemzője. Számos szervrendszer koevolúciója tette lehetővé: a légzőrendszer, az emésztőtraktus kezdeti szakasza, a hallórendszer és az ezek működését szabályozó, valamint a nyelvi funkciókra specializálódott agyterületek egyedi tulajdonságai mind szükségessé teszik a beszéd és a beszédre épülő írott nyelv használatához. Értelemszerűen bármelyik felsorolt struktúra működészavara a beszéd, a hangképzés vagy a tágabb értelemben vett nyelvhasználat zavarához vezet. Ebből következik, hogy a foniátria, az emberi kommunikáció kórfolyamataival foglalkozó tudományterület rendkívül szerteágazó: neurobiológiai és orvostudományi ismereteken kívül akusztikai, nyelvészeti, pszichológiai és gyógypedagógiai ismereteket is integrál. Szerteágazó az alkalmazási területeit tekintve is: logopédusok és fül-orr-gégészek számára legalább olyan fontos tudományág, mint a hangképző tanárok, a beszédet hivatásosan használók vagy a diszlexiával foglalkozó szakemberek számára.

A *Foniátria és társtudományok* c. kétkötetes mű szerkesztői, amint a kötet címéből is kiderül, nagy hangsúlyt fektettek a terület interdiszciplináris mivoltának hangsúlyozására. A 27 szerző közreműködésével készült kiadvány átfogó ismereteket nyújt a beszéd és a nyelv létrehozásával és feldolgozásával kapcsolatban, bemutatja ezen funkciók zavarait, valamint a kóros működések diagnosztikáját és terápiáját, és kitekintést nyújt több társzakma, például a nyelvészet, a bioinformatika, a genetika és az onkológia felé. A kézikönyv kifejezetten magyar vonatkozású, a nemzetközi szakirodalomban nem fellelhető ismereteket is tartalmaz, különös tekintettel a magyar nyelv hangtani és grammatikai sajátosságait tárgyaló „Nyelv és beszéd” fejezetre.

A két kötetet számos ábra és jó minőségű színes fotó illusztrálja, az anatómiai és szövettani ábráktól kezdve a vizsgálóberendezések fotóin át a gégeendoszkópiával, stroboszkópos eljárással készült felvételekig. A kézikönyv közérthető és egységes nyelvezetű, jól áttekinthető szerkezetű és korszerű ismeretanyagának köszönhetően foniátriával foglalkozó kutatók, klinikusok, oktatók és hallgatók számára egyaránt hasznos olvasmány lehet.



Víg Julianna

FIGYELŐ

Laudáció – Gereben Ferencné Várbíró Katalin munkásságának méltatása¹

Tisztelt Elnök Asszony, kedves Kollégák és Kati!

Szívesen, sőt örömmel vállaltam el a laudációt Gereben Ferencné Várbíró Katalin 70. születésnapja alkalmából. Miért is? Először azért, mert Katit hallgatókora óta ismertem, aztán kollégák lettünk, főnöke is voltam, majd ő lett az utódom a Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet vezetőjeként. De ez még nem elég: sok területen érintkeztek a szakmai törekvéseink, az igény arra, hogy a gyógypedagógia és a gyógypedagógiai pszichológia megújuljon.

A laudációra készülve azon is elgondolkodtam, hogy milyen műfajt válasszak, ami egyrészt méltóan szól Gereben Katalin jelentős szakmai munkásságáról, másrészt Katinak is örömet okoz. Csak a tudományos, oktatói és közéleti tevékenységre koncentrálok, vagy bevonjam a magánéleti, családi eseményeket is? Először elkezdtem számba venni a tudományos publikációit, megszámolni a könyveket, könyvfejezeteket, a főiskolai jegyzeteket, a továbbképzési kiadványokat, a kutatási zárójelentéseket, külföldi és hazai cikkeit, a módszertani kiadványokat. Aztán rájöttem, hogy ezt mindenki megnézheti a Magyar Tudományos Művek Tárában, és nagyon unalmas is lenne, ha csak száraz számokat mondanék. Más úton folytattam hát a felkészülést. De annyit azért fontos leszögezni, hogy imponálóan gazdag ez a tudományos publikációs termés, méltó egy egyetemi oktatóhoz, a Széchenyi professzori ösztöndíj, majd a Széchenyi István ösztöndíj volt birtokosához.

Végül magamban arra az elhatározásra jutottam, hogy a magánéleti szálat sem hagyom ki, mert az a meggyőződésem, hogy egy embert az is jellemez, hogy milyen életkörülmények között, milyen más életfeladatok mellett, milyen odaadással és felelősséggel végzett egyéni küzdelmek mellett tudott szakmai téren sikeres lenni. Különösen fontosnak tartom ezt a „tudós nőknél”! Sok nyugat-európai országban járva, sok egyetemi oktató, kutató nővel beszélgetve tapasztaltam, milyen sokszor kellett nekik a szakmai érvényesülés érdekében lemondani a házasságról, gyermekekről, unokákról. Gereben Katalin életútját figyelve fontos értéknek tartom, hogy ezt a vonalat is százszázalékos helytállással tudta teljesíteni. Olvasásszociológiával foglalkozó egyetemi oktató férjének a tudományos kérdések terén is társa volt, de jutott ideje arra is, hogy pl. a baráti társaságnak szarvaspörköltet főzzön és finom süteményeket süssön. Fia és leánya PhD-fokozatának megszerzésében és sikeres szakmai útjukon nemcsak a kétségtelenül meglévő tehetségük vitte előre őket, hanem az a meghitt, békés, intellektuális légkörű családi háttér, ahol jutott idő beszélgetésre, kulturális élményekre. Ha vele bárhol találkoztunk, retiküljéből mindig előkerült az unokák fényképe, és tudtuk, hogy mennyit segít az ő nevelésükben is. Otthona mindig nyitott volt a Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet munkatársainak baráti össze-

1 Elhangzott az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karon, a Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából rendezett tudományos ülésen, 2014. nov. 27-én.

jövetelére is. Nyilvánvaló, hogy ha ennyi időt szánt a családra, akkor cikket, könyvet, szakmai koncepciót írni gyakran éjszaka kellett, feláldozva a pihenésre szükséges időt. Ezt is értékeljük, becsljük a személyiségében!

De térjünk vissza Gereben Ferencné dr. Várbíró Katalin szakmai életútjához. 1966-ban szerezte meg gyógypedagógiai tanári oklevelét, majd 1973-ban lett pszichológus, 1982-ben pedig klinikai gyermek-szakpszichológus. 2001-ben megszerezte a neuropszichológiai képesítést is, példázva az élethosszig szükséges tanulást. A pszichológiai tudományok kandidátusa fokozatot 1995-ben szerezte meg.

Logopédusként végzett iskolai és beszédjavító intézeti munka után 1978-ban került a Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetbe, ahol 1996-tól 2010-ig intézetvezető főiskolai tanár volt. Közben 1996 és 2001 között a főiskola, illetve a kar főigazgató-helyettesi posztját is betöltötte.

10–15 percben egy hosszú, tartalmas szakmai életút minden mozzanatára lehetetlen hiánytalanul kitérni, ezért elnézést kérek, ha valami fontos mozzanat kimaradna a laudációból. Megpróbálok az önéletrajzi szál mellett tudományos gondolkodásának a fejlődését, változását bemutatni, azt, hogyan próbálta újabb képezéseinek tudásanyagát gyakorlati tapasztalataival ötvözni. Hogyan figyelte a nemzetközi szakmapolitikai tendenciákat, gazdag szakirodalmi műveltsége és külföldi tanulmányútjai, kapcsolatai alapján hogyan tudott mind a gyógypedagógus-képzésre, mind a sajátos nevelési igényű gyermekek számára biztosítandó diagnosztikai, terápiás és fejlesztő szolgáltatásokra nézve javaslatokat, alapelveket megfogalmazni.

Első tudományos publikációja velem társszerzőségben jelent meg 1968-ban, a Magyar Pszichológiai Szemleiben, *Az ijedségélmény szerepe a dadogás etiológiájának kialakulásában* címmel. Érdeklődése logopédusként a dadogó, a hasadékos, a motoros afáziás, a pösze és az orrhangzós gyermekek diagnosztizálásának és terápiás ellátásának témái után egyre inkább az összetettebb nyelvi és beszédfejlődési zavarok felé fordult. A logopédus feladatai között nem elsősorban az artikulációs hibák javítását tartotta fontosnak, hanem az akadályozott beszédfejlődés összetevőinek széles körű vizsgálatát és a megsegítés komplex jellegét. Kidolgozta és évekig vezette a logopédiai diagnosztikával sokoldalúan foglalkozó továbbképzési programot. Feldolgozta a változásokat az afázia fogalmának alakulásában, és pontos terminológiai elemzést készített a tanulási zavar – nem mindig egyértelműen használt – fogalmának hazai és nemzetközi értelmezéséről. Bevezette és a hazai viszonyokra alkalmazta a Frostig diagnosztikai és fejlesztő programot. Neuropszichológiai képzettségével összhangban a kognitív képességek, ezen belül az auditív emlékeztet vizsgálatával, a fejlődési diszfázia jelenségének leírásával, a kommunikációs zavarokhoz társuló eltérésekkel és a súlyos állapotú problémákkal is foglalkozott. A kognitív funkciózavarok feltárása témában K+F kutatást vezetett. A hazai rendeletekben „beszéd-fogyatékoságnak” nevesített fogalom helyett korszerű új elnevezés meghonosítására tett javaslatot gazdag nemzetközi összehasonlítás alapján, a 2013-ban megjelent *Diagnosztikai Kézikönyv* egyik fejezetének társszerzőjeként.

Feltétlenül említést érdemelnek munkásságában a következők: jártassága a pszichometriai eljárások terén, diagnosztikus tapasztalatainak feldolgozása esetismertetésekben, valamint a gyógypedagógiai pszichodiagnosztika megújítására tett javaslatai. Jelentősnek tartom azt a több mint másfél évtizedes munkásságát, amit a gyakorló beszédjavító óvodába felvételre jelentkezők sokoldalú kivizsgálása és a gyermekek nyomon követése, a fejlesztés eredményességének elemzése terén végzett.

Elismerést és értékelést érdemel az a tény, hogy nemcsak egy szűk logopédiai területre specializálódott „szakbarbár” lett, hanem a gyógypedagógiai megsegítést igénylő teljes népességre kitekintett, és a gyógypedagógiai pszichológia fejlődési tendenciáival, valamint szakmatörténeti kérdésekkel is foglalkozott. Jelentős az a tevékenysége, amelyet az egyetemi szintű gyógypedagógus-képzés óra- és vizsgatervének kidolgozásával a bevezetés érdekében tett. Az MA-szint terápiai moduljának ma is vezetője. Közéleti tevékenységéről

a Magyar Gyógypedagógusok Egyesületében végzett főtktári, elnöki működéséről, szakmai közti kapcsolatairól, kitüntetéseiről is szólni kellene, lezárásként mégis inkább azt a személyes hangot ütném meg, hogy igaz szívvel gratuláljak mindannyiunk nevében Neked, drága Kati ahhoz, ahogy ezt a 70 évet és velünk a sok évtizedet végigélted és küzdötted, jó kollégaként és barátként, optimistán, nagy testi és szellemi erővel. Továbbra is szolgálj jó egészségben professzor emeritaként a gyógypedagógus-képzés és a tágan értelmezett gyógypedagógia ügyét. Isten éltesse!

Lányiné Engelmayer Ágnes

SZABÓNÉ VÉKONY ANDREA

„IV. Nyitott kapuk a logopédián”

2015. március 6.

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

A Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XXII. Kerületi Tagintézménye immár negyedik alkalommal csatlakozott 2015. március 6-án az Európai Unió Logopédusainak Állandó Bizottsága, valamint a Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége felhívásához, kinyitva „kapuinkat” az érdeklődő érintettek, hozzátartozóik, illetve a team-munkában velünk együtt dolgozó szakemberek, kollégák előtt. Az „Európai logopédusok napja” kiváló alkalom arra, hogy tájékoztatást nyújtsunk a különféle kommunikációs és nyelvi zavarok témájában, felhívva a figyelmet az időben történő diagnosztizálás és a komplex fejlesztés fontosságára.

2015-ben „A logopédia európai napjának” témája: „Az idegi eredetű szerzett kommunikációs zavarok” (acquired neurological communication disorders).

A Klauzál Gábor Budafok-Tétényi Művelődési Központban megrendezett konferenciára 120 fő regisztrált előzetesen; szülők, védőnők, óvodapedagógusok, bölcsődei gondozók, tanítók, tanárok, egyetemi hallgatók, logopédusok egyaránt.

Az a tény, miszerint minden évben nagy érdeklődés övezi a rendezvényt, mutatja, nagy szükség van arra, hogy a logopédus szakma és a társtudományok képviselői megosszák tudásukat, ismereteiket, tapasztalataikat az érdeklődőkkel. A konferencia azonban a tudásmegosztás mellett egyben lehetőség arra, hogy az érintettek, hozzátartozóik és a velük foglalkozó szakemberek nemcsak információt, hanem saját élményű tapasztalatokat is szerezhessenek.

Ebben az évben az Európai Unió Logopédusainak Állandó Bizottsága javaslatára a figyelem középpontjába kerültek az idegi eredetű szerzett kommunikációs zavarok, emellett előadásokat hallhattunk az alábbi témákban is: a korai nyelvi fejlődés szűrése, a nyelvi fejlesztés lehetőségei, állatasszisztált terápia, valamint a mozgás szerepe a logopédiai terápia során.

A rendezvényt Biró Rita Zsófia, a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XXII. Kerületi Tagintézményének igazgatója nyitotta meg, majd sor került az Ajtony Péter-díj átadására, melyet vándordíjként minden évben „A logopédia napján” az a Szakszolgálatunknál dolgozó

logopédus kollégánk kap meg, aki az adott tanévben kiemelkedő teljesítményt nyújtott. A 2014/2015-ös tanévben a díjat Kovács Csilla logopédus kollégánk kapta; gratulálunk!

A díjátadást követően Órley Zita mutatta be Zakariás Lillával együtt készített *Beszéd téma* című munkafüzetüket, mely speciális beszédgyakorlatokat tartalmaz, a leggyakrabban stroke következtében kialakuló nyelvi zavar, az afázia kezelésére. Valamennyi gyakorlatsor egy-egy téma köré szerveződik, így a gyakorolni kívánt anyag az afáziás személy érdeklődésének megfelelően választható. A mellékletben található gazdag képanyag megfelelően segíti a gyakorlást. A *Beszéd téma* alkalmas arra is, hogy egyes részeit az afáziás személyek önállóan vagy hozzátartozóik segítségével használják. A gyakorlatsorok ingeranyaga és felépítése bevált terápiás módszerek és a legújabb nyelvészeti kutatások eredményeit integrálja.

Ezután Dr. Kas Bence (MTA Nyelvtudományi Intézet, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar) tartotta meg kitűnő előadását *A nyelvfelődési elmaradások szűrése óvodába lépő gyerekeknél: új módszerek és a továbblépés lehetőségei* címmel. A prezentációban a hároméves korban óvodába lépő gyerekek nyelvi szűrésének fejlesztésében elért új eredményeket mutatta be, indokolva a hároméves kori nyelvfelődési szűrés szükségességét. Emellett ismertette az ország számos pedagógiai tagintézményével együttműködésben lezajlott nagymintás adatgyűjtés előzetes eredményeit és magát a szűrőeljárást, mellyel az óvodába lépő gyermekek nyelvi fejlettsége gyorsan és megbízhatóan felmérhető. Ez alapján a nyelvi elmaradás hároméves korban, már az óvodába lépéskor felismerhető lehet, megteremtve az esélyt a célzott vizsgálatokon át a hatékony fejlesztő munka időben való megkezdésére.

A következő, állatasszisztált terápiát bemutató, informatív előadást dr. Csorbáné Szigetvári Melinda (Fejér Megyei Pedagógiai Szakszolgálat, székesfehérvári tagintézmény, logopédus, Pata és Mancs Terápiás és Oktatási Egyesület, elnök, terápiás kutyafelvezető) tartotta. Prezentációjában ismertette a kutyás terápia hazai jogi hátterét, valamint a terápiás kutyák alkalmazhatósági feltételeit és lehetőségeit. Videofelvételekkel illusztrálva mutatta be saját terápiás tapasztalatait megkésett beszédfejlődés, dadogásterápia, valamint nyelvi és rész-képesség-fejlesztés során. Az Egyesületről az alábbi oldalon szerezhetünk további információkat: <http://patamancs.hu>.

A szünetet követően Kaszner Éva (gyógypedagógus-logopédus – Dr. Nagy László EGYMI, Kőszeg, Kiss J. u. 31.) érdekes előadását hallhattuk „Kötélugrás szerepe a mozgás és beszédfejlesztésben” címmel. A kötélugrás mozgásanyaga a régi népi játékok közepére, a kötélre és az azzal való szökdelésekre épül. A kondicionális képességeken kívül a kötéllel történő ugrásokkal a koordinációs képességek közül elsősorban az ügyességet, az egyensúlyérzéklet, a ritmusérzéklet, a térérzéklet, és a kinesztetikus érzékletet fejleszthetjük. A beiktatott kar- és lábkeresztező mozgások szökdelésekkel végezve stimulálják a két agyféltekét, megfelelően javítva a koordinációt. A mozgásfeladatok oldják a szorongást. A párosan, majd csoportosan végzett gyakorlatok segítik a társas kapcsolatok kiépülését. Az előadást a kőszegi gyermekek fergeteges kötélugrás-bemutatója zárta.

A következő, korszerű szemléletű előadást „A korai beszéd- és nyelvi fejlesztés szinterei, formái, tapasztalatai, helyzete, dilemmái” témában Schuchné Rumpli Henriette (logopédus-gyógypedagógus – ELTE Gyakorló Óvoda EGYMI igazgatóhelyettes) tartotta. Budapesten először a jelenlegi ELTE Gyakorló Óvoda EGYMI-ben kezdődött el a korai



fejlesztés. Kezdetben értelmileg akadályozott, majd megkésett beszédfejlődésű gyermekek számára indultak csoportos foglalkozások. Az előadó bemutatta az intézmény saját „jó gyakorlatait”, ismertette, hogy napjainkban mely fogyatékosági területeken folyik korai és óvodai fejlesztő tevékenység, milyen egyedi terápiás formák segítik a beszédindítást, a beszéd- és nyelvi fejlesztést. A prezentáció mellett videofelvételt láthattunk az ELTE Gyakorló Óvoda EGYMI „Mesefa – Komplex fejlesztő program kommunikációs zavarral küzdő gyermekek számára” című „jó gyakorlatáról”.

A szakmai nap utolsó előadásának címe: „MOzgóKAlandOK, avagy hogyan csempészünk be a mozgást a logopédiai foglalkozásokba”. Dávid Katalin, Molnárné Bogáth Réka, Nádudvariné Tricskó Judit, illetve Szobonya Zsuzsanna logopédus kollégáink (Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XXII. Kerületi Tagintézménye) lendületes prezentációját hallhattuk. Bemutatták, miként használhatjuk ki a mindennapi logopédiai fejlesztés során a korai szenzitív időszakot arra, hogy a gyermekek mozgásigényére építve, pozitív motiváció mellett szinte észrevétlenül hassunk a beszédre, a kommunikációra, ezáltal megkönnyítve a tanulási folyamatot.



Az eddigi visszajelzések és az elégedettségi kérdőívek feldolgozását követően elmondhatjuk, hogy ebben az évben is igen sikeres konferenciát zártunk. Íme, néhány vélemény az elégedettségi kérdőívekről:

„Pontos, szervezett, színvonalas konferencia volt.”

„Rendkívül színvonalas, érdekesítő volt. Köszönet illeti a szervezőket és az előadókat, köszönjük!”

„Remek, hogy rendszeresen, jó színvonalú, ingyenes szakmai program a Nyitott kapuk. A fogadtatás mindig kedves, a szervezés alapos. Köszönöm!”

„Pozitív volt a szervezők segítőkészsége, kedvessége! Isten minden kis tücskének van hely a kórusban.”

Nagyon örülünk, hogy Szakszolgálatunk immár negyedik alkalommal szervezhette meg a rendezvényt, és töretlen lelkesedéssel készülünk a következő „Európai logopédusok napjára”. 2016-ban is minden érdeklődőt szeretettel vár logopédiai munkacsoportunk a soron következő, „V. Nyitott kapuk a logopédián” rendezvényünkre!

*„A szó ékszer,
kékes-fényes,
anyanyelvem
édes, ékes.
Édes, ékes,
békességes,
anyám szava
csillagfényes.
Átadta, mint
ékszer-éket.
Ékeskedjen,
ha beszélek!”*

(Kiss Dénes: Ékes anyanyelv – részlet)

Fészekhagyó Projekt

A Fészekhagyó Program a Magyar Williams Szindróma Társaság projektjeként, a Norvég Civil Támogatási Alap támogatásával valósul meg, 2014 októberétől 2016 márciusáig. Tevékenységével részben az értelmi sérült fiatalok önálló életvitelét kívánja előkészíteni és támogatni, részben pedig rendezvényszervezésre tanítani a résztvevőket, konkrét rendezvények közös szervezése alapján. 20 értelmi sérült fiatal vesz részt közvetlenül a programban, 4 önkéntes és 2 gyógypedagógus szakember közvetlenül támogatja a program megvalósulását. A projektnek része még egy 20 órás zárt csoportos szülőtréning annak érdekében, hogy a szülők könnyebben el tudják engedni gyermekeiket, és hogy ők is támogatni tudják önállósodásukat. A program során, tréningek alkalmával kommunikációt, rendezvényszervezést, a mindennapi élettel kapcsolatos feladatokat, valamint a jogokkal és kötelezettségeikkel kapcsolatos tudnivalókat sajátítanak el a részt vevő fiatalok. A tréning anyagából szakmai kézikönyv is készül, ami más intézményeknek, szervezeteknek, kezdeményezéseknek is lehetővé teszi a program anyagának alkalmazását és adaptálását.

A program része még egy Facebook-oldal, ahol a projekttel kapcsolatos aktuális bejegyzések mellett otthon megoldandó feladatokat kapnak a résztvevők, hogy egyrészt ne csak a program kontextusában foglalkozzanak az önállósággal, másrészt pedig hogy a Társaság vidéki tagjai is, illetve bárki részben bekapcsolódhasson a projektbe. Ezen az oldalon maguk a résztvevők is osztanak meg képeket arról, hogyan valósítják meg a kitűzött feladatokat.

Fontos, hogy az értelmi sérült fiatalok a nekik szóló rendezvények szervezésében maguk is részt tudjanak venni, hiszen saját igényeiket, érdeklődésüket ők maguk ismerik leginkább, illetve a világ színesebbé tétele szempontjából is előnyös lehet, ha a nem mindennapi gondolkodású értelmi sérült fiatalok nem mindennapi programokat szervezhetnek, kilépve ezzel a konvenciók gyakran unalmas, egyhangú világából.

2014 októbere óta több konferencián is részt vett a csapat, több-kevesebb szervezői tevékenységgel. A projekt első saját rendezvénye 2015. január 3-án, egy újévi buli keretében történt meg. Ennek szervezésében, előkészítésében, lebonyolításában nagymérték

ben részt vállaltak a Fészekhagyó program fiataljai. A tervezés során a fiatalok választották a helyszínt, készítették el a meghívót, döntötték el, hogy milyen ételeket készítsen a csoport, mi legyen a buli programja, mettől meddig tartson, kiket hívjanak meg, milyen zene szóljon, milyen legyen a helyszín dekorációja (amit a téli szünetben ők maguk készítettek el otthon).

Az esemény sikeresen lezajlott, a rendezvényszervező fiatalok elkészítették a hidegtálat, feldíszítették a helyszínt, fogadták a vendégeket, volt köztük ceremóniamester, és az esemény végén segítettek az elpakolásban, a helyszín rendbetételében. Ennek, és más, további, gyakorlati példának az alapján sajátítják majd el a tréning során a Fészekhagyó Programban részt vevő fiatalok a rendezvényszervezés elméleti alapjait. Minden elméleti elemhez gyakorlati példát tudnak majd kapcsolni.

Ez az esemény egy folyamat része volt, mely folyamat sok tanulsággal, lelkesedéssel folytatódik további, újabb tapasztalatokat gyűjtve az értelmi sérült emberek igényeiről, valamint módszereikről, hogyan tehetik a világot színesebbé, meglepetésekkel telivé, az egyhangúság megelőzésére.

A Magyar Williams Szindróma Társaság neve, tevékenysége, céljai

A társaságot 1999 elején érintett szülők alapították, az ÉFOÉSZ és támogató szakemberek segítségével. Célunk az országban nagyrészt ellátatlan Williams-szindrómás gyermekek, fiatalok és családjaik teljes körű megsegítése, érdekeik képviselése, védelme és szolgálata, társadalomba történő integrációjának elősegítése. Szeretnénk, hogy a számukra potenciálisan legmagasabb elérhető szinten élhessenek, hogy társadalmilag elfogadottá és önálló életvitelre képessé váljanak, és így beilleszkedhessenek a társadalomba.

Hasonlóképpen célunk a Társaság tagjainak egymást ismerő és segítő közösségekké való szervezése, folyamatos tájékoztatásuk, összejövetelek és tapasztalatcserék szervezése, a kellő információk közreadása. A szükséges komplex orvosi, gyógypedagógiai, mozgásfejlesztési háttér létrehozása, a Williams-szindrómával kapcsolatos kutatások támogatása, együttműködve a külföldön vagy Magyarországon e téren működő szervezetekkel. E céljainkat szolgálja például a széles körű segítségnyújtás a halmozottan sérült gyermekek fejlesztésével, a szülők és szakemberek informálásával, a gyógypedagógia, a mozgásfejlesztés, a speciális nyelvoktatás, valamint a zeneterápia és zeneoktatás területén, elősegítve a későbbi önállóbb életvitelt, a gyermekek integrációját és a családok lelki egészségét. Tevékenységünk az egész ország, sőt a környező országok magyarlakta területeire is kiterjed. Társaságunk a RIROSZ és az Európai WS Szövetség alapító tagja.

Bővebb tájékoztatást igény szerint küldünk, de számos információ megtalálható a következő helyeken:

- honlapunkon: www.williams.org.hu
- Facebook-oldalunkon: <https://www.facebook.com/mwszt>
- és a projekt Facebook-oldalán: <https://www.facebook.com/feszekhagyok>

Heiszer Katalin, a program szakmai vezetője

Boncz Beáta, a program szakmai vezetője

*Pogányné Bojtor Zsuzsanna, a Magyar Williams Szindróma Társaság elnöke,
a program megvalósításáért felelős személy*

Tordasi Közhasznú Állatasszisztált Terápiás és Oktatási Egyesület



NORVÉG CIVIL
Támogatási Alap



Négylábú segítőkkel új világ nyílik



2014 novemberében indult a „Tordasi Suttogó Program – Négylábú segítőkkel új világ nyílik” fantáziánéven futó program, ami különös jelentőséggel bír, nemcsak a gyógypedagógiai szakma, hanem a részt vevő intézmények gyermekcsoportjai életében is.

A Suttogó Program kulcsszereplői a Tordasi Közhasznú Állatasszisztált Terápiás és Oktatási Egyesület terápiás kutyái, melyek a fél éves program ideje alatt heti több alkalommal örvendezteték meg a résztvevő gyógypedagógiai intézmények fogyatékkal élő gyermekeit kutyával asszisztált foglalkozások keretében.

A Norvég Civil Támogatási Alapból finanszírozott program során a Tordasi Közhasznú Állatasszisztált Terápiás és Oktatási Egyesület hat terápiás felvezető párosa kiképzett terápiás kutyáival tartott készségfejlesztő foglalkozásokat a programban részt vevő alábbi intézményekben:

- Tordasi Értelmi Fogyatékosok és Pszichiátriai Betegek Otthona;
- Gennaro Verolino Általános Iskola, Készségfejlesztő Speciális Szakiskola és Kollégium;
- Bárczi Gusztáv Óvoda, Általános Iskola és Készségfejlesztő Speciális Szakiskola;
- Montágh Imre Általános Iskola, Óvoda és Készségfejlesztő Speciális Szakiskola;
- Fejér Megyei Gyermekvédelmi Központ VI. Sz. Gyermekotthona;
- Robogó Óvoda.

A kutya–gazdi párosok fél éven keresztül az intézmények gyógypedagógusaival együttműködve tartottak speciális, új módszertan alapján kidolgozott, kutyával asszisztált komplex készségfejlesztő foglalkozásokat a gyerekeknek. A programban összesen 125 gyermek vett részt, akiket az intézmények jelöltek ki nekünk.





Mitől is különleges a Tordasi Suttogó Program?

A kutyaterápiás foglalkozások tekintetében mindenképpen újdonságértékkel bír a komplex fejlesztési cél, a komplexitásnak megfelelő játékeszközök alkalmazása és a szülők bevonása.

A program során kerültek először bevezetésre az Egyesület által kidolgozott komplex terápiás, készségfejlesztő játékok. A foglalkozások lényege, hogy eddigi tapasztalatokra alapozva ötvöztük *a kutya készségeit, speciális játékeszközökkel kombinálva, a gyerekek egyéni igényeinek megfelelően.* Az Egyesület mindehhez speciális *játéktárat* állított össze.

A komplex módszer legfőbb célja az volt, hogy az alkalmazott játékok megszólítsák a gyermekek valamennyi készségterületét, az egyéni szükségletüknek megfelelő szinteken. A kommunikáció, a finom- és nagymozgások, a kognitív és szociális képességek, az érzékelés-észlelés, a személyiség és a viselkedés fejlesztése nem határolódnak el egymástól. A felsorolt célok a terápia során nem elszigeteltek, hanem együttesen jelennek meg a feladatokban, és a résztvevők komplex foglalkoztatását jelentik.

A terápiás foglalkozások a gyógypedagógusok és a felvezetők által közösen készített *egyéni fejlesztési tervek* alapján kerültek kidolgozásra.

Programzáró rendezvény: Élménynap

A program zárásaként 2015. május 30-án Egyesületünk a TordasZoo Állatfarmon szervezte meg a projekt záró rendezvényét, az „Élménynapot” a projektben részt vevő gyermekek, szülők és gyógypedagógusok részére.

Az Élménynap célja volt, hogy szakmai platformot teremtsünk és élőben is bemutassuk a program fejleményeit, eredményeit. További fontos cél volt a szülők bevonása, hiszen véleményük a program eredményességének egyik mércéje.

A rendezvényen a gyerekek szabad terepen is játszhattak terápiás kutyáinkkal, és nagy örömünkre szolgált, hogy idegen környezetben is remekül alkalmazták az év során begyakorolt játékokat. A kutyák mellett a gyerekeknek és szüleiknek lehetőségük volt lovaskocsizásra, pónilovaglásra és sok-sok közös játékra. A szülők pedig megoszthatták egymással és velünk is a véleményüket, tapasztalataikat a gyerekek fejlődéséről. Szintén az Élménynapon tettük közzé a programban alkalmazott komplex játékok gyűjteményét, a Tordasi Suttogó Program Játéktárát.

Elmondhatjuk, hogy a projekt nagyon jó szakmai tapasztalatokkal zárult. Kutyás terápiás foglalkozásaink több gyermek esetében is ugrásszerű fejlődést eredményeztek, mely eredmények főként a gyerekek magabiztosabb viselkedésében, önállóbb fellépésében és szociális készségeik javulásában mutatkoztak meg látványosan.

A Tordasi Suttogó Program nyomon követhető:

- a Facebookon, a „Tordasi Közhasznú Állatasszisztált Terápiás Egyesület” nevű oldalon (<https://www.facebook.com/allatterapia?pnref=lhc>), valamint
- az Egyesület honlapján, a www.allatterapia.hu web oldalon.

Csorba Viktória



