



Debreceni Egyetem
Gyermeknevelési
és Felnőttképzési Kar



Az együttnevelés útjai



Szerkesztette:

SZILÁGYI BARNABÁS

MEZŐ KATALIN

MEZŐ FERENC



Az együttnevelés útjai

Szerkesztette:

SZILÁGYI BARNABÁS–MEZŐ KATALIN–MEZŐ FERENC

DUPress



Debreceni Egyetem
Gyermeknevelési és Felnőttképzési Kar

Az együttnevelés útjai

Szerkesztette:

SZILÁGYI BARNABÁS–MEZŐ KATALIN–MEZŐ FERENC



Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2015

Szerkesztő:

Szilágyi Barnabás

Mező Katalin

Mező Ferenc

Szakmai lektor:

Varga Imre

SZTE-JGYPK Gyógypedagógus-képző Intézet
főiskolai docens

Borító terv:

Dr. Mező Ferenc

ISBN 978 963 318 483 7

Minden jog fenntartva

Jelen kiadvány sem részben, sem egészben nem másolható sem elektronikus, sem mechanikus eljárással – ideértve a fénymásolást, a számítógépes rögzítést vagy adatbankban való felhasználást is – a jogtulajdonos írásbeli engedélye nélkül.

© 2015 / Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Felnőttképzési Kar

© Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press,
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

Kiadta a Debreceni Egyetemi Kiadó, az 1795-ben alapított
Magyar Könyvkiadók és Könyvterjesztők Egyesülésének a tagja és a
Gyermeknevelési és Felnőttképzési Kar

www.dupress.hu

Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi

Készült a Debreceni Egyetemi Kiadó nyomdaüzemében, 2015-ben

TARTALOMJEGYZÉK

Mező Katalin–Mező Ferenc–Kelemen Lajos–Szilágyi Barnabás:

Az együttnevelés elmélete és gyakorlata 7

Bálint Péter:

Miért és kiváltképpen mire jó a tradicionális népmese? 23

Mező Ferenc–Szilágyi Barnabás–Mező Katalin–Kelemen Lajos:

Képességek fejleszthetősége a tanulásban akadályozottság aspektusából 37

Szabó Edina:

A dinamikus szenzoros integrációs terápia (dszit) helye a kommunikációs zavarok kezelésében, esetismertetés tükrében 55

Dankovics Natália:

A verbális munkaemlékezet és a fonológiai tudatosság vizsgálata tanulási zavarral veszélyeztetett gyermekeknél 93

Schéder Veronika: A lovasterápia kapcsolódási pontjai a nyelvi

és beszédzavarok terápiájával – magyarországi helyzetkép. Rövid kitekintés a dysarthria lovasterápiás kezelésének lehetőségeire 121

Andrásné Teleki Judit:

Preventív-gyógyító mozgás a fogyatékkal élők fejlesztésében 133

János Réka–Batiz Enikő–Farcas Susana:

Dinamikus eljárások a tanulásban akadályozott gyermekek kognitív potenciáljának értékelésében 151

Kiss Szidónia–Orbán Réka–Maior Edit:

A mediált tanulási tapasztalat alkalmazása a tanulásban akadályozott
gyermekek fejlesztésére 167

Móré Mariann–Kozák Anita:

Menedzsment feladatok a közoktatási intézményekben..... 189

Bocsi Veronika–Rákó Erzsébet:

A sajátos nevelési igényű gyermekek integrált nevelése, mint a tanári
pálya egy lehetséges kimenete 205

Kovácsné Bakosi Éva–Pálfi Sándor:

A fejlesztő játékok módszertani alapjai 217

Kelemen Lajos–Mező Katalin–Mező Ferenc–Szilágyi Barnabás:

A korai fejlesztés szemlélete és hazai gyakorlata 241

AZ EGYÜTTNEVELÉS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

Mező Katalin¹–Mező Ferenc²–Kelemen Lajos³–Szilágyi Barnabás⁴

*„Nem az a feladatunk, hogy a felnövekvő generációnak meggyőződéseket közvetítsünk.
Hozzá kell segítenünk, hogy a saját ítélő erejét, a saját felfogó képességét használja.
Tanuljon meg a saját szemével nézni a világban.” (Rudolf Steiner, 1894)*

Az együttnevelés témaköre nem új keletű: Magyarországon már az 1980-as években megjelent az együttnevelést hangoztató, folyamatosan erősödő pedagógiai irányzat. Az 1998-as esélyegyenlőségi törvény megteremtette mindazokat a jogi alapokat, amelyek megerősítették az együttnevelés lehetőségét a különböző pedagógiai intézményekben. Az 1998. évi XXVI. az esélyegyenlőségi törvény 13. §-ában ez áll: (1) A fogyatékos személynek joga, hogy állapotának megfelelően és életkorától függően korai fejlesztésben és gondozásban, óvodai nevelésben, iskolai nevelésben és oktatásban, fejlesztő felkészítésben vegyen részt a közoktatásról szóló törvényben meghatározottak szerint. (2) Abban az esetben, ha az – erre a célra létrehozott szakértői és rehabilitációs bizottság szakértői véleményében foglaltak szerint – a fogyatékos személy képességeinek kibontakoztatása céljából előnyös; a fogyatékos személy az óvodai nevelésben és oktatásban a többi gyermekkel, tanulóval együtt – azonos óvodai csoportban, illetve iskolai osztályban – vesz részt. Ennek hatására egyre több intézmény vállalta fel az együttnevelés lehetőségét a pedagógiai programjaiban.

Az együttnevelés ismert és sokat hangoztatott fogalom, azonban ha megkérdezzük valakit, hogy mit takar a kifejezés, gyakran tétova válaszok

¹ Mező Katalin – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; kata.mezol@gmail.com

² Mező Ferenc – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; ferenc.mezol@gmail.com

³ Kelemen Lajos – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; kellajos@freemail.hu.hu

⁴ Szilágyi Barnabás – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; szilagyi.barnabas@gmail.com

jelennek meg. Kire vonatkozik az együttnevelés; egyáltalán kiket nevelünk együtt?

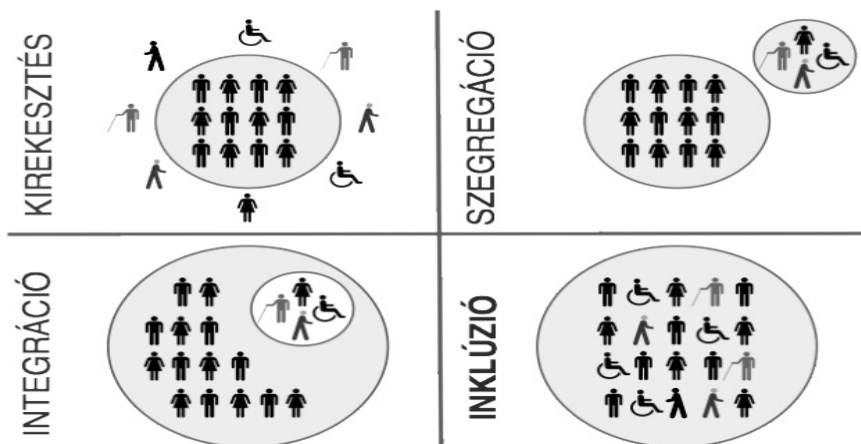
Ha csak a szó laikus értelmezésére vállalkozunk, akkor azt kell mondanunk: az együtt, az emberek együttesét jeleníti meg; a nevelés pedig valamilyen pedagógiai folyamatot jelöl; tehát az együttnevelés olyan pedagógiai tevékenység, amely mindenkire vonatkozik, aki az adott közegben van. Ezen megközelítés alapján az együttnevelés egyenlő lehetne a mindennapi pedagógiával, mégis önálló fogalomként jelenik meg. Ebből adódóan, feltételezhető, hogy az együttnevelés, valamilyen speciális helyzetet jelöl.

Az együttnevelés fogalma és terminológiai

Az *együttnevelés* a különböző eredetű és típusú hátrányokkal rendelkező gyermekekre vonatkozó pedagógiai fogalom. „Az együttnevelés azt jelenti, hogy az intézmény szociálisan befogadóvá, és egyben arra alkalmassá válik, hogy a legkülönbébb társadalmi háttérű és képességű tanulók előmenetelét színvonalromlás nélkül biztosítsa.” (Jenei-Locsmándi-Megyeri, 2006, 34. o.).

Az együttnevelés fogalmát gyakran azonosítják az *integráció* kifejezéssel, pedig az integráció nem teljesen fedi a pedagógiai értelemben vett együttnevelést fogalmát (v.ö.: 1. ábra). A Magyar Értelmező Kéziszótár alapján az „integráció” szó eredeti jelentése: különálló részeknek valamely nagyobb egészbe, egységbe való beillesztése, beolvadása, egyesülése. Érezhető, hogy ez a kifejezés számos problémát magában hordoz: pedagógiai tevékenységeink során kiket/kit nevezhetünk különálló részeknek, mit jelenthet az egységbe való beillesztés? Az integráció szó éppen ezért nem túl szerencsés ezen pedagógiai folyamatok jelölésére, hiszen az *együttnevelés lényege* nem a beillesztés vagy egyesülés lenne, hanem az *egymás kölcsönös elfogadása és az egymáshoz való alkalmazkodás*. Ennek ellenére a pedagógiai integráció kifejezés elterjedt és használatos.

1. ábra: Az együttnevelés fogalma és terminológiai
(Forrás: Együttnevelés kampány)



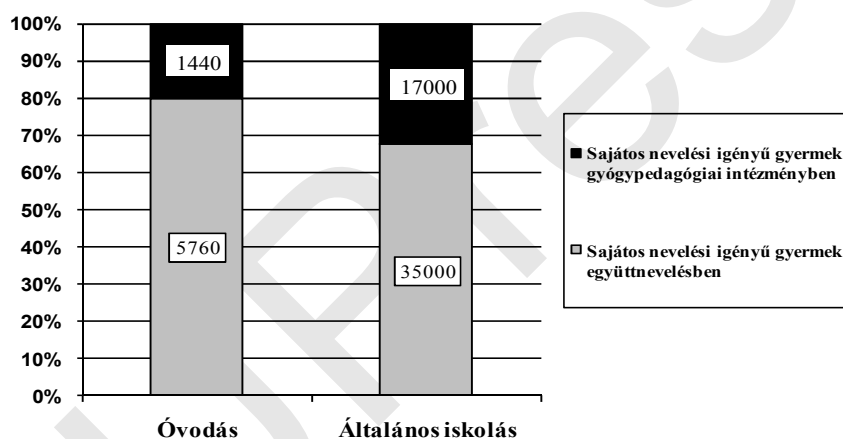
Az integrációt tágabb értelemben minden olyan gyermekekre vonatkoz-
tathatjuk, „akinek valami folytán nehézségei vannak, például hátrányos
helyzete, eltérő kulturális háttere, gyengébb képességei stb. miatt”
(Metzger, 2006, 14. o.). Ebben az értelemben az integráció a nemzeti
köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvényben a *kiemelt figyelmet igénylő
gyermekekről és tanulókról* szól. E törvény 4.§ 13. pontja alapján kiemelt
figyelmet igénylő gyermek, tanuló:

- a) különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló:
 - aa) sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló,
 - ab) beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek,
tanuló,
 - ac) kiemelten tehetséges gyermek, tanuló,
- b) a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvény
szerint hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyermek,
tanuló.

Szűkebb, gyógypedagógiai értelemben az integráció a sajátos nevelési
igényű tanulók együttnevelését jelenti. A fent említett 2011. évi CXCV.

törvény 4.§. 25. bekezdése alapján „sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartás-szabályozási zavarral) küzd”. *Gyógypedagógiai szempontú integrációnak* nevezzük tehát a sajátos nevelési igényű gyermekeknek és tanulóknak a nem sajátos nevelési igényű gyermekek óvodáiban, alapfokú, középfokú oktatási intézményeiben megvalósuló nevelését, oktatását, képzését; megfelelő feltételek biztosítása mellett.

2. ábra: Együttnevelésben, illetve gyógypedagógiai intézetben nevelkedő sajátos nevelési igényű óvodások, illetve általános iskolások számának alakulása 2013/2014-ben (KSH oktatási adatok 2013/2014 alapján, Mező, F.–Mező K. 2015)



Napjainkban az együttnevelés egyre inkább terjedőben van – ez abból is látszik, hogy az együttnevelésben részesülők száma folyamatosan emelkedik. Az együttnevelésben részesülők óvodai, általános iskolai létszám-

arányának érzékeltetése érdekében szerepeljenek itt a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett 2013/2014-es oktatási adatok (KSH Oktatási adatok, 2013/2014 – vö. 2. ábra). Ezek szerint a sajátos nevelési igényű óvodások száma hazánkban 7200 fő (ez 7,4%-kal nagyobb az előző tanévihez képest!), s 80%-uk részesült együttnevelésben (ez az arány pedig 2%-kal nagyobb az előző tanévihez képest. Az általános iskolába járó 52 000 sajátos nevelési igényű tanuló 67%-a (mintegy 35.000 fő) részesül együttnevelésben (s ez az arány is magasabb a 2012/2013 tanévhez képest). A korábbi, szegregációs elvű berendezkedéshez képest ezek a létszámarányok a köznevelési intézményeket elárasztó „integrációs cunami”-nak (lásd: Bánfalvy, 2008) tekinthetők.

Evans és Lunt (2002) szerint azonban, nem mindegy, hogy az integrációs folyamatok milyen típusa jelenik meg az adott közösségen belül. Vizsgálatukban a következőket tapasztalták: az integráció egyik célja, hogy kölcsönös megértést és elfogadást teremtsen a fogyatékosok és a nem fogyatékosok között az esélyegyenlőség kontextusán belül. Az integráció azonban nem minden esetben automatikus. A két oldal egymáshoz való alkalmazkodásában három különböző típusú folyamat jelenhet meg:

1. Az asszimiláció, amely arra helyezi a hangsúlyt, hogy a fogyatékosoknak kell/kellene a többség számára érvényes életmódot felvenniük.
2. Az akkomodáció, amely elismeri a fogyatékosoknak azon jogát, hogy önmaguk legyenek, az alkalmazkodás kényszerét pedig kizárólag a többségre helyezi át.
3. Az adaptáció, amely a fogyatékosoktól és a nem fogyatékosoktól egyaránt azt várja el, hogy kölcsönösen alkalmazkodjanak egymáshoz.

Az, hogy a közösség el jut-e az adaptáció szintjére, nagymértékben függ attól, hogy a nevelési-oktatási intézményeken belül az integráció milyen szinten jelenik meg. Az integráció megvalósulásának különböző fokozatai, változatai alakultak ki (Csányi, 1993):

1. *A fizikai, lokális integráció* az együttnevelés legegyszerűbb változata. Ebben az esetben a fogyatékos és nem fogyatékos gyer-

mekek közös épületben tanulnak, de gyakorlatilag semmilyen kapcsolat nincs köztük. Bár az együttnevelés lehetősége ebben a formában benne rejlik (például közös szabadidős foglalkozások szervezése által), de viszonylag ritkán élnek vele. Az intézményen belül elkülönített gyermekeknek többnyire nincs érdemi kapcsolatuk a többi gyermekkel.

2. *A szociális integráció* az együttnevelés második szintje. A sajátos nevelési igényű gyermekek csak a tanórákon, foglalkozásokon vannak elkülönítve ép értelmű társaiktól, fejlesztésük külön csoportokban történik, de szabadidejükben a tanulók együtt vannak, tehát a szociális közelítés lehetősége adott a foglalkozásokon, illetve tanórákon kívül. „A gyermekcsoportok keveredése” történhet szabad játék, étkezés, kirándulás vagy sporttevékenységek alkalmával. A csoportok találkozása viszont lehet rendszeres, folyamatos.
3. *A funkcionális integráció* az együttnevelés legmagasabb foka; ebben az esetben nem választják szét a gyermekeket, hanem együtt fejlesztik őket. Ennek:
 - egyszerűbb változata a részleges integráció: a gyermekek csak a tanítási idő egy részében vannak együtt (rajz, énekzene, testnevelés óra).
 - magasabb fokozata a teljes integráció, amely az együttnevelés igazi célja. Ez azt jelenti, hogy a sérült gyermekek teljes idejüket az ép társaik között töltik.

Ezekén kívül az integrációnak két speciális változatával találkozhatunk:

4. *Spontán integráció*: egy fogyatékos gyermeket, többségi osztályba tesznek, mert nincs máshol hely.
5. *Fordított integráció* nagyon ritka jelenség: ilyenkor a nem fogyatékos gyermeket fogadja be valamilyen speciális intézmény (Csányi, 2001).

Az együttnevelés meghatározása során további terminológiai nehézséget jelent az, hogy az integráció mellett gyakran emlegetik az inklúziót, időnként azonos jelentéssel, pedig a két fogalom ebben az esetben sem ugyanazt jelöli (lásd: 1. táblázat).

Az inklúzió közelebb áll az együttnevelés fogalmához, illetve a teljes integráció megvalósulásához. *Az inklúzió a befogadást, és az elfogadást jelenti.* Varga (2010) meghatározása alapján az inklúzió – olyan tudatosan működtetett társadalmi hatásrendszer, amely képes a kirekesztést, kirekesztődést meggátolni és a valódi (nemcsak fizikai értelemben vett) hozzáférést biztosítani. Az inklúzió a fogyatékkal élőknek nem csupán az épekkel együtt, egy térben történő tanulását jelenti, hanem az adott közegbe való teljes befogadását és optimális szintű fejlesztését is magába foglalja. „Az *inklúzió* egy szemlélet, amely a befogadáson alapszik, azon az elven, hogy az eltérés nem akadály a együttességnek, sőt, egyes esetekben gazdagítja, színesíti a többség életét. Az inkluzív pedagógia azon alapszik, hogy a másságot relatívnak tekintjük, attól függ, hogy kihez képest vagyunk mások, hogy kik között élünk. Ezen a szemléleten alapuló gyakorlat szerint minden ember, minden gyerek más (noha tény, hogy léteznek kisebb és nagyobb eltéréssel élők). Amennyiben a másság kiterjesztődik minden gyerekkel történő bánásmódra, a valóban nagyon más gyerekkel való attitűd nem tér el kirívóan, hiszen mindenkivel »másképp« bánunk” (Bakonyi, 2015, 20. o.).

*1. táblázat. Az integráció és az inklúzió minőségi különbségei jellemzői.
Forrás: Csányi (2003) alapján Köpatakiné (2009).*

JELLEMZŐK	INTEGRÁCIÓ	INKLÚZIÓ
Az SNI gyermek fogadása	Felveszik a sajátos nevelési igényű gyermeket a többségi intézménybe, melynek alapja egy-egy pedagógus vagy pedagóguscsoport elkötelezettsége, nyitottsága.	A sajátos nevelési igényű gyermeket a lakóhelyéhez közeli többségi intézménybe veszik fel, ahol az intézmény felkészült a feladatra.
Elvárások	A többiekkel azonosak az elvárások vele szemben.	A többiekkel azonos, de rugalmas tanterv alkalmazása során minden szempontból figyelnek az egyéni ütemben haladó, sajátos nevelési igényű tanulóra.
Alkalmazkodás a gyermek egyéni sajátosságaihoz	Elsődlegesen a tanuló alkalmazkodik a befogadó környezethez, a többiek szintjéhez.	Az intézményi környezet alkalmazkodik a tanuló egyéni sajátosságaihoz.
Intézményi integrációs stratégia	A befogadó intézmény helyi innovációkkal segíti a befogadás eredményességét.	Az iskola életét, értékeit, módszereit, személyi és tárgyi feltételeit úgy alakítják, hogy valamennyi gyermek, ezen belül a sajátos nevelési igényű tanulók nevelési szükségleteit is kielégítsék.
Pedagógiai módszerek	A befogadó pedagógus lényegesen nem változtat a saját stílusán, a többnyire hagyományos pedagógiai módszerein.	Valamennyi pedagógus az egyes gyermekek egyéni igényeihez, szükségleteihez való igazodást látja fő feladatának. A módszerek, értékelési eljárások, szervezési formák tekintetében jelentős a változás, cél a képességek megbízható kibontakoztatása.
Együttműködés a gyermeket tanító pedagógusok között	Ha probléma jelenik meg, a gondok feloldása jelentős mértékben a gyógypedagógusra vagy a szülőre hárul. A gyógypedagógus segítsége elsődlegesen a sajátos nevelési igényű tanulónak szól.	A gondok megoldását elsődlegesen a többségi pedagógusok vállalják, nem húznak éles határvonalat a sajátos nevelési igényű gyermek és a többi, támogatást igénylő gyermek között. A gyógypedagógus segítsége szükség esetén az együttműködés, a közös tervezés, a közös gondolkodás, a partneri kapcsolat. A gyógypedagógus segítsége elsődlegesen és az esetek többségében a többségi pedagógusnak szól, a vele való konzultáció során alakul ki a problémák megoldásának lehetséges módja.
A gyógypedagógus szerepe	A gyógypedagógus feladata a sajátos nevelési igényű gyermekkel való külön foglalkozás, ez áll a munkája középpontjában.	Szükség esetén a gyógypedagógus a gyermekkel is foglalkozik (habilitációs-rehabilitációs foglalkozás), de nem ez áll munkája középpontjában.
Együttműködés a szülői házzal	A sajátos nevelési igényű tanuló szüleivel intenzív az intézmény kapcsolata.	Valamennyi gyermek szüleit aktívan bevonják az iskola életébe, közösségi feladataiba, programjaiba.

A hazai nevelési oktatási rendszerben jelenleg az együttnevelés mellett párhuzamosan működnek a szegregált (külön nevelésen alapuló) intézmények. A *gyógypedagógiai szegregáció* a sajátos nevelési igényű gyermekek és tanulók olyan óvodai, alapfokú és középfokú nevelése és oktatása, amelyet kifejezetten erre a célra létrehozott és működtetett gyógypedagógiai intézmények látnak el, esetenként bentlakás biztosításával.

A tradicionális gyógypedagógiai gyakorlat egyik legjellemzőbb ismérve az elkülönített vagy szegregált formában történő nevelés. A szegregált intézményekben a vezető fogyatékoság szerinti elkülönített nevelés-oktatás folyik. A különnevelés következtében a fogyatékkal élők nagyobb mértékben izolálódhatnak, elszigetelődés, bezártság alakulhat ki, a társadalmi befogadás/elfogadás hiánya fokozottan érvényesül.

A szegregált nevelés alapjai a fogyatékoság tényének orvosi megítélésben keresendők, amely kóroki folyamatok által leírható következményként kezelte az egyén fogyatékoságát. A különnevelés legfőbb célja ebből következően a sérült funkciók hiányainak kompenzálása volt. Petry (2012) szerint „a fogyatékoság megítélésében lényeges változást hozott az orvosi megközelítés felőli elmozdulás a szociális modell felé”. Az orvosi megközelítésben a fogyatékoság, mint diagnosztizálható és terápizálható károsodás, testi probléma jelenik meg. A szociális modell azonban a fogyatékoságot a társadalmi, szociális állapotelfogadás szemszögéből tekinti. Mindez pedagógiai, pszichológiai szempontból is jelentős változást hozott, hiszen a fogyatékoság szegregáló szemléletéből elmozdult a sajátos nevelési igényre (SNI) koncentráció, az inkluzív, befogadó, személyiségre orientáló módszerek alkalmazására fókuszáló látásmód irányába (Mező K., 2014).

Kétségtelen, hogy a különnevelésnek is van számtalan előnye (például: felkészült, képzett szakemberek; kiscsoportos nevelés; specifikus oktatási módszerek és eszközök; nagy múltú hagyományokra építkező nevelési rendszer), és természetesen bizonyos esetekben a megfelelő speciális fejlesztés csak szegregált formában valósítható meg. Azonban az épek és akadályozottak közé mesterségesen húzott vonal nem annyira egyértelmű, mint ahogyan azt korábban feltételezték. Számos, épek közé sorolt gyermek mutat olyan komoly tanulási problémát, melyek leküzdéséhez

speciális szakismeret szükséges. Ugyanakkor számos akadályozott gyermek minden különösebb erőfeszítés nélkül követni tudná az épek számára összeállított pedagógiai programokat (Kerber, 1999). Azt is be kell látni, hogy számos önmagát inkluzívnak tartó intézmény nincs eléggé felkészülve a fogyatékkal élő gyermekek, tanulók befogadására. Gyakran azért kényszerül például egy siketnéma, vagy egy vak tanuló külön pedagógushoz, vagy magántanulóságra; mert az iskolájában nem tudnak/tudtak eredményesen foglalkozni vele. Magántanulónak kényszerülnek, holott ugyanazt a művelődési anyagot el tudják sajátítani, mint ép kortársaik; néha akár magasabb szinten is (lásd: Fogyatékkal élő tehetségek – Mező K., 2015).

A gyógypedagógia, a maga sajátos nevelési eszközeivel *ugyanabban a társadalomban való életre* neveli a tanítványait, mint amelyben a testvéreik, a szüleik, a kortársaik, ismerősek stb. is élnek. A gyógypedagógia nevelés alapja nem egyszerű „kórtani” vagy „biológiai” alap (hiszen a biológiai megközelítés is olyan sokféle, mint maga az állapot). A gyógypedagógusok pedagógiai törekvései a különleges nevelési, személyiségfejlesztési, műveltségnyújtó célkitűzésekre épülnek; ez az együttnevelés alap axiómája.

Az együttnevelés előnyei és hátrányai

Az együttnevelés előnyeit és hátrányait (2. táblázat) többen vizsgálták már (Véső, 2003; Venter, 2003; Kőpatakiné, 2004; Laki, 2010); és azt állapították meg, hogy „az előnyök valódi előnyöket jelentenek mind az ép, mind a sérült gyermekek számára, a hátrányok valójában nem hátrányok, hanem kihívást jelentő feladatok az osztálytársak, a pedagógusok, az intézmények és a társadalom számára” (Laki, 2010, 75. o.).

2. táblázat. Az együttnevelés előnyei és hátrányai (Forrás: Mező, K. 2015)

Az együttnevelés...		Szempont	
		Szociális	Gazdasági
...előnyei	Épek esetében	• pozitív szociális magatartásmintát közvetít; • jobban megtanulják, hogyan alkalmazkodjanak társaikhoz; • gyakorolják a segítségnyújtást; • megértik a másság valódi jelentését; • kialakulnak morális értékek – tolerancia, empátia, segítőkészség; • elfogadóvá válik; • megtanulja az együttműködés más formáit; • saját egészsége, épsége felértékelődik; • önismerete, önértékelése erősödik; • kreativitás előtérbe kerülése;	• társadalmi érzékenység nő; • szakemberek együttműködése; • módszerek gyarapodás; • kreativitás nő; • befogadó társadalmi szemlélet fejlődése;
	Sajátos nevelési igényűek esetében	• pozitív szociális magatartásmintát közvetít; • könnyebben megtanul együtt élni saját másságával; • könnyebben sajátítja el a társadalmi érintkezés megszokott formáit; • konfliktuskezelő stratégiákat sajátít el; • megtanul harcolni; • fejlődik az alkalmazkodó képessége • szocializációja magasabb szintet ér el; • megfelelő motiváció; a gyermekek jobban törekszenek képességeik kibontakoztatására és realisabb önértékelés alakul ki bennük; • speciális intézményektől távolabb élő gyermekeknek sem kell elszakadniuk családjuktól, megszokott környezetüktől a megfelelő fejlesztés érdekében; • kommunikáció fejlődése;	• az épek húzóereje; • kisebb a valószínűsége, hogy munkanélkülivé váljanak felnőttkorukban; • megtanulnak helytállni a közösségben; • nagyobb az esélye az önálló élet kialakításának;
...hátrányai	Épek esetében	• a sérültség látványa frusztrációs lehet;	• pedagógusokra háruló többletmunkák; • tárgyi-személyi feltételek hiánya; • előkészítetlen próbálkozások
	Sajátos nevelési igényűek esetében	• kirekesztődés veszélye; • pszichés zavarok léphetnek fel nála, mivel azonnal szembesül másságával;	

Együttnevelés gyakorlati megvalósulásának dilemmái

Az együttnevelés gyakorlatban történő megvalósulása nem minden esetben teljes körű. Susan Tetler (2006) abból az alap dilemmából indul ki, hogy bár mindenki tudja, hogy „minden tanuló számára – függetlenül a fogyatékoság típusától és mértékétől – biztosítani kell a lehetőséget a többségi iskolába való bekerülésre. Ennek ellenére a nevelési/oktatási rendszert mégis a „normalizáljuk a gyermeket” megközelítés jellemzi leginkább” (Tetler, 2006, 37. o.). Mindennek következtében az együttnevelési szándék, az inklúzió egészen más irányt vesz.

Az együttnevelési elképzelésekben jelentkező hibák Tetler (2006) alapján:

1. hiba: Amikor az integráltan oktatott tanulókat és az osztály többi tagját párhuzamosan tanítják.

Lényegében a befogadott tanuló számára felzárkóztató foglalkoztatásokat biztosítanak; a számára szóló egyéni program kidolgozását és kivitelezését pedig egy fejlesztő pedagógusra bízák. Ez a program tulajdonképpen egy tanterv, amelyről gyakran úgy gondolják, hogy párhuzamos a többség számára elkészített tantervvvel. Így tehát, az inklúzió úgy valósul meg, mint egyfajta speciális oktatás, saját tantervvvel, anyagokkal, speciálisan képzett tanárokkal és módszerekkel, a többségi oktatás keretein belül, de nem együtt.

2. hiba: Amikor az integráltan oktatott tanulók kizárólag a fejlesztő pedagógussal vannak interakcióban.

A fejlesztő pedagógus közeli támogatása a „befogadott” tanuló izolálódásának kockázatát hordozza magában, ugyanis a többi tanuló és a többi pedagógus ebben az esetben nem vállal felelősséget a tanuló tevékenységeiért. Így a tanuló, aki mindennél jobban igényli a társakkal való interakciót (hiszen éppen ezért került az inkluzív iskolába), még inkább kiszakad a tanulóközösségből. Fergusson (1992) az ilyen gyerekeket buborék-gyerekeknek („bubble-kids”) nevezi, mivel a fejlesztő tanár – a legjobb szándéktól vezérelve – gyakran láthatatlan buborékot, egyfajta burkot formál a gyermek köré.

3. hiba: Amikor az integráltan oktatott tanulók csak passzívan vesznek részt a munkában

A befogadott tanulók csak passzívan vannak jelen az osztályban, például üldögélnek a padjukban, csak ritkán kezdeményeznek, várják a fejlesztő pedagógus instrukcióit. Ez azért hátrányos, mert különösen fontos lenne, hogy önmaguk kontrollálják a tevékenységeiket. Ennek hatására alakulna és fejlődne a saját integritásuk, képesekké válnak célok kijelölésére, a tervezésre, a végrehajtásra és az értékelésre egyaránt.

4. hiba: Amikor az integráltan oktatott tanulók olyan tevékenységekben vesznek részt, melyek célja az együttlét – nem pedig az együttműködés.

A fogyatékkal élő gyermekek bevonása a hasonló életkorúakkal való társas tevékenységbe (például tanulmányi kirándulás, kempingezés, iskolai bálók stb.) általában fontos cél, nem is ezekből adódnak a hibák. A probléma akkor jelenik meg, ha a tanulási tevékenységet is inkább az „együttlét” jellemzi, mintsem az együttműködés. Az „együttlét” egy cél nélküli társas aktivitás; viszont az együttműködés mindig magában foglal egy célt, amelyet az egyén megpróbál elérni különféle tevékenységeken keresztül. A célvezérelt közös tevékenység az együttnevelés alapja.

5. hiba: Amikor a tanítás alapja nem az integráltan oktatott tanulók használható tudása.

Ebben az esetben a befogadott gyermekek oktatása-nevelése nem a használható tudásukon alapul. Mindenki tudása alapvetően szükséges ahhoz, hogy a közösség eredményes legyen. Fontos, hogy a társak tisztában legyenek vele, mivel járulhat hozzá az egyén a csoport munkájához. Különösen fontos, hogy a pedagógusok úgy szervezzék a számonkérést is, hogy minél több lehetőségeket kínáljon az egyének számára, hogy hozzájáruljanak a munkához. Probléma: ha a speciális oktatás a fogyatékoságokra összpontosít. Ennek eredményeként ugyanis a fogyatékkal élő gyermek úgy jelenik meg, mint valaki, aki mindenekelőtt támogatásra szorul; és nem pedig úgy, mint valaki, aki képes valami olyasmivel hozzájárulni a munkához, ami hozzásegítheti a csoportot a sikerhez.

6. hiba: Amikor az integráltan oktatott tanulók nem tekintik magukat az osztályközösség részének. Amikor úgy érzik, nem a saját igényeik szerint fogadták be őket. Kérdésként jelenik meg bennük, hogy aktív részesei-e az osztályközösségnek vagy csupán tagjai annak?

Ha az előbb említett hibák bármelyike megjelenik az inkluzívnak nevezett oktatás során, akkor az együttnevelési folyamat és szándék is sérül. A hibák megelőzéséhez és kiküszöböléséhez figyelembe kell venni (Tetler, 2006 alapján):

- az egyén és az osztályközösség érdekeit: az együttnevelés során ki kell elégíteni a befogadott gyermek valamennyi speciális szükségletét és egyben tekintettel kell lenni az osztályközösségre is. „A kihívás abban rejlik, hogy odafigyeljünk minden gyermek egyéni történetére és arra is, hogy ezt a történetet hogyan szöhetjük bele a többi gyermek történetébe. Így egy közös történet születik, amelyen keresztül minden gyermek kifejezheti magát, és mivel a gyermek megtanulja, hogy saját közreműködése fontos a közös történethez, fontosnak fogja érezni magát, motiváltabbá válik. A gyermek többé már nem csupán néző, hanem aktív résztvevővé lesz.” (Tetler, 2006, 39. o.)
- speciális képzettségű és általános képzettségű pedagógusok team munkáját: a személyi feltételek biztosítása nélkül nem lehet szó együttnevelésről. Meg kell teremteni a speciális segítség személyi és tárgyi feltételeit, még azelőtt, mielőtt a gyermek befogadása megtörténne. Ugyanakkor biztosítani kell a közösségben való lét lehetőségét.
- a különbségek értékelését: fel kell karolni minden egyes tanuló egyéni és közösségi érdekét, szükségleteit, tapasztalatait és a bennük rejlő lehetőségeket egyaránt.
- az iskolák tanulmányi és szociális dimenzióit: a kortársak, a pedagógusok biztosítják a társas érintkezés lehetőségét a gyermekek számára, ezáltal a szocializáció alapkövévé válnak. Nem csak a tanulmányi előmenetelre kell koncentrálni, kiemelkedő szerepet kell biztosítani a fogyatékkal élők szocializációjának.

- hasonlóság vagy különbözőség kérdését: felvetődik a kérdés, hogy az együttnevelés során, hogyan tudják a pedagógusok a fogyatékkal élő gyermekek számára megteremteni a lehető legjobb feltételeket az egyéniségük kifejlesztéséhez. Csakúgy, mint a többi tanuló, a fogyatékkal élők is igénylik a hozzájuk hasonló egyének társaságát, akikkel őszintén beszélgethetnek, anélkül, hogy félniük kellene a megaláztatástól; és akik ösztönösen megértik őket, hiszen nekik is hasonló tapasztalataik vannak. Ennek biztosítása az inkluzív keretek között nehezített. Ezen lehetne javítani azáltal, ha az iskolák különféle tanulási módokat kínálnának a fogyatékkal élő tanulók számára például egyhetes kurzusok, tanulmányi kirándulások vagy az interaktív média segítségével.

Irodalom

- Bánfalvy, Cs. (Szerk.) (2008). *Az integrációs cunami. Tanulmányok a fogyatékos emberek iskolai és társadalmi integrációjáról*. ELTE Eötvös Kiadó Kft., Budapest.
- Csányi, Y. (1993). *Együttnevelés. Speciális igényű tanuló az iskolában*. Budapest, OKI Iskolafejlesztési Alapítvány.
- Csányi, Y. (2001). Steps towards inklusion in Hungary. *European Journal of Special Needs Education*, 16. 301–308.
- *Együttnevelés kampány*. Letöltés: 2015.02.19. Web: <http://egyuttnevetunk.hu/features/kiket-erint/>
- Evans J. & Lunt I. (2002). Inclusive education: Are there limits? *European Journal of Special Needs Education*, 17 (1), 1–14
- Jenei, A.–Locsmándi, A.–Megyeri, J-né (2006): Együttnevelés kéttanáros pedagógiai modellben. In. M. Tamás, M. (Szerk.). *Integráció és inklúzió*. Trefort Kiadó. Budapest.
- Juhász, J. (1989). *Magyar Értelmező Kéziszótár* I. kötet. Akadémia Kiadó, Budapest.
- Kerber, Z. (1999): Pro és kontra az integrációról – Beszélgetés Kereszty Zsuzsával és Salné Lengyel Máriával. *Új Pedagógiai Szemle*, 10. sz. 52–61.
- Kőpatakiné Mészáros, M. (2004). Közben felnő egy elfogadó nemzedék. A sajátos nevelési igényű tanulókat integráltan nevelő-oktató intézmények gyakorlata. *Új Pedagógiai Szemle*, 2. sz. 38–48.

- Kőpatakiné Mészáros, M. (2009). *Az együttnevelés magyarországi gyakorlata – a nemzetközi együttműködés első tapasztalatai*. OFI. Letöltés: 2015.02.10. Web: <http://www.ofi.hu/tudastar/resz-orszagos/egyuttmukodes>
- KSH: *Statistikai Tükör. Oktatási adatok*, 2013/2014.2014/39.
- Laki, T.né (2010). Az együttnevelés műhelye. *Új Pedagógiai Szemle*.201/1-2. 73–93. o.
- Metzger, B. (2006). Előtérben az integráció. In: M. Tamás, M. (Szerk.). *Integráció és inklúzió*. Trefort Kiadó. Budapest. 13–24.
- Mező, K. (2014). A tehetséggondozás gyógypedagógiai aspektusai. In Tánczos, J. (Szerk.). *Fejlesztő pedagógiai és pszichológiai tanulmányok I.*, Debreceni Egyetem Kiadó, Debrecen.
- Mező, K. (2015). Fogyatékkal élő tehetségek. *Tehetség XXIII.* (1). 9–12. o.
- Mező, F.–Mező, K. (2015). Gyógypedagógiai problémákra érzékenyítő játékok (nemcsak óvodapedagógusoknak). In Mező, K. (Szerk.). *Játékkal a különleges bánásmódot igénylő gyermekekért*. Bíbor Kiadó, Miskolc. 55–74. o.
- Petry, K. (2012). *A paradigmaváltás következményei: elmozdulás az orvosi központú megközelítéstől a személyközpontú megközelítés felé*. Előadás. Elhangzott: Pathways to Inclusion Konferencia, 2012. 09. 13–14. Budapest.
- Tetler, S. (2006). Inkluzív osztályok. *Iskolakultúra*. 2006/10. 36–42. o.
- Varga, A. (2010): Inkluzív társadalom és iskola. In Varga, A. (Szerk.). *Esélyegyenlőség a felsőoktatásban I.* PTE BTK NTI Romológia és Nevelésszociológia Tanszék
- Végső, Pné (2003). *Az akadályozott fejlődésű gyermekek integrált nevelése a Pécs, Siklósi úti óvodában*. Letöltés: 2015.02.10. Web: <http://www.pecsiovodak.hu>
- Venter, Gy. (Szerk.) (2003). *Különleges bánásmódot igénylő gyermekek helyzete Szabolcs-Szatmár-Beregmegyében*. Nyíregyházi Főiskola, Nyíregyháza

MIÉRT ÉS KIVÁLTKÉPPEN MIRE JÓ A TRADICIONÁLIS NÉPMESE?

Bálint Péter¹

[...] az észbeli erényekre tanulás révén,
a jellem erényeire pedig szoktatással teszünk szert.
(MacIntyre)

1.

Ha megengedik, hogy a német szkeptikus filozófus, Odo Marquard szellemét megidézzem mondanivalóm lényegéhez, idéznem kell *A szellem-tudományok nélkülözhetetlensége* tanulmányának egy kulcsmondatát, pontosabban egy választott mondat utolsó és a rákövetkező mondat első tagmondatát, melyek – mint látni fogják – az én olvasatomban *épp így* tartoznak szorosan össze, hogy segítsék interpretációm:

[...] szükségünk van az idegenné vált származásvilágok meghitté tételének művészetére. Ez pedig a hermeneutika művészete, az interpretáció [...].

Márpedig mi, akik az elmúlt fél évszázad alatt meglehetősen idegenné vált tradicionális népmesével találkozunk, mondhatni az intézményi vagy otthoni könyvtárban vagyunk *találkozásban* (tagadni is kár volna, csakis a kötetekbe összegyűjtött repertoárok szövegeivel vagyunk találkozásban, mint hermeneuták), hogy tárgyunkat meghitté tegyük: folyamatosan újraolvassuk, faggatjuk, interpretáljuk őket. S mivel a „sokféleség és sokértelműség kultúrájának” részesei vagyunk (mármint ha egyáltalán részt akarunk venni abban a kulturált gondolkodásban, miszerint „a történeteknek nem csak egyetlen értelmezésük van”), nem hagyhatjuk

¹ Bálint Péter- DEGYFK, Irodalom, Kommunikáció és Kulturális Antropológia Tanszék; balintp@ped.unideb.hu

kisajátítani a népmesét, melyet a folkloristák vadászterületeként aposztrofáltak sokáig, ám a nyelvészek és filológusok, mitológusok és irodalmárok, újabban a pszichológusok és kulturális antropológusok igyekeznek „lélegeztető gépen” tartani. Ugyanis az a sokak által megfogalmazott tétel, miszerint a tradicionális népmese (kiváló folkloristánk, Dobos Ilona kifejezésével: a „parasztmese”) *természetes halállal szűnt meg*, s helyébe a gyermekeknek szánt „könyvmese”, illetve az „urbánus mese” (másként az élettörténet-mondás) lépett, mégsem egészen igaz.

Ennek az úgymond természetes halállal megszűnésnek és sokak által cseppet sem remélt feltámadásnak (ami az első pillanatban egymással ellentmondó folyamatnak tűnik, holott, mint látni fogjuk, a feltámadásnak éppen azok az okai, mint amit a megszűnése okainak véltünk) a logikáját szeretném körüljárni ebben az előadásban.

A tradicionális népmese – állítják a természetes halálát természetesként elkönyvelő mesefunerátorok –, az alábbi jól körülírt indokok, vagy még inkább társadalmi kényszerek alapján szűnt meg létezni:

- 1) A modernitás korában, vagyis a múlt században bekövetkezett *technikai fejlődés* felszámolta a faluközösséget, a paraszti kultúrát és ennek okán egyszerűen kiszorította az oralitásban évszázadokon át létezett népmesét és előtérbe került a „szövegirodalom”.
- 2) Walter Benjamin a tapasztalaton nyugvó *bölcselet devalválódásával* és a *hír* minden elképzelést túlszárnyaló szárnyalásával magyarázza a mese „halálát”.
- 3) Az első világháborút követően a parasztság *a* mesélést, mint nem igaz, ennek következtében nem hihető, sőt egyenesen szégyellnivaló történetmondást felcserélte a valóságos vagy annak hitt élettörténetek mondásával (azért mondom, hogy *annak hitt*, mivel a mondás maga is az én-narratíva konfigurációján nyugszik), vagyis a közösség maga szakított a hagyománylánccal.
- 4) Az utóbbi fél évszázadban a népmesét *fölváltotta* (vagy más aspektusból éppen *leváltotta*, mintegy nyugdíjazta) a gyermekeknek szánt „könyvmese”, és a városi intézményekben elmondott „urbánus mese”. Ha mindez igaz (márpedig miért is kételkednénk e folyamatok valóságos lezajlásában, hiszen tény, hogy az egész Kárpát-medencében aligha találunk ma már élő mesemondót, élő mese elmondóját, ha csak szerencsénket áldva egy-két

cigány mesemondóra nem bukkanunk; miként az is tény, hogy alig találunk hiedelem- és eredetmondákat, balladákat mesélőket sem), szóval, ha mindez igaz, akkor hát – tegyük föl végtére a kérdést – ugyan minek tudható be a mese és mesélés iránt támadt elementáris *igény*, és *miféle igényről* beszélhetünk egyáltalán?

Vegyük sorra rögvést a mese (a történet-szövet) és a mesélés (a mondás) feltámasztására tett kísérletek markánsan jelentkező egyéni és társadalmi igényeit:

1) Marquard írja a fent idézett tanulmányában: „a kísérleti tudományok hajszolta modernizáció *életvilágbeli veszteségeket* okoz”.

2) Az évszázados keresztény etikai kánon és a paraszti közösség értékrendje (ez utóbbi reprezentánsa éppen a mese, mely a Benjamin által tételesen megfogalmazott „hármasszón”: az életbölcselet, az erkölcsi rend és a túlélési stratégia korpusza), elképesztő gyorsasággal történő összeomlása arra kényszeríti az embert, hogy az elengedhetetlen (néha akaratlan vagy nem-remélt) létmód-választása során etikai mintákat keressen. Ilyen minták az arisztotelészi és kanti *erény* és az erényfogalom körébe tartozó magatartás és- gondolkodásformák, melyek a MacIntyre által értelmezett *hagyományban* leledzenek.

3) Ricœur, aki nem csekély mértékben segít a „konfigurációs” és „refigurációs aktus” értelmezésével a mesemondás természetének megismerésében, egyenesen azt állítja – Marquard-dal egyetértésben –: aki elfelejt történeteket mesélni, magáról az életről mond le.

4) Az urbanizációs fejlődéssel, a városi elmagányosodással, a társiaság/testvériesség meglazulásával együtt járó diszkurzus-hiány és meg-hittség-élmény hiánya mind arrafelé hajtja az embert, hogy kialakítsa az *urbánus mesemondást*, mely kiváló folkloristánk, Dobos Ilona szerint a paraszti hagyomány átmentésén, továbbélésén túl az „igaz történetek” elmondásának megalapozását segíti elő.

No de, térjünk vissza a kiinduló pontunkhoz, s azt javaslom, hogy vegyük sorra a tradicionális népmese jelentőségét a gyermek nyelvi és szocializációs kompetenciájának fejlődésében.

A tradicionális népmese (s más folklór-narratívák: mondák, mondókák, gyermekjátékok) szövegeiben rögzült szavak, képek, metafora-alakzatok *elsajátítása* révén, a gyermeknek nem pusztán a születése előtt is létezett,

számára felfedezésre váró *anyanyelvi szókincse* alapozódik meg, de a szülő-közösségből átöröklött/átvett *mondás képessége* is (ami egyszerre jelenti a műthologiein: vagyis az „elmesélni a valódi tényállást”, és a mondás közben megértetté és egységessé tett én: „*Selbst*”, „*Moi*” önmegvalósítását). E két képesség: a nyelvbirtoklás és a történetek mondása által magabiztossá válik a MacIntyre-i értelemben vett *ítélőképessége* is: vagyis annak a tudata, hogy mi illeti őt meg. Más szóval az anyanyelvörzésen és -mentésen, a nyelvi identitás tudatosításán keresztül: a *nyelven* és *nyelvben* való sajátos (egyéni és a közösség kulturális mezejében gyökerező) gondolkodásmódjának nélkülözhetetlen eszközévé is válik a mese, ami valami lényegesről: az archetipikusról és a Bahtyin által „határhelyzetben álló” szó varázserejéről szól. Ellenben a protézisként kínált, az átírás/csonkítás révén „irodalmiasított” népmesék, vagy „könyvmesék” egy olyan előzetesen, évszázadokon keresztül használt nyelvi *kódtól* fosztanak meg, amely egykoron beszélt anyanyelvem (éppen az, amelyik a „*mindenkor* és *már mindig is* valahogy megértett vagy előzetesen megértett nyelv, szövegvilág, társadalmi szituáció” reprezentánsa) meg-nem-értését, s a rajta keresztül hozzám érkező bőséges egyéni tapasztalat és felhalmozott közösségi tudás elvesztését kockáztatják, vagy egyenesen ellehetetlenítik. Meg kell értenünk Ricœur legolvasottabb kötetében: *Az élő metaforában* tett kijelentését: „A népi bölcsesség [tegyem hozzá ennek egyik műformája a mese – BP] tehát a metaforák és a közmondások (vagy legalábbis a közhelyeknek számító metaforák és a közmondások alakzatainak) tárháza.”

A kódvesztés kapcsán egy másik veszteségre is utalni szeretnék, nevezetesen arra, amit a szociológus Marcel Mauss említ, ti. hogy: „A képben és tárgyában semmi közös nincs, csak az a *konvenció*, amely a kettőt összetársítja”, ám ha a konvenció, mint a jelölőt és jelöltet értelmező nyelvi hagyomány megszűnik hatóerőként működni, mindazon szövegek kifejezés – és értelemösszefüggése megváltozik, melyeket a konvenció tart vagy tartott életben. Az értelemösszefüggés megváltozása, szétesése révén a mesének, mint Ricœur által „*folyamatos metafora*”-alakzatként aposztrofált diskurzusnak a jelentéstelítettsége és a „mű” struktúrájának szűkülése következik be, mindezzel együtt a „mesei világ” szenved végzetes csorbát. A sors-szimbólumok (melyek kódként tételezett

szavak/képek, vagy az Arisztotelész-i és Kant-i értelmezésben *többlet gondolkodásra* serkentő kifejezésösszefüggések) kiiktatása révén a cselekményszövés, maga a szöveg/szöveg veszíti el eredeti értelmét: vagyis a sorsválasztás kényszerű volta és a sorsbetöltés kötelező érvényű feladata devalválódik. Ironikusan kell megjegyezmem, hogy a lefokozott tudatszinten, a visszavágott/átírt narratíva formájában lehet ugyan, hogy az olvasó/hallgató számára élvezhetőbb (bocsánat a kifejezés miatt): „emészthetőbb” a „csonka” mese, csak éppen nem siet segítségére a tapasztalatcsere aktusában az erkölcsi paradigmák és a sorsmegoldások keresése során.

Értem én, illetve igyekszem megérteni azt a kérdést: a modernizáció korában és a szövegközpontú kultúrában ugyan minek kellene egy letűnt orális világ hagyományát és kódrendszerét átmenteni? A folklorista Ferenczi Imre maga is számot vetett e kérdéssel néhány évtizede, amikor ezt írja:

A szájhagyomány helyzete vitán felül romlik, s bizonyos hogy az írásbeliség totalizálódása meggyorsítja a műveltségi javak kicserélődését, a szemléletmód változását. Az új folyamat azonban nem azonosítható a pusztulással és romlással, még akkor sem, ha csakugyan velejár az archaikus elemek szelekciója, a tartalmi és formai stabilizálódás gyöngülése.

Ám az imént magunk elé idézett kérdezői magatartás, melyet a görögök „hübrisznek” neveznek, megkívánja a válaszadást, mely maga is szükségképpen többretegű:

- 1) A modernitás, az emancipáció kultúrája – ahogy Marquard szellemi mesterére, Ritterre hivatkozva állítja –, egyben a megőrzés kultúrája is, „a szellemi kompenzáció szerveként”.
- 2) Az avítnak minősített szavak, szimbólumok és metaforák sohasem annyira kiüresedettek, mint hinnénk, s a tapasztalatnak (a tapasztalat híján lévő gyermek számára a kép-láncolatoknak) olyasfajta átadását biztosítja, mely a Ricœur-i „refigurációjuk” alkalmával részben a kiapadhatatlan kombinatorikus lehetőséget, részben az életvilágba szervesülésük megértését biztosítja.

3) A természetes halállal kimúlásra ítélt tradicionális népmese olyan én-narratíva, amely a mondás szabályszerűségein túl (vagyis Ricœur szerint „hogya egy kevésbé ismert területet – az emberi valóságot – egy fiktív, de jobban ismert terület – a tragikus mese – kapcsolatainak függvényében írjon le, még hozzá oly módon, hogy felhasználja a mese által tartalmazott ’szisztematikus kifejezhetőség’ minden erényét”), meglehetősen konfigurációs szabadságot, kreativitást engedélyez a történetmondónak. Ha felidézik mondjuk a Bálint Sándor által fölfedezett Tombác Jánosnak, Nagy Olga két kedvencének: a görgényüvegcsúri Jakab Istvánnak és a koronkai Cifra Jánosnak, illetve a szamoszegi Ámi Lajosnak a szövegvilágát, éppen azt a nyelvi plaszticitást és játékosságot, nyelven és nyelvben való önmegértést és közösségteremtést észlelik, ami nagyon is közel áll a gyermekhez is. Elegendő a német pszichoterapeutára, Dethlefsenre utalni:

Nem azért mesélünk gyermekeinknek, hogy tanítsuk őket, mégis elkerülhetetlen, hogy a mese kapcsolatba hozza a gyereket az archetipikus mintákkal. Ez az esemény annyira kényszerűen bekövetkezik, hogy a gyermeknek nincs szüksége a mese pszichológiai értelmezésére – a léleknek egy mélyebb, nem intellektuális rétege már érti, hogy a mese mire „gondol” és mit jelent, sokkal jobban és pontosabban tudja, mint ahogy a legjobb pszichológus értelmezni tudná.

2.

Az iskolába belépő gyermek kettős értelemben is *idegen nyelvi közegbe* lép: Dobos Ilona szerint egyfelől „a szájhagyományban élő történeti emlékek és mondák” jelentős mértékben eltérnek az ott tanultaktól, mind tematikailag, mind az Ong-i értelemben vett funkcionális logika szempontjából; másfelől „míg az iskolai tananyagot a parasztemberek gyermekkorukban csupán egyszer ’vették át’, a szóban öröklődő emlékeket, mondákat kis változtatásokkal életük során számtalanszor hallják a szülőktől, nagyszülőktől”. A gyermek (mármint csakis az elődöktől mesét *ajándékba kapó* gyermek) az évek során mondhatni belenő a mese, mint „folyamatos metafora” poétikai funkciójának megértésébe, s megajándékozottként öntudatlanul is élvezi – miként Ricœur állítja –, hogy

a metafora használatával „a nyelv leveti magáról közvetlen leírásra irányuló funkcióját: így egy mitikus szintre jut el, ahol is felfedezői funkciója felszabadul.” Márpedig a mese az életvilág felfedezésénél is többet kínál számára: a képzelőerő és a mondás, a konkrétság és többletjelentésűség, az el-rejtett és a szimbólumokban kinyilvánított feszültségét, gazdag tárházát, melyből eltanulja a „válaszadó-képzeleti aktusát”. Ezentúl, megtanulja, hogy a szóban elmesélt történetekben (melyek nem feltétlenül öltik a mi mai felfogásunkban leképzett mese formáját), akárcsak a mítoszban benne van – Dethlefsen szerint is –: az örület, a féltékenység, a csalás, a dühöngés, a gyilkosság, a bosszú. Aki nem ismeri a tradicionális népmesét, meglepődik azon, hogy az életvilágbeli sorsok, az én-narratívák (élettörténetek) milyen bőséges tárházára bukkan az egyes típusokban és azok bőséges variánsaiban. Egyfelől éppen az eltérő *tapasztalattal* (mint az értelem eltérő/sokszínű olvasatával) és a Benjamin-i „tapasztalatcsere művészetével” is indokolhatjuk a variánsok létrejöttét; másfelől ennek az életvilágban mindenféle társas viszonyra kiterjedő megoldó-képlet arzenálnak köszönheti a népmese a pszichológusok és mese-terapeuták fokozott, időnként mesterségesen túlfűtött érdeklődését. A népmesében járatlan meglepődik (miként a tradicionális népmesével köszönő viszonyban sem lévő főiskolai hallgatóim is meglepődnek) a mesék szembetűnő *kegyetlenségén*: az anya kiszúrja a fia szemét; a saját lányát feleségül venni akaró, ámde visszautasított apa immáron nagyapaként megöli unokáit; a mostohaanya levágja férje gyermekeit; a király az éppen feleségül kapott lányt megcsonkítja; a testvérek kútba dobják öccsüket. Meglepetésük hátterében voltaképpen nem rejtezik más, minthogy nem látják, *nem látják meg* e metaforák mögött a sorsszimbólumokat, azokat a traumákat és varázslásokat, bűvópatakként előtűnő szenvedélyeket és gonoszságokat, melyek évszázadok, sőt ezredek óta az emberi élet velejárói, miként az ezekre a csapda- vagy éppen túszhelyzetekre adott megoldási lehetőségek is, mint: a jóság, az adni tudás, a kölcsönös szeretet és felelősségvállalás, az ígéret- és tilalommegtartás stb. Nem látják, mert tradicionális mesével személyes találkozás hiányában annak a tévképzetnek a túsza, hogy a mesében csak jók vagy gonoszok, igazak vagy hamisak, ördögök vagy tündérek szerepelnek, ami eredendően ellentmond a paraszti világkép

dualitásának (ami nem tévesztendő össze a polaritással, vagyis a két szélső végletben való gondolkodással), vagyis annak, hogy maguk a hősök, de a segítő és ártó lények is hol ilyenek, hol olyanok, mindig a mesében élénk álló konkrét élethelyzethez kötődően, amire Jung is figyelmeztet. Ha ugyanis igaz volna a két szélső pólus léte, akkor nem kellene a hősnek folyton próbára tennie önmagát (olykor háromszor is), igazolni ígéretét, melyet felelőtlenségből vagy meggondolatlanságból megszeg, és folyamatosan a jóra törekednie, hogy *azzá váljon, amivé kell*. S tegyük hozzá rögtön, nem találkozánk lépten-nyomon a gonosz anyával, az irigy és gyilkos ösztönnel bíró testvérrel, az abúzust elkövetni szándékozó apával, a hűtlen feleséggel, a kegyetlen tündérekkel, no és persze a sárkánnyal, mint jó állatsógorral, a boszorkánnyal, mint útbaigazító segítővel, a gyilkos vízitündérrel, mint megbocsátó lényel.

A Gaston Bachelard megfogalmazta „szociális tiltásokat” követően a meséből szerzett mitikus/metaforikus tudás révén a gyermek sikeresen elvégezheti az őszekkel/rokonokkal való *lelki kötelék* kiépítését, ami pedig a továbbiakban elengedhetetlen és szükséges feltétele a *hagyományos-transzcendentális világkép* rögzülésének az emlékezetében. Röviden szólva, a gyermek esetében hatványozottan igaz Ricœur tételmondatként fölfogható megállapítása: „A világ megnyitására és felfedezésére csakis egy mitizált lelkiállapot képes”; márpedig mi, a textuális kultúránkra fenemód büszke felnőttek, semmi mástól, mint éppen e mitizált lelkiállapottól igyekszünk megfosztani őket, nagyvonalúan felkínálva cserébe – amiként Marquard jelzi – a *szín-éhséget*, a *meghittség-éhséget* és az *értelem-éhséget*, mely örökös hiány-élményként rögzül bennük. A könyvpiac gyermekmese gyárában futószalagról legördülő tömegtermékei ellenére is, vagy éppen miattuk.

3.

Sokszor magától értetődő tételként fogalmazzuk meg, hogy a tradicionális népmese a gyermek családi/törzsi közösséghez tartozásának tudatát, az *identitását* igyekszik fenntartani. Ezt látszik igazolni a szociológus Marcel Mauss is, akinek szavait éppen a mesehagyomány átadása okán érdemes idézni:

Az átadás körülményei, a szerződéses jelleg azt mutatják, hogy a tanítás személyről személyre történő továbbadása egyben egy zárt közösségbe való belépést is jelent.

A zárt közösségbe való belépést (melyről e multikulturális világban persze bajos eldönteni *mennyire* zárt, vagy csupán *mennyire látjuk, láttatjuk* annak), az átadandó tanítás *nyelve* segíti, annál az egyszerű oknál fogva, merthogy az anyanyelven mondatik el vagy íródik le, amelyhez születésünktől fogva hozzá tartozunk, amelyikbe a történeteinken keresztül belenövünk (legalábbis a nemzetközösség terében *hinni szeretnénk* ebben). A tradicionális népmese tanító-történetek hagyománylángolata, érdeme a történetek (így többes számban, mivel az embernek egyszerre több élettörténete van) mondásában ragadható meg. MacIntyre egyenesen azt állítja: „a történetek elmondásának kulcsszerepe van abban, hogy belenevelődjünk az erényekbe.” Engedtesse meg nekem, hogy az előadás megidézett vendégévé, s egyúttal házi filozófusává avanzsált Marquardnak egy újabb gondolatát idézzem: „[Az embereknek], hogy individuumok lehessenek, szükségük van a történetekre (meg a könyvekre és értelmezésekre).” Nem csupán az individuummá váláshoz van szükségük történetekre (és az interpretációjukra) az embernek, hanem azért is, mert az újra és újra elmondott/elolvasott történetek szövegeiben, amit értelmezek – ahogy Ricœur állítja – „voltaképpen javaslat egy olyan világra, amelyben élni szeretnék, amelybe bele tudnám vetíteni legsajátabb képességeimet és lehetőségeimet.” Helyben is volnánk, hiszen a máig nem kellően méltatott Honti János adott elsőként hangot briliáns könyvecskéjében *A mese világa*-ban ennek a mesei vágyvilágnak, amit a fikció révén alapoz meg a mesemondó. Ezzel szemben a korszellemnek megfelelően a minél többet és minél gyorsabban elmondani azt eredményezi, hogy a történetek lerövidülnek, mivel bennük az események és a jellemek is végletesen redukálódnak, ez pedig maga után vonja, hogy a kontempláció, az észhasználat, az erény-elsajátítás helyett a heideggeri „fecsegés” tág teret nyerjen, melynek színtere a kapun *kívül* és nem a házon/otthonon *belül* van.

E ponton szeretném felidézni/megidézni Derrida fájdalmas, személyes sorsában fájdalomként kimondott szavait a nyelvről:

De ki birtokolja igazság szerint? És kit birtokol a nyelv?
 Birtokban van e valaha is, birtokló vagy birtokolt birtokban?
 Birtokolt vagy birtokló tulajdonképpen, mint tulajdon? Mi ez
 az otthonlét a nyelvben, amelyhez minduntalan visszatérünk?

Sorjáztathatjuk továbbá a kérdéseket: Birtokolhatjuk-e azt, amit elbirtokolnak tőlünk, azáltal, hogy birtokon kívül helyezik? Mondjuk a népmesét kirekesztik az emlékezet birtokából? S ha birtokon kívül rekedünk (mondjuk e kárpát-medencei régióban a határvonalak mozgatása okán, vagy mondjuk a kulturális örökséget képező kánonok felfüggesztése révén), miféle *mást* birtoklunk és tulajdonképpen kinek a birtokában vagyunk? Otthon vagyunk a saját birtokunkban? S melyik otthonunkban vagyunk birtokosok és birtokoltak: a határokon átívelő nyelviben, vagy a média szintén határokon átívelő és minden elképzelhető határt átlépő virtuális világában? Nem az otthontalanság siralma és gyászbeszéde látszódik az arcunkon, melyet szintén nem birtoklunk? De folytassuk Derridával:

Hol *találjuk* magunkat ekkor? Hol találjuk meg magunkat?
 Kivel *azonosulhatunk* még, hogy megerősíthessük tulajdon
 identitásunkat, és elmesélhessük tulajdon történetünket? Kinek
 meséljük el, először is?

Ezeket a fájdalmas kérdéseket csakis az a felnőtt képes feltenni, aki *ént* tud mondani azon a nyelven, melyen *magát* mondja ki. Mint ahogy azt is csak egy felnőtt képes kimondani, utólag persze, amit MacIntyre mond: „Élettörténetem ugyanis mindig beágyazódik azoknak a közösségeknek a történetébe, amelyektől identitásomat kapom.” Ellenben ahhoz, hogy élettörténetem (legalábbis egy bizonyos életszakaszból visszamenőleg elmondható élettörténetem) legyen, birtokolnom kellene az őseim által birtokolt narratívákat, melyek a mondás szabályszerűségére épülnek (s most nem csak a nyelvi, de a Ricœur-i „konfiguratív aktus” és a közösség elváráshorizontjának a szabályszerűségeire gondolok), s beemelnek a mondás nyelvébe. De ha nincs kivel azonosulnunk, nem adatik meg, hogy

– árvasága és kiűzetettsége ellenére is, vagy éppen ezért – az istenek pártfogoltjának mondott győzedelmes-hőssel azonosuljon a gyermek, aki egyfelől az én-identitását, másfelől a közösségi identitását erősíthetné meg, miféle nyelvbe belenövést és nyelvi otthonosságot kínálunk a számukra? A jogos jussuktól megfosztott gyermekek kinek fognak mesélni, és mit fognak/tudnak elmesélni, és ami ennél is érdekfeszítőbb: milyen nyelven, ha egyszer felnőnek? Kérdezzük meg magunktól, konferencia-professzorok (milyen jó, hogy az anyanyelvemen beszélhetek), el lehet-e mesélni bármit is, bármi fontosat, létbe vágót a konferencia-angol bikkfa-nyelvén? Még a meséinket sem tudjuk le- vagy átfordítani! Próbálkozzanak csak a fonókaláka, a fehérnép, a vitéz hős vagy Tündérszép Ilona, kecskebugát vetni bármilyen nyelven történő pontos megjelenítésével!

4.

Bátran kijelenthetjük, hogy a tradicionális népmese egy másik/sokadik erénye abban rejlik, hogy kimeríthetetlen tárháza a természeti és társadalmi környezetnek megfelelő viselkedési mintáknak, melyek lehetővé teszik a gyermek számára a *túlélési technikák* elsajátítását. Gondoljunk csak hamarjában: az otthon/idegenség észlelésének, a tanács/tiltás megfogadásának, a feltétel/ajándék elfogadásának, a rontás/áldás felismerésének, én/másik megértésének, az ígérettevés/elköteleződés fölfogásának, a felelősség/számonkérhetőség belátásának, a büntetés/megbocsátás képességgé tétele, a lenni valamiként és válni valamivé szerepalakítás kialakításának ezernyi előfordulására, hasonlatosságuk ellenére is egyediségükben megnyilvánulására a mesenarratívában. (Mily fontos az érzékeléstől az észlelésig tartó folyamat eme sokfélesége!) Ezért is állítható, voltaképpen nincsen olyan létszituáció, létgond, melyre ne tudna megfelelő választ adni a mese. Ellenben arról is kell beszélnünk, bármennyire is nemtetszésüket fejezik ki néhányan, hogy van viszont számos olyan korunkban előforduló morális létszituáció (az önösség és önzőség mérhetetlen eluralkodás, az egyneműek szerelme és házassága, a szerelemfogadás örökérvényűségének tagadása, a kölcsönös felelősségvállalás elutasítása, a közösségi hagyomány negligálása), amelyekre a tradicionális népmese lényegénél, mondjuk ki bátran: szellemiségénél fogva nem ad sem felmentést, sem magyarázatot: hiába is várnánk tőle.

Ezzel szemben a „könyvmesék” vagy az „urbánus mesék”, mivel nem a minden népmese kezdetében fellelhető kizökkentség helyreállításának szükségletét és nem a közösség társadalmi világát, értékrendjét állítják a középpontba, nem a közösségi tapasztalatra és bölcsesetre épülnek, hanem az én meglehetősen korlátozott/egoista érdekérvényesítését és pillanatnyi örömét igyekeznek megjeleníteni, nem is rendelkeznek önmagukon kívüli, hozzájuk szervesen illeszkedő, belőlük táplálkozó variánssal, ezáltal épp a sokrétűségtől, a sorsbetöltés sokféle lehetőségétől, a szabadság nevében magától a szabadságtól fosztanak meg.

5.

Végül, de nem utolsó sorban, engedjék meg, hogy éppen a sokrétűségről, sokféleségről szóljak röviden, hiszen az emlékezetben őrzött népmese a *sokszínűség* (származási, nyelvi, vallási, gondolkodási) élményét és lehetséges voltát erősíti föl a gyermekben. A tradicionális népmesével való találkozásunkban azt érezzük az egyik legnagyobb nyereségnek, hogy az egyes típusokban fellelhető narratívák sokszerűsége és sokszínűsége felkínálja számunkra tulajdon sokrétűségünket, a sokféle lehetséges létformából éppen azt a létlehetőséget, *amivé válnunk kell*, vagyis a sokrétegűségből való választás lehetőségét és szabadságát. Az elszíntelenedés ellenében hat a népmese, ez ügyben megint csak Marquardot kell idéznem:

[...] az emberek rászorulnak, hogy ne csak egyetlen történetük legyen [...] csak ha sok történetre tesznek szert, akkor lehetnek [...] képesek rá, hogy kialakítsák tulajdon sokrétűségüket.

Ha valaki, aki nem rest a kárpát-medencei színes mesehagyomány nyomába eredni, együtt és egybe olvassa, a komparatiztika szabályainak megfelelően egybeveti a magyar, román, szlovák, ruszin, sváb, dél-szláv, s nem utolsó sorban a technikai eszközöknek köszönhetően pontosan rögzített cigány mesekincset, alaposan meglepődik: (1) e mesék mondóinak életvilágbeli tájékozottságán; (2) e mesék kép-láncolataiból élénk táruló élettapasztalat és létlehetőségfeltétel választáson alapuló sorsbetöltési módok aktualitásán, (3) a már-már filozófiai mélységeket

mutató, morális érzékről tanúságot tevő társiasság, másként szólva a Lévinas-i és Waldenfels-i *reszponzív-etika* megjelenítésén. Meglepődik, hiszen a mesemondó (mint tudjuk), nem járt sem a gondolkodó énről értekező Descartes, sem a jóság és jobba válás esélyeit számba vevő Kant, sem a halálhoz-viszonyuló-létet definiáló Heidegger, sem az idegenséget és vad értelmet tárgyaló Husserl, sem a szeretet kölcsönös felelősségvállalásáról köteteket író Lévinas, sem a gondoskodó anyáról előadást tartó Derrida szemináriumára. Ellenben – ezt nem lehet eléggé hangsúlyozni – a soknemzetiségű és a sokféle tapasztalattal bíró mesemondó által létrehozott mesekorpusz mindezt: képekben, szavakban, tettekben, eseményekben megjeleníti az egyes narratívákban, s higgyék el, nem a hermeneuta olvassa bele magát a szövegekbe, vagy interpretálja a fenti filozófusok nyomán így a mesevariánsokat. A hermeneuta a meseszövegekben rögzített közösségi tapasztalatokból kiindulva mintegy deduktív módon szűri le a maga interpretációját, hogy meghitté tegye az idegenné vált származásvilágot egy másik jelentésmezőben. Amiként én is kísérletet tettem ebben az előadásban.

Irodalomjegyzék

- Bachelard, Gaston: *La psychanalyse du feu*, Éd. Gallimard, Paris, 1949. 24. Bachelard
- Bahtyin, Mihail Mihajlovics: „A szó a költészetben és a prózában”, In: Uő. *A szó esztétikája*, (Válogatott tanulmányok), (ford. Könczöl Csaba), Gondolat, Bp., 1976. 197.
- Belmont, Nicole: „Le secret dans les contes de tradition orale”, In: Uő. *Secret maintenu, secret dévoilé. A propos de la maltraitance*. Éd. Karthala, Paris, 1994. 13.
- Derrida, Jacques: *A másik egynyelvűsége, avagy az eredetprotézis*, (ford. Boros Gábor et al.), Jelenkor, Pécs, 1997. 31.
- Dethlefsen, Thorwald: *Oidipusz, a talány megfejtője*. [Ödipus der Rätsellöser] (ford. Sarankó Márta), Magyar Könyvklub, Bp., 1997. 83.
- Dobos Ilona: *Paraszti szájhagyomány, városi szóbeliség*. Gondolat, Bp., 1986. 11.

- Elhangzott a Pécsi Tudományegyetem Ilyés Gyula Karán rendezett Anyanyelv pedagógiai konferencián, 2014. november 24–25.
- Ferenczi Imre: Történelem, szájhagyomány, mondahagyomány. (Egy magyar népmondakör történeti és társadalmi összefüggése). Különlenyomat, Ethnographia, 1966/1. Bp., 1966. 57.
- Honti János: A mese világa, Magvető, Bp., 1962.
- Jung, C. G.: „A szellem jelensége a mesében” In: Uő. Az archetipusok és a kollektív tudattalan, (ford. Turóczy Attila), Scolar, Bp., 2011. 201–246.
- Macintyre, Alasdair: Az erény nyomában, (ford. Bíróné Kaszás Éva), Osiris, Bp., 1999. 210.
- Marquard, Odo: „A szellemtudományok nélkülözhetetlensége”, In: Az egyetemes történelem és más mesék, (ford. Mesterházi Attila), Atlantisz, Bp., 350.
- Mauss, Marcel: „A mágia általános elméletének vázlata”, In: Uő. Szociológia és antropológia, (ford. Vargyas Gábor), Osiris, Bp., 2000. 109.
- Ricœur, Paul: Az élő metafora, (ford. Földes Gyöngyi) Osiris, Bp., 2006. 51.

KÉPESSÉGEK FEJLESZTHETŐSÉGE A TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTTSÁG ASPEKTUSÁBÓL

Mező Ferenc¹–Szilágyi Barnabás²–Mező Katalin³–Kelemen Lajos⁴

A tanulmány célja, hogy Olvasói számára rövid bevezetést nyújtson a tanulásban akadályozottak képességfejlesztésének témakörébe. Ez azért nehéz vállalkozás, mert a „tanulásban akadályozottság”, a „képesség” és „képességfejlesztés” kifejezések önmagukban is igen összetett fogalmak, egymás mellé állítva ezeket pedig még bonyolultabb komplexumot kapunk. Az alábbiakban megkíséreljük tömören kifejtetni e kifejezéseket és kapcsolatukat.

Tanulásban akadályozottság

A „tanulásban akadályozottság” gyógypedagógiai szakkifejezésként történő hazai bevezetését Mesterházi Zsuzsa tanulási képességet vizsgáló kutatása alapozta meg (Mesterházi, 1989, 1995; lásd még: Illyés, 2000; Gaál, 2000).

A tanulásban akadályozottság (a tanulási zavar és a tanulási nehézség mellett) a tanulási korlátok egy fajtája (lásd: 1. táblázat). Főbb jellemzői: enyhe fokú értelmi fogyatékoság (50–70 IQ) és/vagy tartósan hátrányos szociális környezet miatt lelassult neurológiai érés mellett jelentkező tartós, súlyos, több területet érintő probléma, mely megnehezíti vagy lehetetlenné teszi a hagyományos általános iskolai feltételek közötti fejlődést (Gaál, 2000; Mesterházi, 1998; Czeizel, Lányiné és Rátay, 1978). Előfordulási gyakorisága a tanköteles népesség 3–6%-ára tehető – attól függően, hogy a diagnosztizált enyhe fokú értelmi fogyatékoság vagy a halmozottan hátrányos helyzet következtében kialakuló tanulásban akadályozottság előfordulási gyakoriságát számítjuk. A tanulásban akadályozottság tünetei

¹ Mező Ferenc – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; ferenc.mezol@gmail.com

² Szilágyi Barnabás – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; szilagyibarnabas@gmail.com

³ Mező Katalin – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; kata.mezol@gmail.com

⁴ Kelemen Lajos – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; kellajos@freemail.hu

1. táblázat: Tanulási korlátok összehasonlítása (Forrás: Mező F.)

ÖSSZE- HASONLÍTÁS SZEMPONTJA	TANULÁSI KORLÁT		
	Tanulásban akadályozottság	Tanulási nehézség	Tanulási zavar
A probléma tartóssága, súlyossága, jellege	Tartós és súlyos, több területet érintő probléma, mely megnehezíti vagy lehetetlenné teszi a hagyományos általános iskolai feltételek közötti fejlődést.	Átmeneti, kevésbé súlyos problémák jelentkeznek egyes tanulási helyzetekben.	Tartós és súlyos problémák jelentkeznek az olvasás és/vagy írás és/vagy számolás terén. Speciális esetei közé tartozik a diszlexia (olvasászavar), a diszgráfia (írászavar), a diszkalkulia (a számolás zavara).
Érzékelés	Ép érzékelés	Ép érzékelés	Ép érzékelés
Intelligencia	Enyhe értelmi fogyatékos (50–70 IQ)* vagy magasabb IQ mellett a halmozottan hátrányos helyzet következtében is kialakulhat tanulásban akadályozottság	A pedagógiai diagnosztika gyakorlatában szubnormál övezet (70–85IQ)	Átlagos (85–115 IQ) vagy átlag feletti (IQ>115) intelligencia
Gyakoriság	Kb. 3–6% körüli	10%	1–15% (szerzőnként igen eltérő értékek)
Ok	Öröklött/szerzett biológiai károsodás és/vagy az intellektuális képességek normális ütemű fejlődésének nem kedvező szociokulturális környezet.	Pl.: családi szocializáció, hosszabb betegség miatti elmaradás, családi problémákból eredő visszaesés stb.	Betegségek, sérülések okozta idegrendszeri funkciózavar (+környezeti tényezők).
(Gyógy)pedagógiai terápia	Gyógypedagógiai preventív fejlesztés (pl. „Okoskocka” eszköz – Kelemen, 2015), vagy intervatív fejlesztés (pl. egyéni fejlesztés, illetve a tanulási környezet átalakítása a tanuló igényeinek megfelelően, akár élmény-pedagógiai megközelítéssel – Mező K., 2015)	Pedagógiai beavatkozás (pl. korrepetálás, differenciált fejlesztés, a tanuló fokozott segítése). Hazai program pl.: IPOO-tanulásfejlesztő program (Mező F., 2011; Mező és tsai.,) 2011)	Gyógypedagógiai fejlesztés. Magyarországon népszerű például a Meixner-módszer és a Sindelar-program.

* Ez országonként eltérő lehet. A német szakirodalomban például: IQ<85 határérték jelenik meg, s a német szakirodalom az érzékszervi és beszéd fogyatékosokat is a tanulásban akadályozottak kategóriájába sorolja.

között találjuk a beszéd és a kognitív funkciók lassabb fejlődését, a figyelem-összpontosítási problémákat és diszpraxiás tüneteket; a viselkedési problémákat (melyek gyakran társult tünetek). Oka: enyhe fokú értelmi fogyatékoság – és/vagy tartósan hátrányos szociális környezet miatt a neurológiai érés lelassulása. Mesterházi (2006/b) szerint amennyiben elmarad a korai segítségnyújtás, akkor megindulhat az elmaradásnak egy olyan öngerjesztő folyamata, ami fokozatosan növelheti az életkori csoporthoz viszonyított iskolai teljesítmény elmaradás valószínűségét.

A „tanulásban akadályozottság” fogalmi összetettségét jelzik azok a szemléletmódok, amelyekkel az idők során a témához közelítettek – ilyenek például (Gaál, 2000):

- deficitszemlélet: e szerint a tanulásban akadályozottság az egyénben rejlő hiba, rendellenesség, s a gyógypedagógia feladata a sérült területek korrekciója.
- holisztikus szemlélet: természetesnek tekinti a gyermekek közötti különbségeket. A differenciáló tanításban látja a megoldást.
- ökológiai szemlélet: a gyermek és a környezet kölcsönhatását hangsúlyozza. A tanulásban akadályozottság megszüntethető, megelőzhető vagy csökkenthető a személyi (például gyógypedagógus) és tárgyi (például differenciált taneszköz) feltételek biztosításával.

Ugyanezt a sokszínűséget láthatjuk, ha a tanulásban akadályozottságon belül az enyhe értelmi fogyatékoság rendszerelméleti modelljeire fókuszálunk. Gruber és Ledl (1992) a következő kategóriákba sorolja e modelleket:

- 1) Statikus-deficitorientált modellek: az enyhe értelmi fogyatékoságot visszafordíthatatlan (irreverzibilis) károsodásnak fogják fel. Ilyen modellek például a(z):
 - Orvosi-biológiai modell, melyben a tanulásban akadályozottság biológiai, endogén és exogén tényezők által kiváltott károsodás és fejlődészavar.
 - Pszichológiai modell, melyben a tanulásban akadályozottság az IQ alapján meghatározott, intelligenciahiány, illetve intelligenciasérülés.

2) Dinamikus-személyközpontú modellek: ezek a tanulásban akadályozottságot (akár úgy is, mint enyhe értelmi fogyatékoságot) megváltoztatható, befolyásolható tényezőnek tekintik. Ilyen modellek például:

- Társadalomtudományi-szociológiai modell: a tanulásban akadályozottság háttérében az alacsony színvonalú szociokulturális feltételeket sejtí, melyek javításával hatással lehetünk a társadalmi elkülönülés megszüntetésére éppen úgy, mint a tanulásban akadályozottságra is.
- Pedagógiai modell: pedagógiai/gyógypedagógiai hatásrendszerrel, célzott képességfejlesztéssel a tanulásban akadályozottság kezelhető.

A tanulásban akadályozottakkal történő (gyógy)pedagógiai/pszichológiai törődés egyik lehetősége a képességek fejlesztése. Ez egyaránt irányulhat a kognitív képességek (például figyelem, emlékezet, gondolkodás), illetve a nonkognitív (például motoros) képességek fejlesztésére is. Az előző esetben a fejlesztés egyik célja: az enyhe értelmi akadályozottság háttérében álló intellektuális problémák csökkentésére vagy felszámolására való törekvés. A nonkognitív képességek fejlesztésének célja pedig a nonkognitív területen megnyilvánuló teljesítmények képességbeli feltételeinek megalapozása a további tanulási, művészi, sport- és munkateljesítmények lehetővé tétele érdekében. Megjegyzendő azonban, hogy a kognitív/non-kognitív képességek szerinti megkülönböztetés, noha elméletileg lehetséges, ugyanakkor félrevezető is lehet. Ennek az az oka, hogy a teljesítmények háttérében sokszor a kognitív és nonkognitív képességek sajátos, funkcionális kapcsolata nyilvánulhat meg. Gondoljunk csak egy emlékezetből felidézett mozdulatsor elvégzésére, továbbgondolására, majd a gondolkodás eredményeként a mozdulatsor újabb elemmel történő bővítésére stb. Az emlékezet, gondolkodás (s melleleg az ezeket kísérő figyelmi, érzékelési, észlelési műveletek), mint kognitív képességek működnek együtt a mozdulat kivitelezésével (mint nonkognitív képességekkel).

Képességek

A „képesség” szó meghatározása, értelmezése is igen változatos – különösen, ha tekintetbe vesszük azon szavak használatát, amelyeket gyakran összekevernek ezzel a fogalommal. Ilyen kifejezések például: adottság, rátermettség, készség, teljesítmény. Tekintsük át e fogalmakat!

Adottság: veleszületett/öröklött sajátosság (például kézügyesség, abszolút hallás, képzelőerő stb.), mely kereteket (ha tetszik: határt) szab képességeinknek. Másképpen: adottságaink megjelenésük után természetes módon nem változó (testi, intellektuális, személyiségbeli) tulajdonságaink, melyek lehetnek:

- veleszületett genetikai adottságok. Például embrionális korban kialakult génkészletünkön alapul a genetikai/biológiai nemünk, anatómiai és élettani tulajdonságaink jelentős része – többek között: képességeink genetikailag programozott határa, amit semmilyen gyógypedagógiai/pszichológiai jellegű fejlesztéssel sem léphetünk át. Ugyanakkor hagyományos gyógyászati eljárásokkal (gyógyszer-adagolás, hormon-kezelés, műtét, genetikai tanácsadás stb.) már napjainkban is befolyásolhatjuk genetikai eredetű adottságaink fizikai megnyilvánulásait. Gondoljunk például a nemi átalakító műtétekre, az esztétikai célú plasztikai sebészeti beavatkozásokra, a lobotómiának nevezett és a XX. század közepén népszerű agykéreg-roncsoló műtéti beavatkozásokra, mesterséges szervek beültetésére – ezek a genetikai állapotokat nem változtatják ugyan meg, de felülírják az anatómiai/élettani lehetőségeket. A direkt génmanipulációs eljárásokkal pedig a talán nem túl távoli jövőben maguk a genetikai határok is szélesíthetők lehetnek. A monogénes – egy gén által meghatározott – öröklődés esetében tulajdonképpen már napjainkban is létezik génmanipuláció (például a születendő gyermek neme monogénes öröklődésű). Az intellektuális képességeink genetikai adottságaira azonban polygénés (több gén által meghatározott) öröklődés jellemző, s a polygénés öröklődés esetében a génmanipuláció mindig körülményesebb lesz (ha lesz).
- veleszületetten szerzett (nem genetikai) adottságok. Ilyenek például azok a pre- vagy perinatális (vagyis: születés előtti vagy

születéskori) időszakban elszenvedett ütés, mérgezés, oxigénhiány stb. következtében létrejövő ártalmak miatt keletkező irreverzibilis (vagyis visszafordíthatatlan) szervi károsodásokból eredő adottságok, amelyek szervvesztést, szervfejlődési rendellenességet vagy viszonylag ép szervek mellett jelentkező funkciózavart eredményeznek (ép genetikai háttér ellenére is). Gyógypedagógiai/pszichológiai terápiákkal, fejlesztéssel a funkciózavar kompenzálására törekedhetünk elsősorban.

- nem veleszületett, szerzett adottságok: például baleset következtében történő szervvesztés. A szervvesztést a hagyományos pedagógiai/pszichológiai fejlesztési eszközökkel nem pótolhatjuk (a szervet nem növeszthetjük vissza például „rábeszéléssel”), ám a szervvesztéssel kiesett funkciót (a rendelkezésre álló egyéb adottságok, képességek, készségek optimális felhasználásának megtanítása révén) a pedagógiai/pszichológiai fejlesztéssel kompenzálhatjuk. A transzplantációs (szervátültetési), illetve implantációs (szerv beültetési) orvosi beavatkozások pedig olykor ugyan pótolni tudnak szerveket, de esetenként az át-, illetve beültetett szervek (pl. kar) használata, s pszichés elfogadása gyógypedagógiai/pszichológiai ellátást is igényel.

Kelemen (1981) szerint az adottság egy kiinduló idegrendszeri állapot, amelyre a készségek, a jártasságok és a képességek ráépülnek. Ha továbbgondoljuk e megközelítést, akkor észre kell vennünk a „kiinduló” szó két jelentős következményét! Egyrészt e szóhasználat egy fejlesztési folyamat esetében felveti, a „mihez, milyen időponthoz képest kiinduló” állapot kérdését; másrészt jelzi, hogy nem „befejezett” változtathatatlan jelenségről van szó, hanem az adottság egy képességeket, készségeket, jártasságokat eredményező, több állomást is feltételező fejlődési/fejlesztési folyamatnak a „kiinduló” (a fentiek szellemében pedig: a fejlődési/fejlesztési lehetőségeknek egyben határt szabó) állomása.

Rátermettség: adottságok kedvező együttese, melyek különböző cselekvésformákban (például tanulásban, sportban, művészetben stb.) nyilvánulnak meg, s melyek hatására e cselekvési formákat az adott személy már az

első próbálkozás alkalmával is (tehát hosszas tanulás, gyakorlás nélkül is) egy átlagos kezdőhöz képest magasabb színvonalon teljesíti.

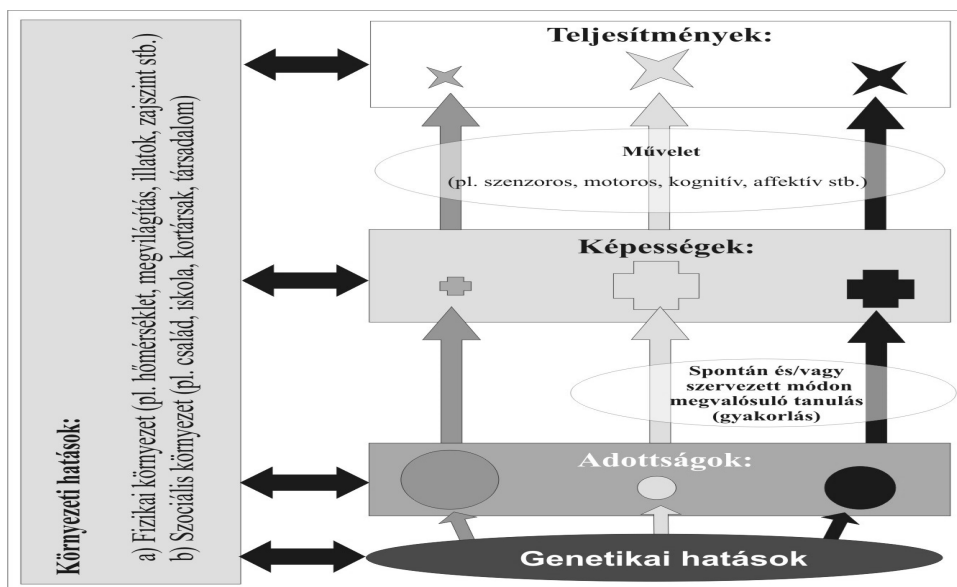
Képesség: cselekvéseink sikeres végrehajtásának belső feltétele, melynek színvonala az adottságok engedte határokon belül tanulás (gyakorlás) révén spontán módon (például: természetes érési, fejlődési folyamatok hatására) és mesterségesen (például: képességfejlesztés hatására) is változhat. A képesség a teljesítmény pszichés alapja, az a sajátosság, mely megteremti cselekvéseink sikeres végrehajtásának belső feltételeit. A képesség fajtái (bővebben: Tóth, 2011):

1. Alapképességek (egyszerű struktúrák):
 - Egyszerű képesség: tovább már nem bontható képesség (például: inger diszkrimináció képessége).
 - Komplex képesség: egyszerű képességek fúziója (összeolvadása), ami során az eredeti funkciójuk módosul. Az absztrakció és a diszkrimináció fúziója: lényegmegragadás képessége.
2. Célképességek (képesség-együttesek, szuperstruktúrák): alapképességek (sajátosságaik megtartásával történő) együttműködése valamilyen cél (művészi, műszaki, kereskedői stb. teljesítmény) érdekében.

A képesség a teljesítmény pszichés alapja/lehetősége – de: nem minden képesség manifesztálódik cselekvésben. Így a kimagasló képesség önmagában nem garancia a kimagasló teljesítményre, pusztán esélyt jelent arra. Például az intelligenciateszt eredményei alapján átlag feletti értelmi képességekkel rendelkező gyermek akár iskolai kudarcok sorozatát is produkálhatja, amennyiben nem kellően motivált. Illetve, ha a gyermek tanulási zavarral küzd, akkor is ilyen képet mutat. Hiba tehát azt gondolni, hogy a képesség egyenlő a teljesítménnyel.

Teljesítmény: általános értelemben bármilyen aktivitásunk, szűkebb értelemben pedig kimagasló színvonalú aktivitásunk. A teljesítmény az adottságokkal és a képességekkel végzett műveletek eredménye, de a motiváció és a környezeti tényezők (lehetőségek) is erősen determinálják (1. ábra).

1. ábra: Adottság, képesség és teljesítmény interakciója a környezettel.
(Forrás: Mező F.)



Noha a kimagasló képesség nem feltétlenül jár együtt kimagasló teljesítménnyel, a (mesterséges segédeszközöket nem alkalmazó) kimagasló teljesítmény háttérében a legtöbb esetben kimagasló képességek állnak. E kimagasló teljesítményre lehetőséget adó képességek pedig a véletlenek szerencsés összjátéka folytán létrejövő és/vagy tudatos munka révén fejlesztett képességek is lehetnek. A teljesítmény színvonala többnyire külső szemlélő számára is megfigyelhető, a képesség színvonalára azonban csak következtethetünk a teljesítmények alapján.

Készség: teljesítményeket eredményező, konkrét tartalommal rendelkező, adottságok és képességek felhasználásával végzett begyakorolt műveletek, melyek már nem igényelnek állandó gondolkodási kontrollt cselekvéseink végrehajtásánál.

A képességekkel kapcsolatban a XX. század eleje óta ütköző nézőpontokat tapasztalhatunk. A képességvizsgálatok tekintetében más megközelítést alkalmaznak a klasszikus pszichometriai és a formatív diagnosztikai álláspontok (Szamosközi, 2004).

A képességdiagnosztika és -fejlesztés orientációját (Nagy, 2008) tekintve találkozhatunk normaorientált (például a népességbeli átlaghoz viszonyított) fejlesztéssel, s kritériumorientált (például egy átlagtól akár eltérő, ám optimális célértéknek tekintett fejlődési szint eléréséig történő) fejlesztéssel.

A képességek fejleszthetősége is megoszto lehet. Különbőség lehet a képességgel gyakran emlegetett kifejezések értelmezésében is: Kelemen (1981) különbséget tesz a készség (egyszerű és automatizált tevékenységek), a jártasság (bonyolultabb és tudatos irányítás alatt is álló tevékenységek) és a képesség (a készségek és jártasságok idegrendszeri alapja) között, ezzel szemben Lénárd (1981) szerint a jártasság és a készség tartalmilag nem különbözik a képességektől.

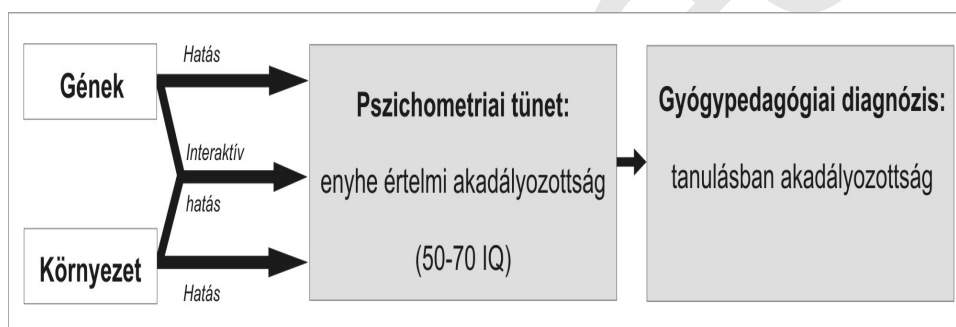
A képességek velünk született (nativista) vagy környezeti hatások, tapasztalatok alapján alakuló jellege is régi vitatéma – vö.: Piaget-Vigotszkij vita (Cole és Cole, 2006); vagy: míg Galton (1905) az öröklődésben hisz, addig a környezet szerepét hangsúlyozza Binet (1911) vagy éppen Feurstein-féle Structural Cognitive Modifiability, SCM, Strukturált Kognitív Változtathatóság elmélete – lásd: Lebber és Roth (1981). Az öröklődés és környezet szerepével kapcsolatban figyelemre-méltó Watson (1930) híres behaviorista felvetése, melyben azt állította, hogy ha kap egy tucat egészséges, ép gyermeket, s ő választhatja meg, hogy milyen környezetben nevelkedjenek, akkor olyan szakembert nevel belőlük, amelyet csak kívánunk. Észre kell vennünk, hogy noha látszólag a környezet szerepe dominál e megközelítésben, ám (az „egészséges, ép gyermek” kikötésen keresztül) implicit módon a genetikai épség is benne rejlik az állításban!

Genetikai és környezeti hatások szerepe a képességek fejleszthetőségében

A képességek tágabb köréből a továbbiakban a tanulásban akadályozottak szempontjából legkézenfekvőbb képesség-együttesre fókuszálunk. E képesség-együttest összefoglaló néven intelligenciának, értelmi képességnek nevezhetjük.

Az intelligencia polygénés (több gén kombinált hatásától függő) és multifaktoriális (több környezeti tényező által is befolyásolt) öröklődéséből adódóan az enyhe értelmi akadályozottság háttérében is (egymást nem kizáró módon) genetikai és környezeti tényezők állhatnak. Esetenként azonban eltérő lehet, hogy a genetikai vagy a környezeti faktorok dominálnak-e a pszichometriai szinten jelentkező enyhe értelmi akadályozottság kialakulásában, s ebből eredően a tanulásban akadályozottság gyógypedagógiai diagnózisa mögött (2. ábra).

2. ábra: Genetikai és környezeti (interaktív) hatások az enyhe értelmi akadályozottság (mint pszichometriai tünet) és a tanulási akadályozottság (mint gyógypedagógiai diagnózis) háttérében (Forrás: Mező F.)



Az is valószínű, hogy a tanulásban akadályozottság háttérében egyénenként eltérő genetikai/környezeti mintázat állhat, s e mintázatok különbözőségük ellenére azonban hasonló tünetet (például: 50–70 IQ-t) eredményezhetnek.

A 2. ábra alapján láthatjuk, hogy a genetikai és a környezeti faktorok egymást kölcsönösen erősítve vagy gyengítve is kifejthetik hatásukat az

értelmi képességek alakulására. Az egymást erősítő interakció esetei mellett számolhatunk olyan esetekkel is, amikor főként genetikai vagy főként környezeti okok állnak az értelmi akadályozottság tünetei mögött (2. táblázat). Ennek komoly hatása van a képességek fejleszthetősége szempontjából is!

2. táblázat: Az értelmi képesség szempontjából kedvező/kedvezőtlen genetikai háttér és környezet alapján alkotható prognózisok. (Forrás: Mező F.)

		Genetikai háttér az értelmi képesség szempontjából	
		Kedvező	Kedvezőtlen
Környezet az értelmi képesség fejlődése szempontjából	Kedvező	Prognózis: a kedvező genetikai adottságokkal rendelkező és a képességfejlődés szempontjából ideálisnak tekinthető környezetben nevelkedő gyermek átlagos, sőt: átlag feletti értelmi képességekkel rendelkezhet.	Prognózis: egy alapvetően kedvezőtlen genetikai adottságokkal rendelkező gyermek egy magas színvonalú gyógypedagógiai fejlesztést biztosítani képes környezetben (családban, intézményben) esélyes arra, hogy – kihozva magából a maximumot – elérje, hogy a genetikailag adott, s önmagához képest jól funkcionáló értelmi akadályozottként élhessen.
	Kedvezőtlen	Prognózis: az amúgy kedvező genetikai adottságokkal rendelkező gyermek egy alacsony színvonalú (elhanyagoló, kirekesztő, ingerszegény) környezetben lehet, hogy nem fogja elérni a genetikailag adott lehetőségeit – s akár értelmi akadályozott jeleket is mutathat.	Prognózis: az amúgy is kedvezőtlen genetikai adottságokkal rendelkező gyermek egy alacsony színvonalú (elhanyagoló, kirekesztő, ingerszegény) környezetben valószínűleg nem fogja elérni genetikailag adott lehetőségeit sem, s önmagához képest is rosszul funkcionáló értelmi akadályozottnak lesz tekinthető.

A főként genetikai eredetű enyhe értelmi akadályozottság a legideálisabb környezet hatására sem fejleszthető igazán, hiszen a környezeti hatások (például gyógypedagógiai fejlesztés) sem képesek a genetikai lehetőségek „felülírására”. A gyógypedagógiai gyakorlatban előforduló gyermekkori mentális rendellenességek biológiai háttérével kapcsolatban lásd még: Kiss, 2007.

A főként környezeti tényezőkből eredő enyhe értelmi fogyatékoság esetében (noha egy személy genetikai lehetőségei talán adottak az átlagos vagy akár az átlag feletti intellektuális színvonal elérésére, ám) az

ingerszegény és/vagy károsító környezeti feltételek (például: alacsony színvonalú szociokulturális környezet, rosszul tápláltság/éhezés, fertőzések és fiziológiai traumák) gátat szabhatnak a lehetőségeknek. Már Éltés Mátyás (1914) is felhívta arra a figyelmet a XX. század első évtizedében, hogy a kisegítő iskolás gyermekek egy részének ép az intelligenciája, csak többek között rossz családi viszonyaik miatt nem fejlődtek megfelelően. A fejlesztő környezet biztosítása ilyen esetekben igazán látványos eredményeket érhet el!

A fejlesztő környezet nevelési intézménybeli biztosítása szempontjából figyelemre méltó Englbrecht és Weigert (1996) „7A oktatás”-nak nevezett problémaelettára (3. ábra) is, miszerint a tanulók teljesítményét a tanítás didaktikai-metodikai hiányosságai, tanulás-szervezési hiányosságai is korlátozhatják. Ehhez képest jelenthet előrelépést például a kreativitást és élménypedagógiát (Mező K., 2015a) előtérbe állító tanulószervezési módok alkalmazása.

A genetikai/környezeti meghatározottság aránya azonban nem megállapítható napjaink diagnosztikai eszközeivel, illetve: a fejlesztésre való reagálás (a fejlődés vagy a stagnálás) adhat jelzést erről. Amennyiben a fejlesztő beavatkozás hatására kedvező változást tapasztalunk, az jelzi, hogy legalábbis eddig még nem értük el a fejleszthetőség genetikai határait, s a sajátos nevelési igényt kielégítő, különleges bánásmódot biztosító gyógypedagógiai hatásokat (például egyéni differenciálást, fejlesztő foglalkozást stb.) jól választottuk meg. Amennyiben a fejlesztésre tett kísérleteink kudarcba fulladnak, az vagy arra utal, hogy elértünk a genetikai lehetőségek határához, vagy arra, hogy a fejlesztésre több időt, más megoldást kell találnunk.

3. ábra: 7A oktatás – Englbrecht és Weigert (1996) közoktatást bíráló problémaelettára

A zonos életkorú tanulók,
A zonos időben,
A zonos tanártól
A zonos térben,
A zonos eszközökkel,
A zonos célt kell, hogy elérjenek
A zonos mértékben.

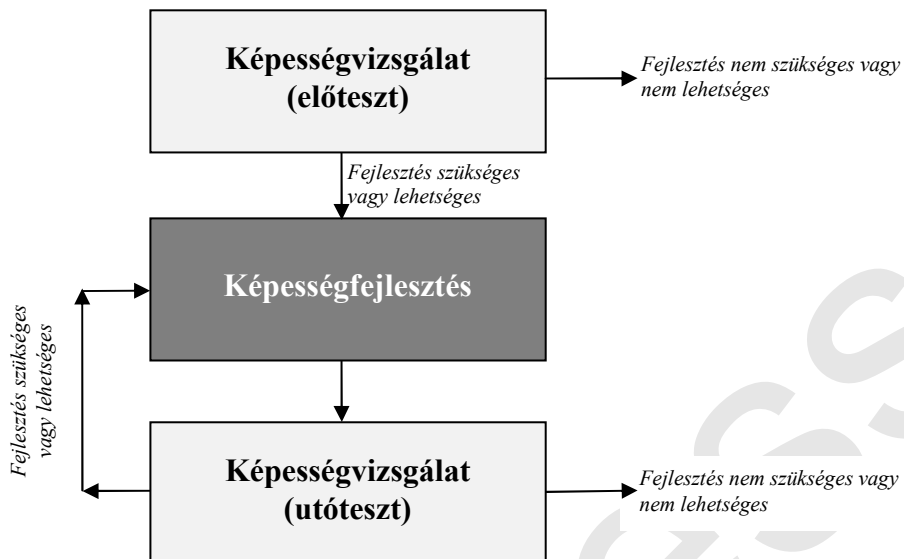
A képességek vizsgálata és fejlesztése

A tanulásfejlesztéssel foglalkozó szakirodalom a tanuláshoz szükséges alapvető intellektuális képességek (például: figyelem, emlékezet, gondolkodás) fejlesztését indirekt fejlesztésnek nevezi (míg a tanulási módszerek átadását célzó fejlesztés a direkt fejlesztés – Mező, 2011).

A képességek fejlesztése párhuzamba állítható a testépítés során történő izomzat fejlesztésével. A testépítés során a fejleszteni kívánt izomcsoport működtetése, edzése történik meg; a képességfejlesztés során ehhez hasonlóan a fejleszteni kívánt képesség (-együttes) gyakoroltatása történik meg. Az izomcsoportok növekedését azok ismételt mérésével ellenőrizhetjük (például: időnként megmérjük, hány centiméter a kerülete a kétfejű karizomnak). Ehhez hasonlóan az intellektuális képességek fejlődését ismételt mérésekkel (például intelligenciatesztek, specifikus képességvizsgálatok alkalmazásával) követhetjük nyomon (4. ábra).

A 4. ábrán látható séma elővizsgálata során feltárjuk, hogy mely képesség fejlesztésére van szükség, illetve lehetőség. Ha találtunk ilyen képességet, akkor e képességet célzott gyakorlatokkal működtetjük (vö.: Kelemen, 2015; Pšenáková és Mező, 2010; Mező és Mező, 2013). Egy (előre kitűzött vagy spontán adódó) idő után az utóvizsgálattal ellenőrizzük, hogy elérte-e a fejlesztés a célját. Amennyiben a válasz „nem”, akkor újra a fejlesztésre kell koncentrálnunk.

4. ábra: Az önkontrollos hatásvizsgálattal folyó képességfejlesztés sémája (Forrás: Mező F.)



A képességvizsgálat általános módszerei közé tartoznak a következők (lásd még: Csákvári és Mészáros, 2012): megfigyelés, kutatás, interjú, tartomelemzés, kérdőívezés, tesztelés. Orientációját tekintve a képességvizsgálat normaorientált vagy kritériumorientált lehet (Nagy, 2008). Eszközkészletét tekintve a képességvizsgálatok némelyike eszköz nélküli, mások papír-ceruza jellegűek vagy tárgyakat felhasználók. A modern képességvizsgálatok komputerasszisztált vizsgálatok, s napjaink e-learning és m-learning jellegű divatja (Mező és Pšenáková, 2010) ezen a téren is érezteti hatását. A képességfejlesztés mechanikus, laboratóriumi jellegű módja mellett pedig a játéktevékenységbe integrált mód is ismert (Mező K., 2015b) – akár számítógépes alkalmazások felhasználásával is (Pšenáková és Mező, 2010; Szabóné, 2010).

Irodalomjegyzék

- Csákvári Judit–Mészáros Andrea (2012): *Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest.
- Czeizel E.–Lányiné E. Á.–Rátay CS. (1978): *Az értelmi fogyatékoság kóreredete a „Budapest-vizsgálat” tükrében*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Cole, M., Cole, Sh. R. (2006): *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Englbrecht, A.–Weigert, H. (1996): *Hogyan akadályozzuk meg a tanulási akadályok kialakulását? avagy Nem jelenthet akadályt a tanulási akadály!* BGGYTF, Budapest.
- Éltes Mátyás (1914): *Hogyan vizsgáljuk meg a gyöngetehetségű gyermekeket?* In: Tóth Gy. (1986) *Szemelvénygyűjtemény a „gyógypedagógia-történet”-hez V.*, Tankönyvkiadó, Budapest, 82–84.
- Gaál, Éva (2000): *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában*. In Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest. 429–459.
- Gruber, H.–Ledl, V. (1992): *Allgemeine Sonderpädagogik*. Wien: Jugend & Volk.
- Illyés Sándor (szerk.) (2000): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- Kelemen Lajos (2015): *A tanulási korlátokkal küzdő gyermekek beszéd-diagnosztikája és -fejlesztése az okoskocka eszközökkel*. In: Mező katalin (szerk.): *Játékkal a különleges bánásmódot igénylő gyermekekért*. Bíbor Kiadó, Miskolc. 39-53.
- Kelemen László (1981): *Pedagógiai pszichológia*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Kiss Szidónia (2007): *Gyógypedagógiai gyakorlatban előforduló gyermekkori mentális rendellenességek biológiai háttere*. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, VIII. Évf. 1. szám. 59–74.
- Lebber, J.–Roth, M. (szerk.) (2001): *Hogyan támogassuk a tanulási zavarokkal küszködő gyerekek kognitív fejlődését az általános oktatás rendszerén belül*. BBE, Kolozsvár. 7–18.
- Lénárd Ferenc (1981): *Emberismeret a pedagógiai munkában*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Mesterházi Zsuzsa (1989): *A nehezen tanuló gyermekek tanulási képessége*. (Kandidátusi értekezés). Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

- Mesterházi Zsuzsa (1995): A tanulási képességről és a tanulási akadályozottságról. *Gyógypedagógiai Szemle*, XXIII. évf. 1. 12–33.
- Mesterházi Zsuzsa (1998): *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYTF, Budapest.
- Mesterházi Zsuzsa (2006/b): A (gyógy)pedagógiai diagnosztikai munkát segítő alapfogalmak. I. Osztályozási rendszerek – állapotleíró fogalmak. In: Zsoldos M. (szerk.) (2006): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadókban, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálathoz*. Oktatási Minisztérium, Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány, Budapest.
- Mező Ferenc (2011): *Tanulás: diagnosztika és fejlesztés az IPOO-modell alapján*. K+F Stúdió Kft., Debrecen.
- Mező Ferenc–Mező Katalin (szerk.) (2013): *Képességfejlesztés – elmélet és példatár*. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen.
- Mező Ferenc–Mező Katalin–Mező Lilla Dóra (2011): *Tanulógép – Tanulás módszertani javaslatok*. K+F Stúdió Kft., Debrecen.
- Mező, Ferenc–Pšenáková, Ildikó (2010): Measuring and development of cognitive abilities of Guilford's SI-Theory by E- and M-learning. In: Nagyová-Lehocká, Zuzana (Ed.): *Collection of Psychological Studies*. Nitra (SLO): Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Central European Studies. 27–31.
- Mező Katalin (2015a): *Kreativitás és élménypedagógia*. Kocka Kör, Debrecen.
- Mező Katalin (szerk.) (2015b): *Játékkal a különleges bánásmódot igénylő gyermekekért*. Bíbor Kiadó, Miskolc
- Nagy József (2008): Az alapképességek folyamatos kritériumorientált kifejtése. In Szabó Ákosné (szerk.): *Tanulmányok a tanulásban akadályozottak pedagógiájáról és határtudományai köréből*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhazsnú Társaság, Budapest. 55–67. o.
- Pšenáková, Ildikó–Mező, Ferenc (szerk.) (2010): *Képességfejlesztés digitális tananyaggal*. Kocka Kör, Debrecen.
- Szabóné Balogh Ágota (2010): Képességfejlesztő digitális tananyagok, szoftverek ismertetése (egy mikro kutatás tapasztalatai). In: Pšenáková, Ildikó–Mező, Ferenc (szerk.): *Képességfejlesztés digitális tananyaggal*. Kocka Kör, Debrecen. 69–87.
- Szamosközi István (2004): Klasszikus pszichometria és formatív diagnosztika. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, V. évf. 2. szám. 101–124.

- Tóth László (2011): *Képességstruktúrák és iskolai teljesítmény*. Didakt Kiadó, Debrecen.
- Watson, J. B. (1930): *Behaviorism* (revised edition). Chicago: University of Chicago Press.

DUPress

A DINAMIKUS SZENZOROS INTEGRÁCIÓS TERÁPIA (DSZIT) HELYE A KOMMUNIKÁCIÓS ZAVAROK KEZELÉSÉBEN, ESETISMERTETÉS TÜKRÉBEN

Szabó Edina¹

1. Bevezetés

Munkámban a kommunikációs zavarok egy alternatív diagnosztikai és terápiás lehetőségét mutatom be, ami kiválóan kiegészíti a tradicionális logopédiai diagnosztikát és terápiát, mintegy előkészítve a kognitív háttérrel a pácienshez való jobb hozzáférés érdekében.

Amikor belekezdünk egy összetett neurogen kommunikációs zavar (aphasia, dysarthria, apraxia) komplex diagnosztikájába, illetve a terápiás folyamat megtervezésébe, meg tapasztaljuk, hogy az emberi szervezet egységes egészként funkcionál, az egyes funkciók nem elszigetelten működnek, hanem egymásnak állandó háttérként szolgálnak. A jól szervezett terápia érdekében különösen nagy hangsúlyt kell helyeznünk a diagnosztikára, hiszen a pontos diagnosztika a hatékony terápia előszobája. A Dinamikus Szenzoros Integrációs diagnosztikában választ kaphatunk olyan kérdésekre, amelyekre a tradicionális logopédiai diagnosztikai eljárás során nem derül fény, megismerjük a sérült funkciók miertjét, egyben megkapjuk a terápiás lépések megtervezéséhez szükséges szempontokat.

A DSZIT alkalmazásával az integratív gyógyítás lehetőségeit kapjuk, szemben a szekvenciális megközelítéssel. A terápiában megnövelt mennyiségű szenzoros ingereket adunk a páciensnek, értelmes, önirányított tevékenység összefüggésében, az adaptív (alkalmazkodó) viselkedés kialakítása érdekében. Különböző modalitású, idejű, forrású ingerek szortírozása, rendezése, egyesítése történik a terápián, vagyis ingerszervezés az adaptív válasz szervezése érdekében (Ayres, 1972: 113–133). Hiszen, ha az ingerszervezés nem jó, a válasz sem lehet jó. Különös

¹ Szabó Edina – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; szedina5@hotmail.com

hangsúlyt helyezünk a vesztibuláris, a propiocepciós és taktilis ingerek integrálására.

A terápia alaphangulatát a testi és lelki biztonság megélése adja. A módszer nagyfokú rugalmasságot igényel, olyat, amely a páciens reakcióit teljes mértékben felfogja és hozzájuk idomul. A páciensek teljes szabadságot élveznek a választásban, hogy melyik tevékenységet és mennyi ideig akarják végezni. Így lehetőségük nyílik, hogy hibás mintázatú neurofiziológiai rendszereiket normalizálhassák. Ezt a szemléletet Ayres nyomán alkalmazzuk, hiszen mint írja: a kliens többet tudhat működési zavarainak természetéről és arról, hogy mi a teendő ezzel kapcsolatban, mint a terapeuta (Ayres, 1972: 113–133). A felnőtt személyek rehabilitációjában a változások tudatosítása, az intellektuális feldolgozás, a testtudati munka, csoport holding funkciója a hangsúlyosabb (vö. Szabó 2007: 29–58).

A szenzoros integrációs diagnosztikus leltár alkalmazása a hagyományos logopédiai diagnosztikát kiegészíti a vizuális percepcióról, a szomatoszenzoros percepcióról, és a motoros teljesítményről áruklódó információkkal. Továbbá megismerjük általa a taktilis rendszer, a propiocepciós rendszer és a vesztibuláris rendszer működését, illetve adott esetben a működési elégtelenségét. A szenzoros integrációs terápia pedig megalapozza a sérülésspecifikus aphasia, dysarthria, apraxia logopédiai terápiáját. Különösen nagy segítségére lehet a páciensnek a terápia, amennyiben teljes verbális kifejezési képtelensége, esetleg beszédindítási akadályozottsága van. A SZIT előkészíti azon rendszerek talaját, melyek a kommunikációs kompetencia kialakításához nélkülözhetetlenek.

A tanulmány egy esetismertetésen keresztül mutatja be a DSZIT diagnosztikus és terápiás megjelenési lehetőségét a komplex logopédiai rehabilitációban. Elöljáróban megjegyzem, hogy a páciens hozzájárult esete tudományos célú feldolgozásához, a mellékelt fotók közzétételéhez.

Előzmények

Páciensem a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Egyesített Kórházak Jósa András Egyetemi Oktatókórházának Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályán kezeltük 2014 szeptemberétől 2015 februárjáig.

A beteg (továbbiakban T. M.) fiatal (37 éves), nagyon súlyos autóbalesetből eredő koponyatrauma elszenvedője, aki több életmentő beavatkozás után került látóterünkbe. A balesetet követő 3 hónapban mind fiziológiai háttere, mind kognitív – kommunikációs állapota nem tette lehetővé a komplex rehabilitációs terápiát. Amint azonban állapota stabilizálódott, osztályunkra került komplex mozgásszervi, kognitív rehabilitáció céljából.

2. Anamnézis

T. M. (1977. 09. 24.)

A következőkben összefoglalom a beteg Rehabilitációs osztályig vezető kórházi útját, beleértve a képalkotó vizsgálatok eredményeinek bemutatását és a műtéti leírásokat, hiszen az agyi képletek állapotának pontos megismerése rendkívül fontos a későbbi diagnózis felállításához, illetve a sérülés-specifikus terápia megtervezéséhez.

2.1. Orvosi anamnézis

A beteg anamnéziséből kiemeljük, hogy 2014. 06. 09-én reggel 07.15-kor került kórházunk traumatológiai osztályára autóbaleset következményeként. Diagnózis: subduralis haematoma (bal oldali), mandibula törés, bal oldali tüdő contusio, nyílt seb az ajkakon. Esetkocsi szállítja, szgk utasaként sérült a hátsó ülésen. Mentősök kérkezésükkor intubálták, garatból, szájjüregből vérzés észlelhető, lélegeztetve szállítják. Beteget azonnal CT-be szállítják, a felvételeken bal oldali nagy kiterjedésű subduralis haematoma, agy oedema, bal oldali felső lebenyi tüdő contusio észlelhető. A beteg az AITO-ra kerül, idegsebészeti, fül-orr-gégészeti consilium megkérve.

A korai képalkotó vizsgálatok eredményeiből kiemeljük: CT (2014. 06. 09.): Bal oldali fronto-temporo-parietalisan 1,5 cm-es sarló alakú hyperdensitas van, a középvonali képletek 1,5 cm-rel jobbra áttoltak. Cerebrális cortex és fehérállomány ép. Basalis ganglionok és thalamusok szabályosak. Mesencephalon, pons, medulla oblongata szabályos. A cere-

bellum szürke-és fehérállomány aránya megtartott. Corpus pineale és hypophysis ép. Craniocervicalis átmenet normális.

A képalkotó eredményeinek megfelelően az idegsebész szakorvos sürgős koponyaműtétet tartott szükségesnek.

Idegsebészeti műtét esetünkben bal oldali craniectomiát jelentett, illetve a dura megnyitásáról beszélünk, teret biztosítva az agyi oedemanak, és az alvadékos, folyékony haematoma ürülésének. Továbbá kamradraint helyeztek be, ami lehetőséget biztosított a sensoros ICP (koponyán belüli nyomás) mérésére. Az ICP nem fokozódott, emiatt a betervezett jobb oldali decompressiv craniectomiától eltekintettek. A bal oldali pupilla visszaszűkült anisocoria (két szembogár nagyságának különbsége) nem észlelhető.

2014. 06. 10-én készült CT felvételeken bal frontalisán craniectomia utáni állapot látszik, bal féltekében frontalisán, temporalisan kiterjedt hypodens területek ábrázolódnak, középvonal 7 mm-re jobbra tolt. Mindkét félteke sulcusai elmosódtak. (Lásd: 1., 2. melléklet)

06. 15-én a craniotomiát kiterjesztették, mert egész bal agyféltekei kiterjedt hypodensitast mutatott a CT, bal oldalon összesen 90 mm nagyságú területen több gócú bevérzés látható. Temporalisan 20 mm-es vérzés detectalható. A liquor masszívan véres. A beteg klinikailag időnként végtagfeszítéseket végez és kiugróan magas az ICP, az újabb koponya CT-n pedig csaknem az egész bal agyféltekében vannak kiterjedt contusios hypodensitasok. Részben jobb oldalt frontalis lebenyben is és a korábbi csonthiányban az agy feszesen előboltosuló.

Műtét után a beteg spontán és fájdalmas ingerre szemét nyitotta, de tudata nem volt hozzáférhető, hangirányba nem tekint, bulbusok konjugáltan balra tekintenek, pupillák közepesen tágak, egyenlők, direkt fényreakció megtartott, pupilla-, cornea (szaruhártya) reflex kiváltható, élénk köhögési reflex, spontán légzési tendencia volt. GCS 2-T-2/3A végtagokban induló flexió rotációs extensioba megy át, időnként extensios tónusbelövellések spontán is láthatók. (Glasgow Coma Scale – GCS a tudatállapot megállapítására szolgáló pontrendszer az egészségügyi ellátásban.)

06. 25-én újabb CT stagnáló neurológiai státusza miatt, jobb oldalon frontoparietálisan 1 cm-es hygromat igazolódott, amit az idegsebész aznap fűrt lyukból evaquélt. GCS 3/4-T-3/4 Szemét spontán nyitotta, jobbra csak a középvonalig tekintett, balra tekintése szabad, szemével a mozgást

követte, egyéb kooperációba nem vonható. Szájába adott folyadékot lenyelte.

07. 09-én neurológiai vizsgálat: A pupillák isocoriasak, kp-en tágak, a spontán szemmozgások szabadok, jobb oldali homonym hemianopia. Száját nem nyitja, nyelvét nem ölti ki. A jobb oldali végtagok hypotóniások, plegiasak, bal felső végtagban enyhe spasticus tónusfokozódás, bal alsó végtag normotóniás. Célkísérleteket nem végzi el, állás, járásképtelen. Éber, szemkontaktust felveszi, tartja, de utasítást nem hajt végre.

07. 15-én idegsebészeti kontroll: Klinikailag a beteg megtartott tudatú, súlyos sensomotoros aphasia miatt verbalis contactusba nem vonható. A craniectomia területében csaknem női ökölnyi besüppedés. Mindkét oldalt fronto-basalisán és bal oldalt parietalisán post contusios hypodensitasok. A kamratágulat és a felszíni folyadékgyülemek agyi atrophiahoz társuló térkitöltő jellegűek. Javasol 4 végtag tornát és lehetőség szerint aphasia kezelést.

07. 30-án logopédiai consilium: A beteg beszéde nonfluens. Spontán beszéd vizsgálata során beszédprodukció nem értékelhető, hangot vizsgálat közben nem ad. Napi tájékozottság vizsgálatát célzó kérdésekre nonverbálisan sem válaszol. Auditív verbális megértés vizsgálat során az eldöntendő kérdésekre nem felel. A megnevezett tárgyakat, képeket, ábrákat, betűket, számokat, színeket nem ismeri fel. A szekvenciális utasítások egyikét megérti, és az utasításban foglaltaknak megfelelően cselekszik. Az összetettebb utasítások végrehajtása nem sikeres. Szó- és mondatismétlés tesztben nincs utánmondás. Megnevezés próbában nem képes megnevezni a bemutatott tárgyakat. Dialógusalkotási képessége nem értékelhető. Jelen állapotban a beteg – a Western Aphasia teszt eredménye alapján – a globális aphasia tüneteit mutatja, jelenleg logopédiai terápiába nem vonható. A WAB eredményei: Spontán beszéd, fluencia: 0 Megértés: 1,55 Ismétlés: 0 Megnevezés: 0

08. 08-án újabb idegsebészeti consilium, mely szerint a beteg állapota változatlan, a koponya-csont defectus területén észlelhető excavatio (vájulat) oka a jelentős bal hemispherium atrophiaja. Néhány hónap múlva cranioplastica mérlegelése.

08. 28-án gégekanül eltávolítása, a beteg légzése szabad, stridor, dyspnoe nem észlelhető.

09. 02-án átvettük a Rehabilitációs osztályra, ekkor már a beteg kooperációba vonható volt, szituatív beszédértése javult. A vizsgálatok eredményeit l. az alábbiakban.

2.2. Társas–társadalmi anamnézis, első benyomások

A betegről anamnézis nem nyerhető beszédprodukció hiányában. A fentiekben leírtak a kórházi dokumentumokból származnak, illetve a beteg édesanyjától tudtam meg néhány információt. Megjegyzendő, hogy az édesanya rendkívül rossz érzelmi állapotban van, mind a fia állapotából fakadóan, mind pedig a gyász miatt, hiszen abban az autóban, amelyikben T. M. utazott balesete napján, ketten meghaltak, egy fiatal anya és 12 éves nevelt kislánya. Az anya páciensünk unokatestvére volt.

T. M. 37 éves, Szabolcs megyei kis faluból származik, egyedülálló, két bátyja van, édesanyjával van szorosabb kapcsolata, édesapja 18 éve halt meg, nevelőapja pedig nemrégiben. Nagymamája él még velük egy háztartásban. Bizonyítványa 8 osztályról van, de számos szakma tanulása belekezdett. Édesanyja elmondása szerint tanulni soha nem szeretett, de a munkát szerette, munkahelyein szorgalmasnak tartották, szerettek vele dolgozni. Többnyire külföldön, Németországban és Angliában dolgozott konyhai kisegítőként és a húsiparban, nehéz fizikai munkát végzett. Jogosítványa nincs, de tud vezetni.

A beteggel eldöntendő kérdések segítségével tudtam kommunikálni, miszerint jelezte, hogy csak alkalmanként dohányzik, összejövetelek alkalmával fogyaszt alkoholt, ritkán kávézik. A zenét, társaságot szereti, továbbá szeret táncolni. Lakóhelyének focicsapatának tagja volt, elmondása szerint jól focizott, németországi csapat is szeretne volna egykor szerződtetni, de akkor nem maradt kint. Kedvenc gyümölcse a szőlő, az édességet szereti. Szeret szépen öltözködni, édesanyja elmondása szerint a „márkás” ruhákat szereti, a minap is hazaküldött egy pólót, jelezve, hogy azt nem veszi fel.

3. Kiegészítő vizsgálatok

A beteg stabil organikus állapota lehetővé tette, hogy 09. 02-án kórházunk Rehabilitációs osztályára átvesszük, és komplex rehabilitációs ellátása megkezdődhessen. (3. melléklet)

A beteg állás-, járásképtelen. Jobb oldali hemiplegia állapítható meg, jobb alsó végtagot térdben hajlítja, jobb felső végtag mozgása váll ízületben indul. Önálló helyváltoztatásra képtelen, helyzetváltoztatásra is csak korlátozott mértékben képes. Felvétele idején önállóan mozgást nem indít (pl. csorgó nyálát sem törli le).

Aspiráció elkerülése végett a beteget gyomorszondán (PEG-en) keresztül táplálják.

3.1. Logopédiai vizsgálat (WAB)

Vizsgálat ideje: 2014. 09. 02.

A beteg beszéde nonfluens. Spontán beszéd vizsgálata során beszéd-produkció nincs. Hangadása köhögést kísérő hangra, illetve fájdalom ingerre kiadott hangra korlátozódik. Napi tájékozottság vizsgálatát célzó kérdésekre nem válaszol. Auditív verbális megértés vizsgálat során az eldöntendő kérdések mindegyikére adekvátan felel. A megnevezett tárgyakat, képeket, számokat felismeri. Az ábrák, betűk, színek, testrészek, bútorok felismerésében téveszt. Az egyszerűbb szekvenciális utasításokat megérti, és az utasításban foglaltaknak megfelelően cselekszik. Az összetettebb utasítások végrehajtásában hibázik. Szó- és mondatismétlés tesztben nincs utánmondás. Megnevezés próbában nem képes megnevezni a bemutatott tárgyakat. Dialógusalkotási képessége akadályozott. Intonáció nem vizsgálható. Jelen állapotban a beteg – a Western Aphasia teszt eredménye alapján – a Broca aphasia súlyos tüneteit mutatja: Spontán beszéd: 0– Auditív verbális megértés: 6,35– Ismétlés: 0– Megnevezés: 0. A beteg kooperatív, logopédiai terápia indokolt.

3.2. Írás, rajz vizsgálat

Vizsgálat ideje: 2014. 10. 8. (4. melléklet)

Vizsgálat tárgya: emberrajz, WAB írásteszt

A beteg emberrajz kivitelezésére képtelen, rajz helyett BER szótagot írja. Majd elé írja a ZOL szótagot. (Lásd: 5. melléklet)

Az írásvizsgálat eredményei a következők:

Ceruzafogás: A beteg jobb kezese, de a jobb kéz érintettsége miatt bal kézzel ír.

A nyomaték laza, esetleges. Vonalvezetése bizonytalan.

Betűméret nagy. Nyomtatott betűket ír.

Fixálás, szem-kéz koordináció: Helykihasználása egyenetlen, fixálás nehézkes, többször is keresi a helyet a lapon, hogy hová írhatna.

I. Értelmes szavak másolása: Betűnként követi a mintát, verbális megerősítés nélkül. Betűképe viszonylag rendezetlen. Kihagyások, cserék nem tapasztalhatók, de rontások, satírozások igen.

Értelmetlen szavak másolása: Uaz mondható el, mint az értelmes szavak másolásánál.

II. Diktálás utáni írásra képtelen.

III. Az önálló szóalkotásra írásban is képtelen.

Összefoglalva elmondható: A beteg csupán másolásra képes, önálló írás-alkotásra képtelen. Teljes agraphia állapítható meg.

3.3. Komplex gyógypedagógiai-logopédiai terápia közben végzett megfigyelések

Szavakat képekkel, mondatokat eseményképekkel egyeztet mind hangos beszéd után, mind olvasva. Tízese számkörben összead, kivon írásban, bal kézzel leírja az eredményt. Betűket is képes írni, de értelmes szavakat csak másolás után. (Lásd: 6., 7., 8. melléklet.) Viszont mágnestáblán kirak szavakat, ha pontosan annyi betűt kap, amennyiből és amilyenekből a szó áll. Érti és szereti a humort, eldöntendő kérdésre adekvát válaszokat ad nonverbálisan, szociális magatartása teljesen megfelelő. Terapeuta papírvágása közben bal kézzel odanyúlva segíti a papír kifeszítését, ezzel megkönnyítve a vágást.

Az aphasia mellett oralis apraxia is észlelhető, a beteg nem képes artikulációs mozzanatok utánzására, keresi a mozdulatot. Ingerre viszont adekvát mozdulatai: arcot odatartva megpuszítja, nyelvét, fogsorát, étel ingerre – nyelésterápia közben, képes mozgatni.

Tónustalansága, illetve jobb csípőízületi para ossificatioja (csontfejlődés olyan szokatlan lokalizációban, mint pl. a bőr, vagy lágyrész képletek; esetünkben a csípőízületben és a vállízületben jelentkezik a kóros

folyamat) következtében kerekesszékből kicsúszik, de miután megtanítottam, hogyan tolja vissza magát bal kezének megtámasztása segítségével, a mozdulatot kivitelezni képes. De önállóan képtelen volt megtervezni a mozdulat szekvenciát.

Zenét hallgatni szeret, de spontán éneklésbe nem kezd zenehallgatás során.

Állapotával teljes mértékben tisztában van. Hangulata változó, szeptember második hetében nem szeretett volna gyógyulni, meg akart halni. Miután megbeszéltük, hogy ez nem lehetséges az ő jelenlegi állapotában, elfogadta, és azóta aktív részese a terápiának.

A környezet adta ingerekre adekvátan válaszol, csupán akkor agresszív, ha „beszélnek a feje fölött”, mintha ő semmit nem értene, és ha az ápolási feladatok végzése közben „durván” bánnak vele (a jobb csípőízület és vállízület elcsontosodott, hatalmas fájdalmai vannak ennek következtében).

4. Szenzoros integrációs megfigyelések

4.1. Vizuális percepció megfigyelése: A téri elemek percepciója rendben, képes a formákat a megfelelő helyre illeszteni. Viszont itt megjegyzem, hogy térben kevésbé tud tájékozódni, síkban képes megmutatni az egyes bútorok képeit, de a szobában nem képes az ajtóra, ablakra, szekrényre mutatni, fejét nem fordítja az egyes helyszínek felé. Asztalon viszont jól dolgozik az egyes térbeli formákkal. Figura–háttér percepcióra asztalon dolgozva képes. Téri pozíció észlelésére a térben kevésbé képes, ami organikus állapotából is fakadhat. A betegnek jobb oldali látótérkiesése van. Egyszerűbb geometriai minta másolására bár pontatlanul, de képes. *9. számú melléklet.*

4.2. Szomato-szenzoros percepció megfigyelése: Kinesztézia próba kivitelezése nem sikeres, rendkívül pontatlan a céltábla feladatban. Egyszerűbb testhelyzet felvétele rendben. Szokatlan testhelyzetek utánzása sikerül, de keresi a mozdulatot, pontatlan. Taktilis diszkrimináció próbák: Manuális forma percepció sikeres. Ujjazonosítás rendben. Grafesztézia próba során nem képes visszaadni a kézfejre rajzolt formát. Tapintásos

lokalizáció rendben (jobb oldalon kisebb eltérés). Kettős taktilis inger percepciója viszont nem sikeres.

4.3. Motoros teljesítmény megfigyelése: Szomato-praxis, motoros tervezés: Poszturális kontroll próba nagy részben nem kivitelezhető a páciens fizikai állapotából adódóan. A verbális parancs próba felvehető lenne, de test agnosia fennállása esetén nem hitelesek a kapott eredmények. Ujj- és kézmozgás próbák: Szokatlan testhelyzetek utánzása bár pontatlan, de sikeres. Ujj-orr próba, ujj-hüvelykujj próba rendben. Tenyérforgatás rendben, dinamikus sorrendi praxis, ököl–tenyér–él próba csak tanulás után sikeres. Apróságok a dobozba rendben, cipőfűzés nem sikeres (de csak bal kezét tudja használni). Gombolás: kigombolás sikeres, begombolás nem. Embert nem képes rajzolni, az ábrák csak másolás után sikeresek. Vágás próbát (bal kézzel) visszautasítja. Orális praxis: Száját nyitni képes, nyelvöltögetés nem sikeres. Nyelvmozgatás fel–le szájtéren belül sikeres. Nyelvkörzés nem sikeres. Fújás sikeres (már! Kb. 10 terápiás ülést követően!) Csücsörítés csak ingerre (puszi-adás közben). Alsó-felső ajkak harapása nem sikeres. Hangok artikulációs mozzanatait nem képes önállóan kivitelezni, sem utánozni. Okulo–motoros praxis: Szemmozgatás sikeres. Bilaterális motoros koordináció próbák nem felvehetőek jobb oldali hemiplegia következtében. Állás egyensúly, tartási egyensúly próbák nem felvehetőek. Izomerő, izomtónus az adott próbák szerint nem vizsgálható, de az alábbiakban még kitérek erre a területre.

4.4. Egyéb próbák: Testközépvonal átlépése nem sikeres (nem képes bal kézzel megérinteni pl. jobb fülét). Kérdés, hogy a test agnosia ebben a próbában mennyire engedi megmutatkozni a reális eredményeket. Jobb–bal diszkrimináció nem sikeres.

Alap mozgásformákat nem tud kivitelezni, ülőegyensúlya sincs, a csípőízületi elcsontosodás miatt a terápiás lehetőségek is korlátozottak. Labdadobás–próbában kezében fogja a labdát, de nem képes elengedni. A mozdulat megtanítása után képes eldobni, sőt tanítás után már három pozícióból (fentről indítva, alulról indítva és oldalról indítva a mozgást) is képes eldobni a labdát. A labdát elkapni képes, tanítás után még a testközépvonalat átlépve is.

A többi próba a beteg állapotából adódóan nem kivitelezhető. Összegezve elmondható, hogy a strukturált megfigyelések eredményeiből következtethetünk diszpraxiára, de a beteg tanításra jól reagál, a mozgásszekvenciákat képes megfigyelni, rögzíteni és automatizálás után több nappal később is használni. A beteg minden esetben jelzi, mikor az adott mozgásszekvenciát elsajátította és nincs szüksége több gyakorlásra. Következtethetünk az idegrendszeri integráció zavarára a kettős taktilis inger percepciójának sikertelenségéből. Többféle szenzoros modalitás integrációjának sikertelensége a motoros tervezés zavarára utal (Ayres 1972: 1–25).

5. Tesztvizsgálatok: Szenzoros integrációs leltár

Páciensemrel a SCSIT felvétele mind életkorából, mind fiziológiai állapotából adódóan nem lehetséges. Ezért a Szenzoros integrációs leltár felvételét alkalmaztam. A leltárból nyert diagnosztikus eredmények sokatmondóak, teljes egészében alkalmas a későbbi terápiás szakasz megtervezéséhez (Varga I., Kulcsár Zs.1991).

5.1. Általános reakciók:

Nem jelent nehézséget számára feladatok, helyek, emberek között váltani. Nyugalommal viseli a környezet változásait. Betegségét szintén nyugalommal viseli, fáradtság, szomorúság, öröm kifejeződik az arcon. Kiszámíthatatlan érzelmi kitörései nincsenek. Szomorúság esetén taktilis gesztussal, érintéssel megnyugtatható. Szociális kommunikációba vonható, fájdalom ingerre, érintésre, hangra, fényre azonnal reagál nonverbálisan. Túlérzékenység érintésre, hangra, illatra, fényre nem jellemző. Nem ad ki ismételt hangos zajokat. Csupán fájdalom ingerre és köhögés, nevetés során ad ki hangot. Nem alkalmazkodik nehezen másokhoz, feladatokhoz, elfogadó. Rövid ideig megtartott a figyelme. Hosszabb szünetekkel oldjuk meg a feladatokat. A pszichomotorium egyébként is meglassult. Összefoglalva az általános reakciók megfigyelésénél csupán a figyelem tartósságában találunk eltérést. Pontérték: 9/1

5.2. Prorioceptív feladatok

5.2.1. Izomtónus: Testkontúrja nem határozott, petyhüdt izomzat, gyenge szorítás. Könnyen kifárad, de állapotához képest hosszan benne van a terápiás folyamatban. Motiválható, visszaterelhető a szituációba. Passzív, ha nem biztatják, segítik mozgás közben. Pl. kerekesszékből kicsúszik, ép oldalával nem segített mindaddig magát felhúzni. Miután megmutattam neki a mozdulatot, képes segíteni, egyedül tudom mozgatni segítségével. Az állapota is korlátozott mértékben engedi a szabad mozgást, de nem nyugtalan emiatt. Gyenge a fogása, nem szeret tárgyakkal kapcsolatba kerülni. Beszéd nincs. Gyenge a kokontrakciója. Állítás közben meggörbül. Feje állandóan jobbra dől. A végtagokban induló flexió rotációs extenzióba ment át, időnként extensios tónusbelövellések spontán is láthatóak.

Összefoglalva az izomtónusban súlyos eltéréseket találunk, leginkább a kifejezett jobb oldali plegia következtében. Pontérték: 7/7

5.2.2. Motoros tervezés: Ügyetlenül, esetlenül mozog. Helyváltoztató mozgásra önállóan nem képes, helyzetváltoztató mozgásra minimális fokban képes lenne, de kevésbé teszi. Nem merőlegesen ül az eszközökre, fejét jobbra hajlítja, csúszik ki a kerekesszékből. Jobb lábát csípőben nem képes hajlítani, az ízület elcsontosodott. Nem képes önálló helyváltoztató mozgásra, helyzetváltoztatásra is csak korlátozott mértékben képes. Spontán manipuláció hiánya. Nem igazítja kezét kezemhez. Bár egyetlen ilyen irányú spontán reakciója megtörtént (kisujjunk összeakasztása „kibékülés jeleként”). Kezdetben csak tartja kezében a tárgyakat, nem manipulál vele, miután megmutattam a tárgy funkcióját, használni kezdte. Egyetlen téves reakció volt ezen a területen, papírgalacsint adtam tenyerébe, hogy fújja le róla, és be akarta venni szájába. Valószínűleg csak a távolságot mérte fel helytelenül ajka és a papír között. A tárgy funkciójának mutatasakor kísérem a kezét kezemmel, majd önállóan is képes kivitelezni a mozdulatot. Önállóan nem kezdeményez mozgást, de amennyiben kezébe adom tárgyat, finoman fogja meg. Nem goromba sem tárgyakkal, sem emberekkel. Nem csíp.

Összefoglalva a motoros tervezésben is lényeges eltérést tapasztalhatunk. De az agressziót mutató reakciók nem jelentkeznek. Pontérték: 10/6

5.2.3. Öningerlő magatartásforma: Nem csapkod, nem tapsol kezével, semmi szokatlant nem csinál. Nem húz foga közé szorított tárgyakat. Sarkát, csuklóján nem üti, nyomja, dörzsöli. Nem mászik nem megfelelő helyekre, ágyból nem próbált kimászni. Ébren nem csikorgatja fogait. Nem harap sem tárgyakba, sem emberekbe. Erősen nekidől tárgyaknak, embereknek, de ez a tónustalan izmok miatt van, támaszték keresése céljából, valószínűleg nem a propriocepciós ingerkeresés céljából. Összefoglalva öningerlő magatartásformákat nem produkál. Pontérték: 8/1

5.2.4. Önbántalmazó magatartásforma: Fejét, testét szilárd tárgyakhoz nem üti. Nem pofozza magát. Kezét, karját nem harapja. Összefoglalva nincs önbántalmazásra utaló jel. Pontérték: 4/0

5.3. Veszitbuláris feladatok

5.3.1. Izomtónus: Segítségre van szüksége ahhoz, hogy felálljon, felkeljen, leüljön. Karjával csak felszólításra segíti magát felülésben. Ülés, állás közben jobbra dől és leejti a fejét. Leroskad a bútorokra. Összefoglalva jelentős eltérést tapasztalunk minden pontban. Pontérték: 4/4.

5.3.2. Egyensúly reakciók: Könnyen elveszti az egyensúlyát. Helyváltató mozgásra nem képes, ezért nem vizsgálható, hogy elesik, megbotlik-e. Eszközökbe, terapeutába kapaszkodik. Védekező reflexei lassúak. Kerekesszékekben ül vagy ágyában fekszik. A járás hiányában kevésbé vizsgálható ez a részterület, amennyire megállapítható 5 próbából 3-ban található eltérés. Pontérték: 5/3

5.3.3. Testtartás és mozgás: Kevésbé vizsgálható ez a terület is esetünkben. De megfigyelhető, hogy karját behajlítva, behúzza és befelé fordítva

tartja. Járása nem megfigyelhető. Fejét, nyakát, vállát nem tartja mereven. Engedi a mozgatást.

Összefoglalva, amennyire megítélhető kevés eltérés tapasztalható ebben a próbában, a bénult kar tartásában észlelhető az eltérés. Pontérték: 10/1

5.3.4. Kétoldali koordináció: Jobb oldali hemiplegia miatt ez a terület nem vizsgálható.

5.3.5. Térészlelés: Nem vizsgálható ez a terület mozgásképtelenség miatt. De jobb oldali hemianopia megállapítható, illetve térben elhelyezkedő tárgyakat kevésbé észlel, síkban sokkal jobban tájékozódik.

5.3.6. Érzelmek kifejezése: Gravitációval szembeni bizonytalanság mozgásképtelenség miatt kevésbé megítélhető. Tónustalansága miatt kevésbé tud ellenállni a gravitációnak. Nem feszíti meg magát, nem lesz dühös, ha mozgatják, nem bosszantja, ha változtatnak a szoba berendezésén. Nem aggódik, ha egyik helyről a másikra viszik. Összefoglalva nem találunk eltérést ezen a területen. Pontérték: 4/0

5.3.7. Öningerlő magatartásformák: Nem hintázik testével, nem rázza a fejét, nem csavargatja törzsét, ujjjaival nem integet a szeme előtt. Összefoglalva nem találunk eltérést ennél a próbánál. Pontérték: 7/0

5.4. Taktilis tesztfeladatok

5.4.1. Öltözködés: Annyi réteg ruhát visel, amennyit a hőmérséklet megkíván, nem húzza fel pulóvere ujját, nem igazgatja ruháját, nem tiltakozik levetköztetésnél, sőt szívesen öltözik át, szereti a tiszta és szép ruhát (nem mindent vesz fel, csak márkás, minőségi darabokat enged). Összefoglalva nem találunk eltérést ezen a területen. Pontérték: 10/0

5.4.2. Egyéb napi feladatok: Nem köp ki ételt, nem tiltakozik a fürdetésnél. Nyelés terápia folyamatban. Pépes állagú ételnél tartunk. A szilárd étellel próbálkozunk, tanítom harapni, rágni. Az első próba sikeres volt.

A körte, banán rágása, nyelése sikeres, az alma darabot nem képes megrágni, de nem is köpi ki, mintha nem érzékelné a szájában, én veszem ki szájából, és mutatom meg neki, hogy benne maradt, és nem nyelte le. Ő csodálkozott, érzése szerint lenyelte.

Nem találunk eltérést ebben a próbában. Pontérték: 2/0

5.4.3. Személyes tér: Nincs nagy személyes térre szüksége, de nem mindig és nem mindenkitől tűri el a fizikai kontaktust. Gyerekeket nagyon szereti, kislányomat mindig szeretettel várja, terápia során aktívabb jelenlétekor. Üdvözlésképpen nyújtja felé a kezét és tartja arcát pusziért.

Nincs eltérés. Pontérték: 2/0

5.4.4. Szocializáció: Félelem, harag nem látszik rajta, ha közelítenek felé, nem húzódik el közeledéskor. Nem dörzsöli meg ott, ahol hozzáérnek. Nem ragad környezetére. Nem érintget mindent és mindenkit. Nem kerüli el, hogy tenyere tárgyakkal érintkezzen. Viselkedése a helyzetnek megfelelő.

Összefoglalva nincs eltérés. Pontérték: 7/0

5.4.5. Öningerlő magatartás: Nem vesz a szájába dolgokat, nem dörzsöli fel bőrét, nem játszik a nyálával, nincs keze a nadrágjában, zsebében. Nem ül kézfejére, lábfejére. Nem ragaszkodik hozzá, hogy legyen valami a kezében.

Összefoglalva öningerlő magatartás nem mutatkozik meg. Pontérték: 8/0

5.4.6. Önbántalmazó magatartás: Nem karmol, nem csíp, nem üt, nem dörzsöl, nem húzza haját, nem harap.

Nem jellemző önbántalmazó magatartás. Pontérték: 6/0

A Szenzoros integrációs leltárból megtudjuk, hogy a taktilis rendszer a páciens esetében rendezetten működik, eltérést ezen a területen nem tapasztaltunk.

A vesztibuláris rendszerben az izomtónusban és az egyensúly reakciókban találtunk lényegesebb eltérést, amit részben a jobb oldali hemiplegia okoz, illetve a szemmel is látható bal oldali agyi atrophia, továbbá a koponyacsont hiánya a bal oldalon. Meglátásom szerint a vesztibuláris

rendszer teljes körű kezelése a koponyacsont visszahelyezését, a cranio-plasticát követően történhet meg.

A legszámottevőbb eltérés a propioceptív rendszerben mutatkozik. Az izomtónus vizsgálatának minden pontjában találunk eltérést és a motoros tervezés részpróba legtöbb pontjában látható a probléma.

Páciensünk esetében a szenzoros integráció szempontú diagnózis: Szenzoros alapú mozgás-rendellenességek. Posturális zavarok: Mozdulás közben zavart a test stabilitása, az izomtónus és a mozgáskontroll nem adaptív, szegényes az egyensúlyozás, a törzs elfordítása, a testsúly finom áthelyezése, a felegyenesedési reakciók. Viselkedésesen: a mozgástól visszavonuló (mozgásintolerancia). Diszpaxia: A mozgástervezés- szekvenciálás- és a kivitelezés problémája. Alapvető kérdések: hol van a test, hol vannak a külső tárgyak, emberek? Időzítés, erőbefektetés nem adaptív. Velejáró: finommotoros manipuláció és az orális-motoros tevékenység alacsony szintje. Viselkedésesen: az új iránti érdeklődés csökkent mivolta, az öltözködés, eszközhasználat elkerülése, a környezet kontrolláló, manipulatív kezelése. (Forrás: A szenzoros folyamatok rendellenességei, tanfolyami segédanyag, kézirat)

A diagnosztikai folyamat során beigazolódott hipotézisem, miszerint a beteg beszédképtelenségének a hátterében nemcsak az aphasia áll, hanem az apraxia, vagyis a motoros tervezés zavara is fellelhető. Sőt, a motoros tervezési zavar nem kizárólag az orális mozgások megtervezésére korlátozódik, hanem a rendszer ennél komplexebb érintettségével van dolgunk. A terápia ebben az esetben nem korlátozódhat a tradicionális logopédiai terápia orális apraxia gyakorlataira, hiszen azzal csak a felszínt érintenénk, a probléma mélye viszont kezeletlen maradna.

Összefoglalva elmondható, hogy a szenzoros integrációs leltár, mint diagnosztikus eszköz, lehetőséget biztosít a sérülés-specifikus terápia megtervezésére.

6. Terápiás előkészületek

Elöljáróban megjegyzem, hogy minden rehabilitációs ellátás kizárólag team munkában hatékony. Jelen tanulmányban a rehabilitációs tevékeny-

ség egy szeletét mutatom be, a komplex logopédiai kezelést, a dinamikus szenzoros integrációs terápia vonatkozásában.

Mikor a páciens osztályunkra érkezett, tudtuk, hogy nehéz munka vár ránk, de ahogy megismertük őt, mondhatom az egész csapat nevében, hogy ezt a munkát mindenki szívesen vállalta, nagy szeretettel gondoskodott az egész osztály a betegről. Ezzel együtt elmondhatom, hogy mindenkit „megérintett” az eset, az osztály egy emberként fogott össze T. M. gyógyulása érdekében. Látható volt, hogy munkánkat a család támogatni fogja, a beteg édesanyja, barátai jelen voltak a páciens mindennapjaiban. Ez nagyon ígéretes, hiszen a rehabilitáció támogató családi háttér nélkül, sajnos nem működik.

A rehabilitáció első hetében hagyunk időt a páciensnek, hogy ő is megismerjen minket, megismerje az osztályt, illetve az ott folyó munkát. Minden tevékenységbe betekintett, én kísértem őt, nagyon sok időt töltöttem el vele, engem már felismert, elfogadott.

Majd második héten elkezdődött a komplex rehabilitáció.

A terápiás folyamat megtervezése előtt minden esetben át kell tekintenünk a diagnosztikus háttéranyagot, kiemelve belőle azokat a pontokat, melyek hatással lesznek az egyes terápiák, illetve a terápiás lépések megtervezésére.

A tradicionális logopédiai vizsgálatok mellett esetünkben a Szenzoros Integrációs Leltár eredményeit, illetve a SCSIT erre alkalmas próbáit volt szükséges áttekinteni, összegezni, illetve a konzultáció nem maradhat el az orvossal, a gyógytornászokkal és az ápolókkal az esetről.

Összefoglalva a diagnosztikus eredményekből kiemeljük:

6.1. Mozgásszervi állapotáról röviden elmondhatjuk, hogy a beteg önállóan ülés-, állás-, járásképtelen. Jobb oldali hemiplegia tapasztalható. A jobb csípőízület és a jobb váll ízületben paraossificatio (elcsontosodás), ami a beteg mozgathatóságát megnehezíti, illetve akár érintésre is fájdalom váltható ki.

6.2. A beteggel nagyon sok ápolási teendő van. Hólyagkatétere van, pelenkát visel, PEG-en keresztül táplálják. Fürdetéséhez két ápoló segítsége szükséges.

6.3. Az ergoterápia összetett lesz esetünkben, hiszen a beteg semmit nem csinál önállóan, azokat a mozdulatokat sem végzi el, amire képes lenne. Az önellátás funkcióinak gyakorlása mellett a kognitív funkciók fejlesztése is szükséges.

6.4. Logopédiai vizsgálat eredménye szerint elmondhatjuk, hogy a beteg a globális aphasiából javult inger-gazdag környezetben súlyos Broca aphasiába. Tudatos hangadásra képtelen, csupán fájdalom ingerre váltható ki hang, illetve köhögést kíséri hang. Mivel artikulációs mozzanatok utánzása sem váltható ki, nagy valószínűséggel beszédapraxia is fennáll. Írásvizsgálat után elmondható, hogy a beteg csupán másolásra képes, önálló íráspanduktúra képtelen. Teljes agraphia állapítható meg. Szavakat képekkel, mondatokat eseményképekkel egyeztet mind hangos beszéd után, mind olvasva. Tíz-es számkörben összead, kivon írásban, bal kézzel leírja az eredményt.

6.5. A Szenzoros integrációs leltárból megtudjuk, hogy a taktilis rendszer a páciens esetében rendezetten működik, eltérést ezen a területen nem tapasztaltunk. A vestibuláris rendszerben az izomtónusban és az egyensúly reakciókban találtunk lényegesebb eltérést, amit részben a jobb oldali hemiplegia okoz, illetve a szemmel is látható bal oldali agyi atrophia, továbbá a koponyacsont hiánya a baloldalon. A legszámottevőbb eltérés a proprioceptív rendszerben mutatkozik. Az izomtónus vizsgálatának minden pontjában találunk eltérést és a motoros tervezés részpróba legtöbb pontjában látható a probléma. A diagnosztika után szenzoros alapú mozgás-rendellenességeket állapíthatunk meg, ahol mind poszturális zavarok, mind diszpraxia megfigyelhető.

Láthatjuk, hogy a páciens állapota igen súlyos, de emellett az összkép egy kellemes fiatalember, aki érti és szereti a humort, állapota ellenére szociális magatartása teljesen adekvát, kötődésre, elfogadásra, együttműködésre képes, terápiába vonható.

7. Terápiás keretek, terápiás tér

Esetünkben a terápiás tér adott: A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei kórház, Jósa András Egyetemi Oktatókórházának Rehabilitációs Osztálya. Terápiás tér az egész osztály és környezete, mivel T. M. innen el nem vihető. Nem szűkíttem le a terápiás teret a tornateremre és a logopédiai szobára, hiszen a cél, hogy a páciensnek minél több szenzoros ingert adhassak. Ezért terápiás térnek tekintem az épület melletti udvarrészt, az ebédlőt, a folyosót, a liftet, a kórtermet, természetesen a tornaterem, a logopédiai szoba és az ergoterápiás szoba mellett. A logopédiai szobában ugyan 1 hónapig nem is voltunk, hiszen a falat egy nagy tükör borítja, és nem tartottam a páciens felkészültnek arra, hogy szembesüljön jelenlegi fizikai állapotával a tükörben. A terápiás terek a terápiás célnak megfeleltek, a páciens elfogadta, a terapeuta otthonosan érezte benne magát. A legnehezebb a tornaterem elfogadása volt, helyesebben a „tornateremben a logopédus” elfogadása. Osztályunkon a tornaterem kizárólag a gyógytornászok tere, sem az ápolók, sem az orvosok, sem egyéb szakdolgozók nem tartózkodnak ott. Mikor először próbáltam ott a beteggel foglalkozni, ő nem tudta értelmezni a helyzetet, a szerepet, egyáltalán megkérdőjelezte a létjogosultságomat ott, és bevallom számomra is idegen terep volt. Tanulásképpen megjegyzem, hogy rendkívül sokat tanultam ebből a szituációból. Sem a betegek, sem a gyógytornászok nem preferálják a tornaterem közös használatát. Az utóbbiak szempontjából ez teljesen érthető, hiszen a tornaterem minden perce be van osztva, nagyon nehéz még egy terápiát besűríteni a mozgalmas napirendbe. Tehát nem szakmai összeférhetlenségről van szó, egyszerűen hely- és időhiányról. A betegek pedig nem értik az összefüggést, hogy mit keres a logopédus a tornateremben? Nagyon nehéz ezt megértetni velük, a szenzorosan érintett betegekkel különösen. Tanulság: amennyiben a komplex rehabilitációs folyamatba DSZIT-et kívánunk bevonni, elengedhetetlen a terápia kivitelezésére alkalmas önálló tornaterem kialakítása. Ha ez megvalósul, meggyőződésem, hogy a logopédus–DSZIT terapeuta szerepkeveredésből adódó konfliktus kezelhető lesz.

A páciens többszöri próbálkozás után is elutasította jelenlétemet a tornateremben, ezért más módszert választottam. A tornateremben a gyógytor-

nászt kértem meg, hogy egészítse ki a kezelést szenzoros elemekkel útmutatásom szerint, én pedig a logopédiai szobába és az ergoterápiás helyiségbe vittem szenzoros terápia alkalmával használható eszközöket. A terápia során a következő eszközöket használtam:

- óriás labda
- különböző méretű gumilabdák
- különböző méretű tüskés labdák
- plüss labda
- szivacs (fekvésre alkalmas)
- tükör
- különböző tapintási érzeteket keltő felületek
- fűszerek
- elemlámpa
- lézer pointer
- mp3 lejátszó
- papír zsebkendő
- fa eldobható spatula
- apró termények (bab, rizs, lencse stb.)
- fa építőkocka
- társasjátékok
- különböző konzisztenciájú ételek
- kerekesszék
- korlát

Hangsúlyozom továbbá, hogy terápiás térnek tekintetem az egész osztályt, hiszen voltak olyan feladataink, mikor megjelöltem a célt, és a páciensnek kellett navigálni, hogy merre toljam, hogy odaérjünk a megjelölt célhoz. Az eszközválaszték az osztály tárgyi adottságainak megfelelően korlátozott volt, de amit a páciens állapota megengedett beszereztük, és lehetőségéhez mérten használtuk. A mozgásszervi állapot és a koponya-csont hiánya viszont behatárolta lehetőségeinket. A betegekre nagyon vigyázni kellett mozgás közben, hiszen újabb fejsérülés veszélyét teljes mértékben ki kellett zárni.

Jelen helyzetben ezek a terápiás terek és eszközök megfelelőek voltak a terápiás célnak, de a jövőben, amennyiben a rehabilitációban biztosítani akarjuk a DSZIT-et az arra rászoruló pácienseinknek, saját tornaterem és szélesebb eszköz kínálat beszerzése nélkülözhetetlen.

8. A terapeuta szerepek

Az egészségügyben meghatározottak, és élesen elhatárolódnak a szerepek, a hierarchikus rendszer adott, nagyon nehéz az átjárás. Ez teljesen helyénvaló, hiszen így mindenki tudja, hogy milyen területért felelős, mire terjed ki a kompetenciája, ezáltal a beteg is biztonságban érzi magát. Tudja, hogy kitől mire számíthat. Az egészségügyben dolgozó logopédusnak, amennyiben DSZIT-be kíván kezdeni, először át kellett törnie a már említett logopédus–DSZIT terapeuta szerephatárt.

Esetünkben a tornatermi szituációt nem számítva ez egyszerűen ment. Meggyőződésem szerint ez annak köszönhető, hogy az első hetekben csak egyszerűen „vele voltam”. Csak ott voltam az ágya mellett, ettettem, kezét, körmét tisztítottam, fogát megmostam, segítettem az öltözködésben, kerekesszékre való betevésben, tologattam az különböző terápiás helyszínek között. Közben szinte észrevétlenül egyre stabilabban ült a székben, megtanulta feltolni magát, megtanulta emelni a fejét, letörölni a kifolyt nyálát. Ismerkedtünk a térrel és a terápia elkezdődött, mintegy észrevétlenül. A beteg közben egyáltalán nem is érezte, hogy ő most terápiában van. Viszont a team-tagok, a hozzátartozók jelezték, hogy a páciens rengeteget javult, mind mozgásszervi állapotát, mind általános állapotát tekintve. Aztán a későbbi újabb diagnosztikai folyamat ezt pontértékben is igazolta.

DSZIT terapeutának lenni egészen sajátos, nyitott szemléletet igényel, hiszen ez egy holisztikus szerep, kísér, közvetít, motivál, támogat, visszatükröz, szabályoz, minden egyes kifejezés értelmet nyer terápia közben. A DSZIT terapeuta tudatosan váltogatni szükséges szerepei között, remélhetőleg megőrizve spontaneitását.

Kísérjük a beteget, a szó konkrét jelentése értelmében is, illetve átvitt értelemben is. Vele vagyunk, tudta, hogy számíthat terapeutájára minden

szituációban. A terapeuta közvetít a rehabilitációs team és a beteg között, illetve a rehabilitációs team egyes tagjai között. Jelzi például adott esetben, hogy fáj a húgycsőve, hogy nehezen jön a széklet, hogy utálja, ha a feje fölött beszélnek, hogy nem akar piszkos ruhában lenni, hogy iszonyatosan fáj a válla, a keze és a lába, hogy éppen milyen hangulatban van, hogy ő egy jó focista volt, hogy utált tanulni, de munkában mindig lehetett rá számítani és így tovább. Motiválja a beteget, mikor éppen azon a ponton van, hogy nem akar meggyógyulni, hanem inkább meghalni szeretne. Új célokat kell találnia, lelkesíteni, kitartását erősíteni. Támogatni tevékenységeiben. Ez úgy valósulhat meg, hogy a terápia kezdetén nagyon sok időt kell a pácienssel tölteni, ebben az időszakban ez minden nap minimum napi 2 órát jelentett. Természetesen beszélünk a beteghez, eldöntendő kérdésekkel kommunikálunk. Elengedhetetlen annak az érzésnek a biztosítása, hogy ő is úgy érezte: beszélgetünk.

9. Öngyógyító mechanizmus, aktivitás–passzivitás, szabadság–korlátozás, az agresszió kezelése

9.1. Az öngyógyítás mechanizmusa, tapasztalatom szerint, akkor lép működésbe, mikor a beteg motiváló közegben van, van kedve és ereje gyógyulni, és van kiért vagy miért meggyógyulni. Az öngyógyítás egy lelki és fizikai tevékenység, határozottan része a komplex rehabilitációnak. A rehabilitációs folyamat megtervezésénél Bion betegség modelljéről sem szabad megfeledkezni, hiszen tudnunk kell, hogy hol tart a beteg és mi az, amit elvárhatunk tőle (Symington, J. and N. 1999).

- 1. fázis: tudomást szerez a betegségről
- 2. fázis: hárítás és elutasítás
- 3. fázis: nyílt vagy rejtett agresszió
- 4. fázis: apátia
- 5. fázis: kognitív és emocionális elfogad

Öngyógyításról, akár az öngyógyítás megalapozásáról csak az 5. fázis után beszélhetünk. Páciensünk elért ehhez a ponthoz, ezáltal terápiába igen jól vonható, rendkívül kooperatív. Az öngyógyító tevékenység is beindult, délutáni passzivitása megszűnt. Önállóan elveszi székelyéről az enni- és

innivalót, kiszolgálja magát, ha az ágya fejrésze nincs is felemelve, fejét spontán emeli, ha inni akar. Természetesen ezt látva megkapta a pozitív visszajelzést.

9.2. A terapeuta aktivitása és passzivitása a páciens fizikai és lelki állapotának a függvénye. Esetünkben a beteg képtelen volt a rehabilitációs folyamat kezdetén bármilyen önálló mozgásos aktivitás kivitelezésére. Ebben az időszakban a terapeuta aktivitása nagyobb volt, a páciens passzív volt. De motiválással figyelmét fel lehetett kelteni. Például, kértem, hogy figyeljen az érzésre, mikor a nyál kifolyik a száján. Először a zsebkendő az én kezemben volt, és töröltem a nyálát, majd a zsebkendőt az ő kezébe adtam, és mikor folyt a nyála, a kezét odairányítottam a szájához, hogy törölje le. Majd következő lépésben már csak kézzel mutattam, hogy mit csináljon, ezt követően csak mondtam, hogy töröljön. És eljutottunk odáig, hogy önállóan megérzi, ha folyik a nyála és törli is önállóan, sőt cseréli a zsebkendőt, ha az már elhasználódott. A terapeutának ekkor már csak annyi a feladata, hogy gondoskodjon elérhető távolságban lévő tiszta zsebkendőről. Mire ide eljuthatunk egy pácienssel, természetesen több héten át zajló folyamat. És ez csak egyetlen példa arra, hogy a terapeuta hogyan válik aktív segítőtől teljesen passzívvá, ha már az aktivitására nincsen szükség. A terápiás folyamat esetünkben arról szól, hogy minél több mozgásos aktivitást vegyen át a páciens, és a terapeuta csupán a facilitátor legyen.

9.3. Szabadság és korlátozás kérdése: Vagyis mi az, ami megengedhető, és mi az, ami nem. Mint az élet bármelyik területén, egy kórházban, egy rehabilitációs osztályon is vannak szabályok. Az elsődleges szempont, hogy a páciens önmagában, és másokban ne tegyen kárt, minden veszélyes dolgot ki kell zárunk. Betegünk ebből a szempontból nem volt veszélyes sem magára, sem a betegtársakra. A szabályok viszont kiterjednek viselkedési normákra is. Egyik problémás terület esetünkben a pelenka és a széklet kérdése volt. A beteg több alkalommal felhívta magára a figyelmet, hogy nem szeretne pelenkát használni, illetve nem szereti, ha pelenkája nem tiszta. Egyik jelzése a legnyilvánvalóbb volt, amit viszont kevésbé tolerál az ápoló személyzet. A pelenka tartalma megjelent a kézen,

lepedőn, paplanon, ágyon. Terapeutájaként tudtam, és próbáltam mindenki-
vel megértetni, hogy ez a viselkedés csupán egy jelzés volt a fentiekre
vonatkozóan. De ez akkor sem tolerálható az ő esetében. Megpróbáltam
tehát az „esetet” DSZIT taktilis ingerlés elemeit segítségül hívva a páciens-
nek elmagyarázni, hogy ez nem megengedhető viselkedés. Fertőtlenítő
szerekkel, tusfürdővel, körömkefével, szivaccsal megtisztítottam a kezét.
Tettem ezt nagyon lassan, minimum fél óráig mostam, finoman
dörzsöltem, masszíroztam a kezét. Közben magyaráztam neki, hogy ezt
többet ne csinálja, ha problémája van, használja a nővérhívó rendszert.

Ha szenzoros terapeuta szemmel magyarázom a folyamatot, a kognitív
tréninget ebben az esetben összekötöttem a taktilis ingerléssel, illetve a
szag–illat élmény is jelen volt a folyamatban mint szenzoros inger.

9.4. És máris az agresszió kérdésénél tartunk. Az előbbi helyzet is az
agresszió egyik kifejezési módja volt véleményem szerint. De ennél sokkal
konkrétabban is megjelent a terápia során. Az első agresszív megnyilvánu-
lásával a tornateremben találkoztam. Már az előbbieken jeleztem, hogy a
beteg nem igazán fogadta a DSZIT terapeutát a tornateremi szituációban.
Egyik alkalommal labdázunk (gumilabdát dobáltunk, különböző
testhelyzetből indítva és fogadva a dobást), és a páciens úgy jelezte, hogy
befejezi a gyakorlatot, hogy szándékosan felém irányította a labdát, nagy
erővel indítva a dobást. Én jeleztem neki, hogy értettem, most
abbahagyjuk, de holnap folytatni fogjuk. A gyakorlat meggyőződésem
szerint nagyon hasznos volt, rengeteget fejlődött tőle a mozgáskoor-
dinációja, egyensúlya, reagáló képessége, térlátása, testen való tájékozó-
dási képessége, testközépvonal átlépése. És nem utolsó sorban kifejezhette
érzelmeit, jelen esetben negatív érzelmeit. Dobásába minden dühét
beleadta.

Következő nap újra folytattuk a terápiát, de már a logopédiai szobában.
A labdás gyakorlatot türelemmel végigcsinálta, de nem volt túl lelkes. Ezt
követően az anómia terápiába kezdtünk, mikor is a képanyagot lesöpörte az
asztalról, majd elvette a kisméretű tüskés labdát és nekem dobta erővel.
Mindent a földre hagytam és megkérdeztem, hogy haragszik-e valamiért?
Ő igen-t jelzett. Ekkor megszakítottuk a terápiát, új terápiás térbe vittem a
beteget, áttoltam az ergoterapiás szobába, bevontam az ergoterapeutát is a

gyakorlatokba, és megérttettem a pácienssel, hogy a gyógyuláshoz több érzelmi és fizikai aktivitásra lesz szükség.

Ezt követő napon nem vittem terápiára. Üdvözlöttük egymást, de másfél hónap elteltével ez volt az első nap, hogy nem kezeltem.

Ezt követő napon újra terápiára indultunk, ami mindeddig egy szó nélkül zajlott. Elsőként ujjaimmal számlálásba kezdtem, kértem, hogy utánozza mozdulataimat, majd elkezdtem formálni ajkaimmal az „egy” szót, mire a páciens hangosan: egy, kettő, három, négy, öt, hat, hét, nyolc, kilenc. Megszólalt. Hangosan, tisztán, érthetően. Június 9.-e óta most először, október 17-én.

Az agresszió, az érzelmi feszültség ebben a helyzetben oldódott fel, minden bizonnyal szükséges része volt épülésének.

10. Terápia

2014. szeptember 2-án került betegünk a Rehabilitációs osztályra. A következő terápiákba kezdtünk vele:

- **Mozgásszervi kezelés**
 - Légzési fizioterápia, légzőgyakorlatok
 - Mellkasi vibráció
 - Kimozgatása az érintett felső és alsó végtagnak
 - Aktív gyógytorna az erősebb oldal erősítésére
 - Járókorlát között állítás segítségével
 - Selectiv ingeráram az ellenoldali nyakizomzatra és facialisra
 - Járás kétoldali segítséggel
 - Masszázs
- **Ergoterápia**
 - Önellátó funkciók kialakulásának elősegítése
 - Gondolkodási képességek fejlesztése
 - Társas funkciók erősítése
 - Kéztorna

- **Logopédia**
 - Sérülés-specifikus aphasia terápia
 - Kognitív funkciók fejlesztése
 - Tradicionális artikulációs gyakorlatok
 - AAK, kommunikációs könyv készítése
 - Nyelés terápia
- **Szenzoros integrációs terápia**
 - Szenzoros alapú mozgás-rendellenességek kezelése
 - Poszturális zavarok kezelése
 - Test stabilitásának erősítése
 - Izomtónus és a mozgáskontroll adaptivitásának elősegítése
 - Egyensúlyozás
 - Testsúly finom áthelyezése
 - Felegyenesezési reakciók
 - Mozgásintolerancia kezelése
 - Diszpraxia kezelése
 - Mozgástervezés- szekvenciálás- és a kivitelezés problémájának a kezelése
 - Test elhelyezése a térben, viszonyítása a környezet tárgyaihoz, személyeihez
 - Időzítés, erőbefektetés adaptivitásának fejlesztése
 - Finommotoros manipuláció és az orális-motoros tevékenység rendezése
 - Új iránti érdeklődés felkeltése
 - Öltözködés, eszközhasználat gyakorlása

Az alábbiakban vázlatosan bemutatom, hogy hogyan indult terápiás tevékenységünk, koncentrálna a logopédiára és a szenzoros integrációs terápiára. Ezt követően egy hét terápiás folyamatát részletezem.

Terápiás cél a beteg önállóan indított mozgási képességének javítása, a nyelés, önálló étkezés kialakítása és a hangos beszéd elindítása.

A beteg hosszas gyakorlás után már fújni tud (papírgalacsint, sípot, szívószállal gumikesztyűt), de a kilélegzett levegőt hanggal nem tudjuk összekötni. Nyelvét szájtéren belül képes emelni, ajkát, mandibuláját 'á'

hang állásba képes mozdítani. Nyelés terápiában már képes rágni és nyelni, szilárd, kis darabos étrend. Spatula szorítással erősítjük az ajkakát, sípot, gumikesztyűt fújunk. Figyelem, egyensúly, logikai, puzzle, szókirakó játékok. Zenehallgatás mint szenzoros elem a terápiában. Beszédértés fejlesztése elengedhetetlen.

Az agraphia kezelése: Szavak másolása (graféma kimeneti lexikon erősítése). Másolás látencia után (5–10 sec.). Leírt szavak korrekciója. Szókirakás betűkből (esetleg disztraktor is). Szemantikai információk. A fonéma-graféma konverzió stimulációja: kulcs-szavak (a-alma, b-baba, c-cica). Az első graféma leválasztása, szegmentációja (alma-a).

DSZIT: Középvonal átlépése, egyensúly gyakorlatok, mozgáskoordinációs gyakorlatok, diszpaxia kezelése. Vizuális aktivációs terápia.

11. Terápiás folyamat: egy hét tevékenységeinek összefoglalása

Időpont: 2014. október 13.

Helyszín: logopédiai szoba.

Terápia formája: egyéni terápia

Terápia időtartama: 90 perc

1. Bevezető beszélgetés. Eldöntendő kérdésekkel válaszol hogylétével, családdal kapcsolatos kérdésekre.

2. Labdázás: plüss közepes méretű labda dobálása ülő helyzetben, egymással szemben. Labda fogadása bal kézzel, felülről, bal oldalon. Labda dobása ugyanígy. Majd labda fogadása alulról indított mozdulattal, bal kézzel, bal oldalon. Dobása ugyanígy. Majd labda fogadása felülről, bal kézzel, de jobb oldalon. Dobása ugyanígy. Ezt követően labda fogadása alulról, bal kézzel, jobb oldalon. Dobása ugyanígy. Labda dobása letről, bal kézzel, bal comb mellől indítva a mozdulatot, labda fogadása ugyanígy. Ezeket a dobásokat variáltuk többször egymás után. A mozgás elindítása a kezdetekben problémás volt, a gyakorlatot ott kezdtük, hogy a beteg képtelen volt elengedni a labdát. Eljutottunk odáig, hogy már megfigyelés után is tudta a mozgást indítani. Mindez megtörtént egy terápiás ülésen.

3. Az anómia terápiaja: Szemantikai terápia: Tárgykép identifikáció hallott szó után. Tárgykép identifikáció definíció alapján. Szemantikai disztraktor

megkeresése. Ellentétes jelentésű szavak megkeresése. Szemantikai döntések. Szemantikai-fonológiai terápia: Szókép-tárgykép azonosítás. Tárgykép identifikáció definíció alapján. Tárgykép azonosítás majd a szó hangos ismétlése (csak próba, de nem sikeres). Diktált szó leírása (csak másolás után sikeres), tárgykép azonosítás több képből. A szó hangos olvasása (nem sikeres a próba, terapeuta olvassa), majd tárgykép azonosítása. Hallott szó-tárgykép azonosítása, ismétlése (nem sikeres), majd leírása (másolás után). Fonológiai terápia, a megnevezés facilitációja egyelőre nem jön szóba. De próba minden alkalommal megtörténik.

4. Szavak kirakása betűkből mágnes táblán. A szavakat definíció alapján kapja, csak annyi betű áll rendelkezésére, ahány betű szükséges az adott szóhoz. Instrukció: „Rakd ki kérlek annak a tárgynak a nevét, aminek 4 kereke van és utazni szoktunk vele, te tudod vezetni, de nincs rá jogsid.” A szavakat az előbbi anómia terápiában szereplő 6 szó jelenti,

5. Tradicionális logopédiai előkészítő gyakorlatok. Pozíció-testtartás, abdominalis támasz. Izomerősítő gyakorlatok: a mandibula izmainak erősítése, az ajak izmainak erősítése, a nyelv izmainak erősítése. A fonatio terápia: hangadás gyakorlatok, légzésvisszatartás, a subglotticus nyomás erősítése. A resonantia terápia: fújó gyakorlatok. Vagyis tradicionális ajak- nyelvgyakorlatok, fújó gyakorlatok. Ajakzár erősítése spatulával.

6. Hangadás próba. Nem sikeres. (Körülbelül 3 próbálkozás minden alkalommal.)

7. Nyelés terápia. Banán harapása, rágása, nyelése. Megfelezzünk egy banánt, ő letöri a felét. Másik felén én bemutatom, hogyan harapjuk le, bemutatom a rágást, majd lehajtott fejjel a nyelést. Kérem, hogy figyelje meg. Majd a páciens következik, én figyelem, instruálok. Ezt követően ellenőrzöm, hogy nem maradt-e a falat a szájában. Mindezt folytatjuk, a biztonságos nyelés eléréséig.

8. Terápia zárása. Megköszönöm az együttműködést, megsimítom karját. Lifttel megyünk a szobába, liftben mögötte állok, segít az elhelyezkedésben, már lábát spontán leteszi, jobb lábát térdben hajlítja, így beférünk a liftbe. Mikor segít az elhelyezkedésben, jutalom egy rövidke, 1 emeletnyi nyakmasszázs, mire ő mosolyog és emeli a fejét.

Időpont: 2014. október 14.

Helyszín: kórház udvara, tornaterem

Terápia formája: egyéni terápia

Terápia időtartama: 90 perc

1. Ebédlőből udvarra kimegyünk, előtte melegítő felsőt felvesszük kerekesszékekben. A beteg segít dőléssel, karja bedugásával.
2. A környezet elemeinek megfigyelése, auditív verbális megértés feladatok: „Mutass padot! Mutass asztalt! Hol a kerítés? Hol látsz hulló falevelet? Stb.”
3. Szaglási képesség megtartottságának ellenőrzése: ecet, kávé, kömény, fahéj, kakaó stb. szaglás után szóképek kiválasztása. A gyakorlat kivitelezése sikeres.
4. Majd a beteget csoporttornára viszem. Ezt követően ülünk egymással szemben, gumilabdát dobálunk három testhelyzetből indítva a dobást. Átléptük a testközépvonalat. A beteg egy idő után erővel nekem dobja a labdát, jelezve, hogy elég volt. Majd járatás közben kiabál, veszekszik (artikulálatlan hangon), amiért figyelmeztetjük, hogy emelje fel a fejét.

Időpont: 2014. október 15.

Helyszín: logopédiai szoba, ergoterápiás helyiség

Terápia formája: egyéni terápia

Terápia időtartama: 90 perc

1. Beszélgetés. Stabil testhelyzet felvétele, gravitációval való küzdelem (kerekesszékből való kicsúszás megelőzése).
2. Artikulációs gyakorlatok. Lásd előzőekben részletezve.
3. Anómia terápiaja. Lásd előzőekben részletezve.
4. Gyakorlat kisméretű tüskés gumilabdával. A továbbiakban lásd a IX. 4. pontban az agresszió témakörnél kifejtve. A beteg kiabál velem, a terápiát berekesztjük.

Időpont: Október 16.

Üdvözöltem a beteget, de nem vittem mai napon terápiára.

Időpont: 2014. október 17.

Helyszín: logopédiai szoba

Terápia formája: egyéni terápia

Terápia időtartama: 90 perc

1. Beszélgetés, ki hány évet dolgozott és hol élt eddig. Számoltuk az éveket.

2. Megkértem, hogy számláljunk együtt. És elindultak a beszédautomatizmusok számlálással. Először halkán, suttogva, majd 1-től 9-ig hanggal hangoztatta a számokat. Majd a hét napjait soroltuk el, le is írtam mind a számokat, mind a napokat, felsorolás közben ujjával kísérte a papírlapon.

3. Anómia terápia: utánmondás fázisában a szavakat utolsó szótaggal befejezi.

4. Szakmák bemutatása, megnevezés után a képet megmutatta. A szakma specifikumát mutogatjuk is kezünkkel.

5. Vizuális aktivációs terápia: vasaló, fűrés, festőhenger, bot. A tárgyak kiválasztása funkció elmutogatása alapján. Majd tárgy megmutatása megnevezés után. Ezt követően szókép tárgy-egyeztetés. Majd a beteg mutogatja el a tárgyak funkcióját. Az apraxia oldódik, egyre kifejezőbben mutogatja el a várt funkciókat.

6. Újra számlálás és hét napjainak elsorolása.

A beteg ezen a napon szólalt meg először június 9.-e óta. Mosolygott hangja hallatán, boldogság jelent meg az arcán.

A fentiekben egy hét programját mutattam be vázlatosan, természetesen a mintegy 3 hónapja zajló terápián, sok egyéb mellett, nagy szerepet kapott még a testen való tájékozódás fejlesztése. Testrészek megérintése, megnevezésre megmutatása, majd önálló megnevezése. Egyensúly gyakorlatok állítás, járatás közben. A test pozicionálásában hárman veszünk részt, a gyógytornász egyik oldalán tartja, a beteghordó másik oldalán, én pedig szemben vele, szemkontaktussal, verbális instrukcióval segítve a páciens.

A talajra való fektetésre egyszer tettem kísérletet, a passzív tornáztatás, majd a nagyobb aktivitást igénylő testhelyzeti pozíció megtartása többnyire sikeres volt, de ezt követően 3 ember volt ahhoz szükséges, hogy a páciens visszategyük a kerekesszékekbe. Az újabb próbálkozást erre a tevékenységre T. M. határozottan elutasította.

3 hónap telt el a beteg felvételétől számítottn. Elindultunk a teljes mozgásindítási képtelenségtől, PEG-en keresztül történő táplálástól, beszédképtelenségtől. 3 terápiás hónap elteltével T. M. önállóan eszik mindenfajta konzisztenciájú ételt és önállóan inni is képes aspiráció nélkül,

a PEG-et eltávolították, amihez a páciens maga írta alá a beleegyező nyilatkozatot. Kétoldali segítséggel 3 pontos bottal kb. 30 m-t megtesz. Szavakat, mondatokat utánmond, beszédautomatizmusok kivitelezésére képes, spontán szavak beszédsszituációban megjelennek. Broca aphasiája közelít a transcorticalis motoros típusú aphasiához. Motoros tervezési és kivitelezési zavara enyhül, önállóan mozdulatsort képes elindítani, végrehajtani.

A SZIT kivitelezése esetünkben nem határozott keretek között történt, ennek legfőbb oka maga a választott eset volt. Amennyiben DSZIT terápiába kezdünk a logopédiai terápiában is próbáljuk a szemléletet módosítani, például egy hagyományos anómia terápia alkalmával a feladat közben a páciens testhelyzetére, fejtartására is figyeljünk.

Összefoglalva elmondható, hogy a szenzoros integrációs terápia eredményes volt esetünkben, mindenképpen alkalmasnak találom agysérült betegek kezelésére, illetve fontosnak tartom a terápia adaptálását erre a területre. Nagy szükség van a DSZIT-re az egészségügyben, de csakis abban az esetben, ha a terapeutának lehetősége van szupervízióra.

Irodalomjegyzék

- Ayres, A. Jean (1972): General Principles and Methods of Intervention. In: Sensory Integration and Learning Disorders. Western Psychological Services, Los Angeles, Chapter 9. 113–133.
- Ayres, A. Jean (1972): Disorder in Postural and Bilateral Integration. In: Sensory Integration and Learning Disorders. Western Psychological Services, Los Angeles, Chapter 10. 134–164.
- Ayres, A. Jean (1972): Developmental Apraxia. In: Sensory Integration and Learning Disorders. Western Psychological Services, Los Angeles, Chapter 11. 165–189.
- Ayres, A. Jean (1972): Sensory Integration and the Child. In: Sensory Integration and Learning Disorders. Western Psychological Services, Los Angeles, Chapter 1. 1–25.
- Varga I., Kulcsár Zs. (1991): Szenzoros integrációs eljárások, elsősorban a vestibuláris stimulációs módszerek elméleti alapjai. Segédanyag a Szenzoros integrációs terápiák tanfolyamhoz. Kézirat.

- Szabó E. (2011): Nyelvi zavarok alternatív kezelése. In: *Generációk és nézőpontok*. Szerk: Jenei Teréz, Margitics Ferenc. Nyíregyháza, 201–217. ISBN 978 615 5077 03 6
- Czurkó M., Czurkó S., Szabó E. (2013): Vascular Neurosurgery: Treatment and outcome of malignant media occlusion: case report. In: V. Ukrainian Congress of Neurosurgeons. Ed. Uzhhorod National University, Ukrainian Congress of Neurosurgeons, Ungvár, 36.
- Szabó E. (2007): Az afázia csoportterápiás kezelése. In: *Beszédgyógyítás* 18 (1), 29–58.
- Kiesling, U. (2014): Szenzoros integrációs terápia mint dialógus. Medicina Kiadó, Bp., ISBN 978 963 226 483 7
- Symington, J. and N. (1999): Wilfred Bion klinikai munkássága. Animula Kiadó, Bp. ISBN: 963408115
- Wambaugh, J. (2006): Treatment Guidelines for Apraxia of Speech: Lessons for Future Research. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*. Volume 14, Number 4, pp. 317–321. Copyright © 2006 Delmar Learning, a division of Thomson Learning, Inc.
- Wambaugh, J., Duffy, J., McNeil, M., Robin, D., Rogers, M. (2006): Treatment Guidelines for Acquired Apraxia of Speech: A Synthesis and Evaluation of the Evidence. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*. Volume 14, Number 2, pp. XV-XXXIII. Copyright © 2006 Thomson Delmar Learning. Thomson and Delmar Learning are trademarks used herein under license.
- Wambaugh, J., Duffy, J., McNeil, M., Robin, D., Rogers, M. (2006): Treatment Guidelines for Acquired Apraxia of Speech: Treatment Descriptions and Recommendations. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*. Volume 14, Number 2, pp. XXXV-LXVII. Copyright © 2006 Thomson Delmar Learning. Thomson and Delmar Learning are trademarks used herein under license.
- Osmánné Sági Judit (1997): Az afáziák neurolingvisztikai alapjai. Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp.
- Morgan A., Helm-estabrooks, N. (1987): Back to the Drawing Board: A treatment program for nonverbal aphasic patients. In: R. H. Brookshire (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference Proceedings*. Minneapolis, MN: BRK.
- Marshall, Robert C. (1999): Introduction to Group Treatment for Aphasia: Design and Management. USA: Butterworth–Heinemann.
- Holland, A. L., Frattali, C., Fromm, D. (1999): *Communication Abilities of Daily Living*, Second Edition. Pro-Ed.

- Helm-Estabrooks, N., Albert, M. L. (1991): Manual of Aphasia Therapy. Pro.Ed., Austin, Texas. 78758.
- Helm, N. A. Benson, D. F. (1978): Visual Action Therapy for global aphasia. Paper presented at the annual meeting of the Academy of Aphasia, Chicago.
- Mészáros Krisztina, Hacki Tamás, Varga Zsuzsa (2005): Az oropharyngealis dysphagia (nyelészavar) komplex kezelése. In: LAM-TUDOMÁNY-TOVÁBBKÉPZÉS 15 (4), Összefoglaló közlemény. Bp., 187–191.

Melléklet

1. melléklet (Saját forrás)



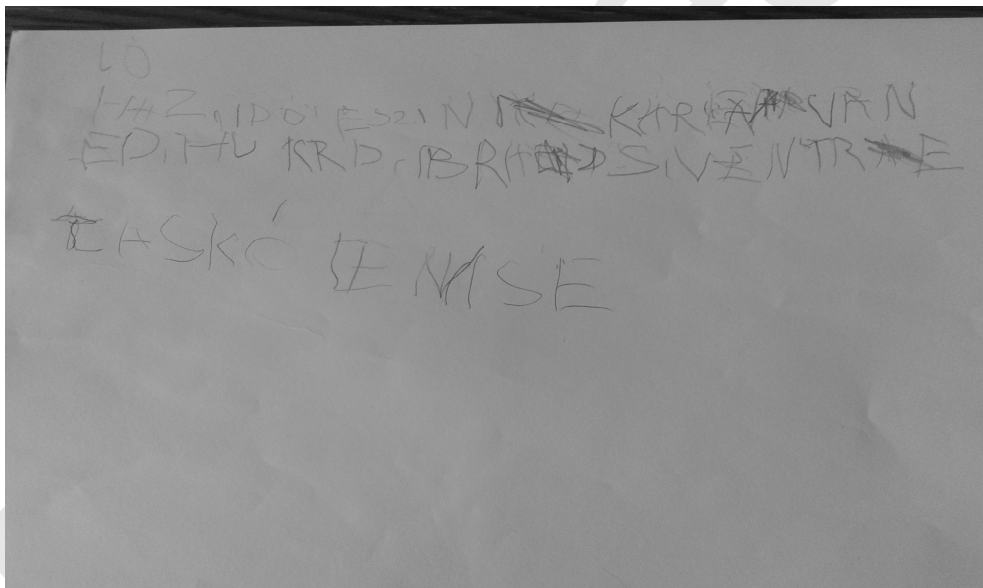
2. melléklet (Saját forrás)



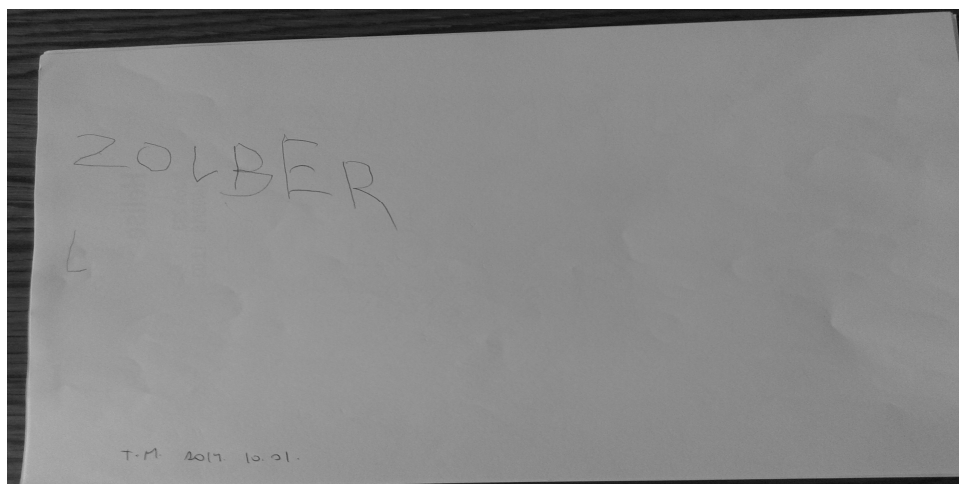
3. melléklet (Saját forrás)



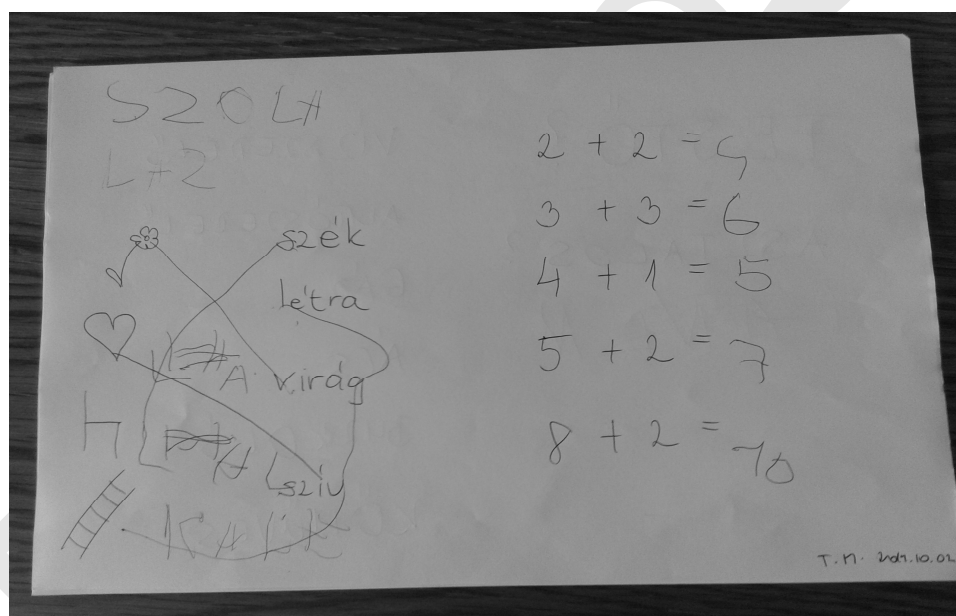
4. melléklet (Saját forrás)



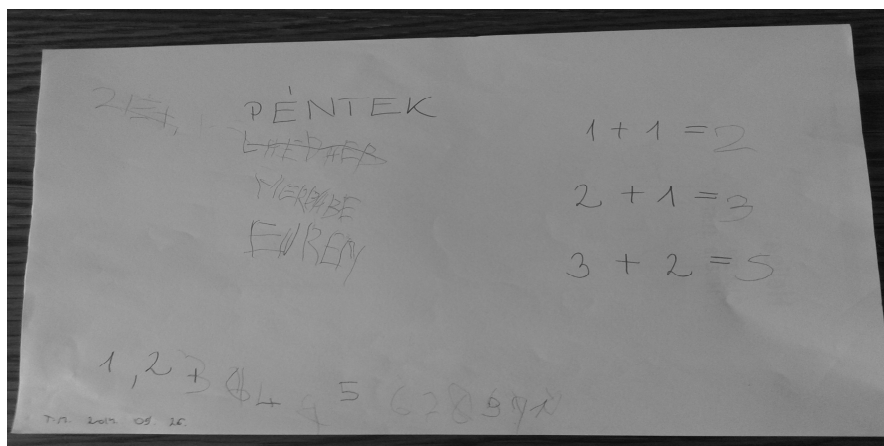
5. melléklet (Saját forrás)



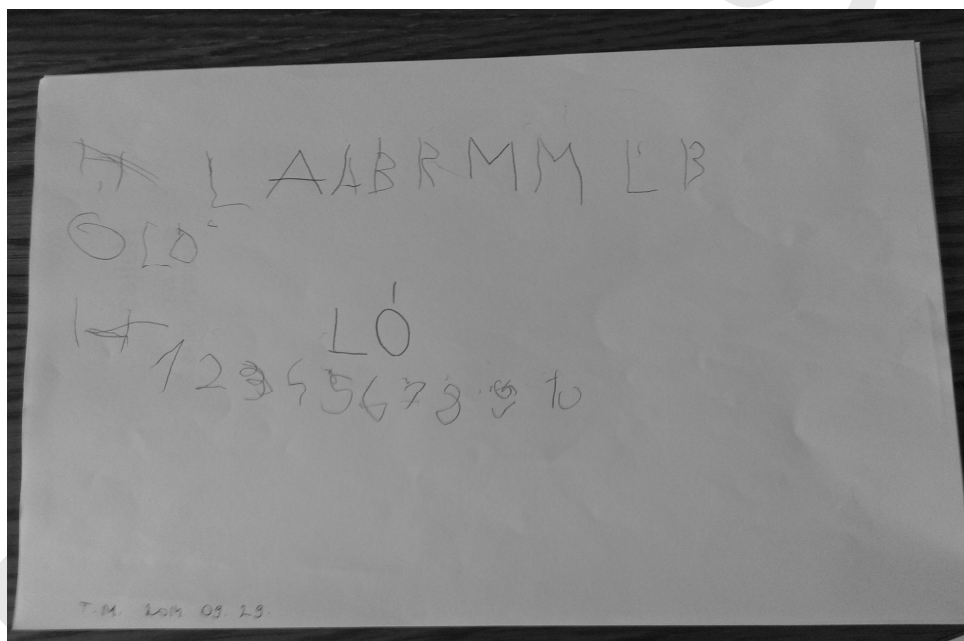
6. melléklet (Saját forrás)



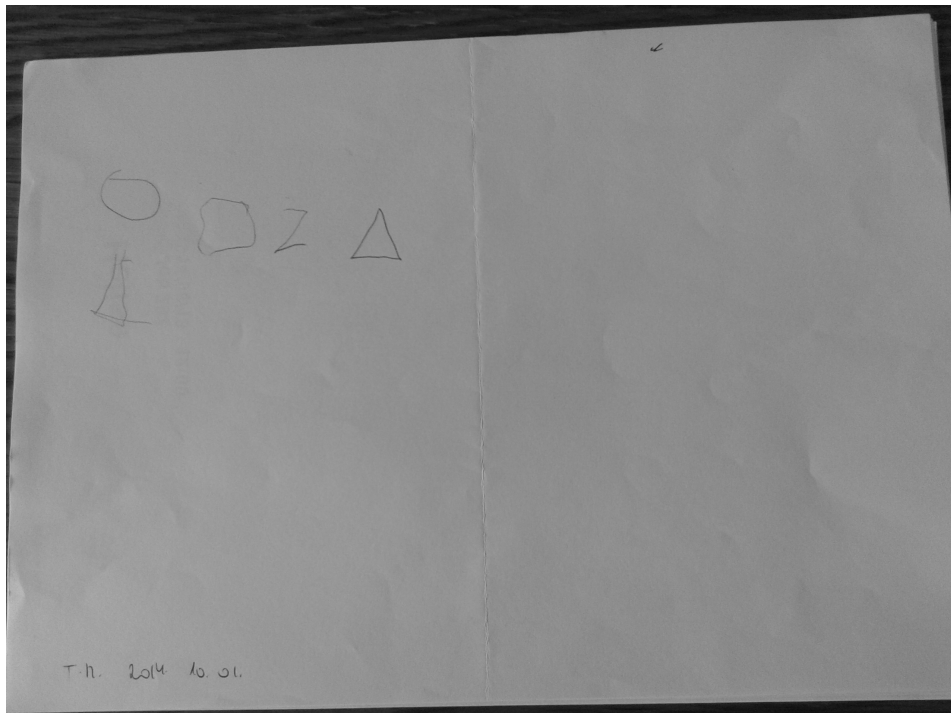
7. melléklet (Saját forrás)



8. melléklet (Saját forrás)



9. melléklet (Saját forrás)



A VERBÁLIS MUNKAEMLÉKEZET ÉS A FONOLÓGIAI TUDATOSSÁG VIZSGÁLATA TANULÁSI ZAVARRAL VESZÉLYEZTETETT GYERMEKEKNÉL

Dankovics Natália¹

Bevezetés

Napjainkban a tanulási zavarok jelenségköre egyre nagyobb hangsúlyt kap a gyógypedagógia elméletében és gyakorlatában, csakúgy, mint a neuropszichológiai kutatásokban, mind pedig az oktatáspolitikában és a jogi szabályozásban. A kórkép rendkívül összetett, a tanulási zavarok tüneti megjelenése a különböző képességterületeken rendkívül sokszínű. A tanulási zavar gyanújelei már az óvodáskorban megjelenhetnek, de a tanulási zavarok diagnosztizálása csak akkor lehetséges, ha a gyermek megfelelő szintű általános iskolai oktatásban vett részt, s így bebizonyosodott, hogy – gyaníthatóan részképesség-zavarai miatt – képtelen az iskolai követelmények teljesítésére (Gyarmathy 1998, 1998a). Következésképp a diagnosztizálásra csak az általános iskola 3–4. osztályában kerülhet sor. Amennyiben a tanulási zavarra veszélyeztetett gyermekeket a környezetük észreveszi, megfelelő megelőző terápiához juthatnak, amely által a probléma elsődleges tünetei csökkenthetők, a másodlagos, magatartásban megjelenő tünetek pedig elkerülhetők. A megfelelő megsegítés, terápia kiválasztásához azonban szükség van a problémák oki hátterének tisztázására.

A tanulási zavarok mögött sok esetben az egyes részképességek zavara húzódik meg (Sarkady–Zsoldos 1992/1993, Vargáné Mező 2009). Jelen tanulmány két olyan kognitív funkció vizsgálatát tűzi ki célul, amelyek fontos szerepet töltenek be a tanulási folyamatokban, s amelyekről a szakirodalmi adatok alapján feltételezzük, hogy a tanulási zavarra veszélyeztetett gyermekeknél gyengébben működnek, mint az ép tanulási képességgel rendelkezőknél. E funkciók egyike a verbális munkaemlékezet (Racsmány 2004, Baddeley 2005), amely a beszédszerű információk

¹ Dankovics Natália – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; dankovicsnatalia@gmail.com

feldolgozásában játszik fontos szerepet, s bizonyos működési feladataiban erősen terheli a feldolgozó és végrehajtó kognitív területeket, ezek közül is a figyelmi-koncentrációs képességet. A másik kognitív funkció a fonológiai tudatosság képessége (Lőrincz-Kászonyiné Jancsó 2009, Tóth 2002). Kutatások igazolják, hogy e képesség megfelelő fejlettsége elengedhetetlen feltétele az olvasás és az írás elsajátításának (Jordanidisz 2009).

Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, vajon különbözik-e a tanulási zavarra veszélyeztetett gyermekek verbális munkaemlékezeti, valamint a fonológiai tudatosságot mérő feladatokban nyújtott teljesítménye az ép tanulási képességű gyermekekétől. Arra is kíváncsiak voltunk, hogy a tanulási zavarra veszélyeztetett gyermekek általunk kiválasztott két csoportjánál – azoknál, akiknél a nyelvi képesség zavara, illetve azoknál, akiknél a figyelmi és koncentrációs képesség zavara a vezető tünet – disszociál-e a verbális munkaemlékezeti és a fonológiai tudatosságot mérő próbák eredménye, illetve ezek részpróbáinak eredményeiben van-e különbség attól függően, hogy az adott feladat végrehajtásához mely kognitív funkciókat kell mozgósítani.

Feltételezzük, hogy jelen felmérés keretében

1. A tanulási zavarra veszélyeztetett gyermekek a különböző kognitív funkciók deficitje miatt minden feladatban rosszabbul teljesítenek, mint az ép tanulási képességű gyermekek.
2. A tanulási zavarra veszélyeztetett gyermekek közül a dominánsan nyelvi zavarral küzdő gyermekek a fonológiai tudatosság feladatsorában és a verbális munkaemlékezeti feladatsor betűfluencia feladataiban egyértelműen rosszabb eredményt érnek el, mint a dominánsan figyelemzavarral küzdő gyermekek, mivel előbbi csoportnál a vezető tünetek közé tartozik a fonológiai reprezentációk deficitje, illetve a fonológiai tudatosság elmaradása. várunk.
3. A figyelemzavarral küzdő gyermekek teljesítménye viszont a munkaemlékezeti próbák kategóriafluencia feladataiban lesz jóval gyengébb, mint a nyelvi zavarral küzdőké, mivel ezek a feladatok jelentős részben terhelik a munkaemlékezet központi végrehajtó modulját, amelynek inkább tulajdonítunk észlelési-figyelmi funkciókat, semmint emlékezetieket.

2. A tanulási zavar

A tanulási problémák sokféle formában jelentkezhetnek. Ezek elsősorban a probléma fennállásának időtartamában illetve a tünetek súlyosságában különbözhetnek. Ennek megfelelően a szakirodalom a tanulási problémák három alapvető formáját különbözteti meg: a *tanulási nehézséget*, a *tanulási zavart* és a *tanulási akadályozottságot* (Vargáné Mező 2009, Mesterházi 1998, Gaál 2000).

2.1. A tanulási zavar fogalmának meghatározásai a szakirodalomban

*Tanulási zavar*on általában egy vagy több részképesség zavarán alapuló, átlagos vagy átlag feletti intelligencia szint mellett fennálló, súlyos és tartós tanulási problémát értünk, melynek rendezése illetve enyhítése gyógypedagógus szakember közreműködését igényli. Ennek hiányában hosszú távon akár tanulási akadályozottság is kialakulhat. A tanulási zavar fogalmának értelmezése a szakirodalomban nem egységes, az alábbiakban a legfontosabb meghatározásokat ismertetjük.

A tanulási zavar kifejezést egy különböző képességhiányokkal küzdő, heterogén csoport összefoglaló megnevezésére használjuk. A fogalom *Samuel Kirk*től ered (id. Gerebenné 1996, Vargáné Mező 2009). Kirk szakít az addigi orvosi szemlélettel, amely a tanulási képesség zavarait minden esetben az agy manifeszta sérüléseivel hozza kapcsolatba. Felismeri, hogy míg az értelmi fogyatékosoknál általánosan gyenge mutatókat találunk, addig a tanulási zavarral küzdő gyermekek csak bizonyos képességterületeken gyengék, intelligencia-profiljuk meglehetősen kiegyenlítettlen képet ad (id. Gyarmathy 1998). *Cruickshank* megfogalmazásában a tanulási zavar hátterében a központi idegrendszer valamely pontosan meg nem határozható működési zavara áll. A probléma a korai fejlődés megkésésében, illetve bizonyos kognitív területek atipikus fejlődésében jelenik meg. A zavar negatívan befolyásolhatja az átlagos vagy átlag feletti intelligenciájú gyermekek tanulási teljesítményét (Cruickshank, id. F. Földi 2004, Gerebenné 1996). *Gaddes* szerint egy gyermeknél akkor állapítható meg tanulási zavar, „ha a környezetében (iskolai kerület, tartomány, állam, ország) hivatalosan elfogadott formula alapján megítélt tanulási kvóciense a hivatalosan megjelölt pontérték (határérték) alá esik.” (Gaddes, id. Gerebenné 1996, 223.) *Ayres* a tanulási zavarokat a szenzoros integráció

folyamatának zavaraként értelmezi. Ilyen esetben az agyi összerendező-feldolgozó folyamatok elégtelenül működnek, az agy és az érzékszervek funkcionális együttműködése sérül. A diszfunkció az olvasás, az írás, a számolás, a viselkedés zavarában nyilvánul meg, így hiperaktivitásban, szorongásban, illetve a szenzomotoros funkciók elégtelen működésében jelentkezik. (Ayres, id. Gerebenné 1996)

A hazai szakirodalomban *Sarkady Kamilla és Zsoldos Márta* meghatározásában „tanulási zavarnak tekintjük azt az – intelligenciaszint alapján elvárhatónál lényegesen – alacsonyabb tanulási teljesítményt, amely neurológiai deficit vagy funkciózavar talaján jön létre, sajátos kognitív pszichológiai tünetegyüttessel. Ezek a részképeség-zavarok alapvetően nehezítik az iskolai tanulás során az olvasás, írás és/vagy matematika elsajátítását. A teljesítménykudarok másodlagos neurotizációhoz vezetnek. A tanulási zavar a legkorábbi időszakban alakul ki, és tünetei felnőttkorban is fellelhetők. Kognitív és tanulási terápiával jól befolyásolható. Társuló tünetként megjelenhet enyhe értelmi fogyatékoságnál, érzékszervi sérülésnél és beszédhibáknál. Ezekben az esetekben is (specifikus) tanulási zavarról beszélünk.” (Sarkady–Zsoldos 1992/1993, 265.) *Palotás Gábor* a tanulási zavarokat parciális teljesítményzavarokként értelmezi (Palotás, 2003). Az érintett gyermekek ép intellektusuk és érzékszerveik ellenére, a többiek számára megfelelő oktatási módszerek mellett, feltűnő elmaradást mutatnak egy vagy több kognitív képességterületen. A parciális teljesítményzavarokat – vagyis részképeség-zavarokat – a következő típusokba sorolja:

- auditív részképeség-zavarok,
- túlnyomóan vizuális részképeség-zavarok, melyek gyakran a finommotorika, különösen a grafomotorika zavaaraival járnak együtt,
- a tér-helyzet-működés előtérben lévő zavara vagy taktilis-kinesztéziás részképeség-zavar,
- a programszabályozás vagy a kivitelezés zavarai.

Vargáné Mező Lilla (2009) a tanulási zavar három fő *kritériumaként* az alábbiakat jelöli meg: a) a tanulási képesség és a tanulási teljesítmény eltérése, b) a megismerő funkciók zavara, és c) a sajátos magatartás, így például a kontrollképesség hiánya, emocionális labilitás és a hiperaktivitás. A hiperaktivitást illetően fontos megjegyezni, hogy Gyarmathy Éva (1998)

arra hívja fel a figyelmet, hogy az ún. ADHD-szindrómát (hiperaktivitás és figyelemzavar) el kell különíteni a tanulási zavaroktól, amennyiben az előbbit inkább orvosi-pszichiátriaként kezeli a szakirodalom (Chase–Tallal, 1992).

Végül *Gerebenné* meghatározása szerint: „A tanulási zavar olyan multi-kauzális etiológiájú jelenségek gyűjtőfogalma,

- amelyek az egyénen belüli nagyfokú intraindividuális különbségeket jelölnek egy adott életkorban, egy adott értelmi szint mellett;
- amelyek túlnyomóan a fejlődés korai szakaszaiban, a pszichikus funkciók eltérő fejlődésének következtében, és
- súlyosság, tünetek és prognózis szempontjából különböző, időszakos, átmeneti vagy maradandó képességzavarok formájában alakulnak ki;
- manifesztációjuk a szociális-társadalmi elvárások hatására a későbbi fejlődés, főként az óvodáskor és iskoláskor időszakában, a beszéd-, a mozgás-, a rajz-, a magatartási és az iskolai tanulási teljesítményekben – olvasás, írás, számolás – mutatkozik meg, és
- másodlagos pszichés tünetek kialakulását eredményezheti.” (Gerebenné, 1996, 238.)

A fenti definíciók mindegyikében közös, hogy 1) a tanulási zavarokat az idegrendszer működési deficitjeként értelmezik (vagyis nem az agyi struktúrák organikus sérülését feltételezik), valamint 2) kiemelik, hogy a tanulási zavarral küzdő egyéneknél nem általános kognitív elmaradásról, hanem az egyes pszichikus funkciók zavarának változatos megjelenéséről van szó.

2.2.A tanulási zavarok tünetei, a veszélyeztetettség gyanújelei

A tanulási zavarok szindróma sokféle tinnettel jelentkezhet (Gyarmathy, 1998a). Legszembetűnőbbek a *figyelem zavarából* eredő viselkedésjegyek, melyek már óvódás korban jelentkezhetnek: a gyermek figyelmetlen, a gondolatai elkalandoznak, elkészített munkái rendetlenek, mozgása ügyetlen. Szintén a figyelemzavar következménye az ingadozó teljesítmény, a belső rendezetlenség, emocionális bizonytalanság. Jellemzőek a kusza, piszkos rajzok, kézi munkák, a rajzszint elmaradása, esetenként a rajzolás elutasítása.

A mozgás terén már kisgyermekkorban megfigyelhető a *koncentrációs képesség gyengesége*. A *mozgás összerendezetlen*, ügyetlen, a gyermek alapvető térbeli viszonyokat nem tud fölmérni, bonyolultabb mozgáskompozíciókat nem tud kivitelezni, botladozik, esékeny. Jellemző a *nagy- és finommozgások koordinációjának fejletlensége*, amelynek másik oka az *egyensúly-érzékelés és a propiocepció zavara*, valamint a *bizonytalan testséma*. Ez utóbbi azt jelenti, hogy a gyermek rosszul tájékozódik a saját testén, aminek következménye a *téri tájékozódás zavara*. Ez a deficit az iskolába lépéssel kihat a tanulási teljesítményre is, így nehézségekbe ütközik az írás, az olvasás és a számolási műveletek elsajátítása. A finommotoros koordináció gyengesége legfeltűnőbben a helytelen ceruzafozásban fog megjelenni. Az íráskép rendetlen, a vonalvezetés, a betűelemek alakítása bizonytalan, a betűk mérete egyenetlen.

A motoros képességek zavarához *percepció deficitek* is társulnak, így az alakfelismerés, az alak-háttér megkülönböztetés, a rész-egész észlelés és az ingerek közötti térbeli, időbeli összefüggések észlelésének zavara. Az *emlékezeti funkciók* közül mind a hosszú távú memória mind a munkamemória kapacitása gyenge lehet, s ez a teljesítménycsökkenés érinti mind az akusztikus, mind a vizuális modalitást.

Rendszerint a *nyelvi képességdeficit* is megjelenik a tanulási zavar szindróma tünetei között. Elsőként az artikuláció zavarai tűnnek fel, és a diffúz diszlália mellett a gyermek gyakran produkál roncsolt szavakat. Jellemző lehet a gyenge szókincs, a diszgrammatizmusok, a mondatalkotás nehézsége, esetenként a kommunikáció általános és konzekvens kerülése. A gyermek nem szívesen tanul mondókákat, verseket, kerüli a nyelvi játékokat (pl. rímfaragás, szóláncok, kiszámolós játékok). E tünetek mögött a hallási figyelem fejletlensége áll. Ez a beszédhangok differenciálásának illetve analizálásának zavarával együtt a *beszédeszlelés és a beszédértés elégtelenségét* eredményezi. Iskoláskorban feltűnő a szótagolás, a szavak hangokra bontásának, a hangok differenciálásának nehézsége. Az olvasásban és az írásban gyakori a hasonló betűk összetévesztése. A gyermek nem ismer föl betűket, ha azok a megszokottól eltérő nagyságúak vagy színűek, írásban hiányosak a betűformák, gyakori az ékezetek elhagyása, szavak, betűk kihagyása. Sokszor fordul elő a betűk, szótagok fölcserélése, a szóközök és sorközök be nem tartása mind az írásban, mind az olvasásban.

Gyakori az *amuzikalitás és a ritmusérzék gyengesége*. Emiatt a gyermek nem érzékeli az anyanyelv természetes zeneiségét, s ez rendszerint problémát okoz kezdetben a szótagolásnál, később pedig jelentős helyesírási zavarhoz vezet (Marton-Dévényi, 2001).

Másodlagos tünetként megjelenhetnek figyelemfelhívó jellegű magatartászavarok: ha a gyermek túl élénk, állandóan bohóckodik; ha agresszív, romboló, esetleg autoagresszív viselkedést mutat; s a legveszélyesebb, mert nem tűnik föl, a visszahúzódó, csöndes, introvertált viselkedés, amely mögött a kommunikáció, az emocionális élet és a szociális képességek zavara áll (Gyarmathy, 1998a).

2.3.A tanulási zavarok osztályozása

A tanulási zavarok rendkívül változatos tünetegyüttesekben jelentkezhetnek. A diagnosztizálás és terápia megkönnyítése végett a kutatók különböző szempontok szerint próbálták meg a tanulási zavarok egyes típusait kialakítani. Shafir és Siegel (1994) összegző munkájában a tanulási zavarral küzdőket nyelvi és nem nyelvi, illetve az iskolai teljesítmény jellege szerint diszlexiás, diszkalkúliás és diszlexiás-diszkalkúliás csoportokba sorolják. Vizsgálatukban megállapították, hogy az iskolai teljesítményben megjelenő zavarok (diszlexia-diszgráfia, diszkalkúlia) alkotta csoportok önmagukban homogének, egymástól azonban jelentősen különböznek.

Gerebenné (1996) a tanulási zavarokat etiológiai alapon osztályozva három fő csoportot ír le: Az első csoportba a *neurogén tanulási zavarok* vagy *részképesség-zavarok* tartoznak. Ezek a központi idegrendszer funkciózavarainak következtében jönnek létre, s érinthetik a tanulás folyamatában résztvevő egyes részfunkciókat, illetve a folyamat különböző szerveződési szintjeit. Annak alapján, hogy a probléma mely teljesítményekben jelentkezik dominánsan, jól elkülöníthető típusai a fejlődési diszlexia, diszgráfia és diszkalkúlia, a diszfázia, a diszpraxia és a centrális diszlália, valamint a hiperaktivitás, illetve a figyelem és az emlékezet zavarai. Ezek a típusok különféle módokon kombinálódhatnak is. A második csoportot a korai életszakaszokban elszenvedett környezeti ártalmak következtében kialakult *pszichogén tanulási zavarok* képezik. Ezekben a kórképekben elsősorban az emocionális élettől, a motivációval és az

alkalmazkodó viselkedéssel összefüggésben jelennek meg az iskolai teljesítmény zavarai. A harmadik csoportba az ún. *poszttraumás tanulási zavarok* tartoznak.

Vargáné Mező Lilla (2009) a tanulási zavarokat három csoportra különíti el. A *részképesség-zavarokra* a kognitív rendszer – vagyis a percepció, a figyelem, az emlékezet és a gondolkodás zavara, illetve az ezekből következő teljesítményzavarok, valamint a motorikus funkciók zavarai, köztük az izomtónus, a nagy- és finommozgások, a bizonytalan testséma, a lateralitás, illetve a téri orientáció zavara is, valamint a cselekvés tervezésének és irányításának zavarai jellemzők. Vargáné ebbe a típusba sorolja a hiperaktivitást is. A *komplex tanulási zavarok* közé a diszlexia, a diszgráfia és a diszkalkúlia kórképe tartozik, a harmadik típusba pedig *a viselkedés, az énkép és az önértékelés terén kialakult zavarokat* helyezi a szerző.

A BNO-10 (2004) a tanulási zavarokat a viselkedési és pszichikus funkciók fogalmi keretében írja le. Az első csoportban a nyelvi- és beszédképesség körülírt zavarai jelennek meg (artikulációs zavarok illetve az expresszív és a receptív beszéd zavarai, F80 kezdetű kóddal), a másodikba az iskolai teljesítmény körülírt zavarai tartoznak (diszlexia, diszgráfia és diszkalkúlia, F81 kezdetű kóddal), a harmadik csoportot pedig a mozgásteljesítmény körülírt zavarai (diszpraxiák, F82 kezdetű kóddal) alkotják.

2.4. A tanulási zavarra veszélyeztetett gyermek

Tanulási zavart illetve részképesség-zavart természetesen csak azután lehet diagnosztizálni, hogy a gyermek megfelelő szintű általános iskolai oktatásban vett részt. Csak az a gyermek nevezhető tanulási zavarral küzdőnek, aki a normális, átlagos, a többség számára megfelelő iskolai oktatás körülményei között nem tudja elsajátítani az olvasás, az írás és a számolás képességét, s ez a hiányosság súlyosan és hosszútávon kihat az iskolai tanulási teljesítményére (Gyarmathy, 1998a). Éppen ezért tanulási zavarról óvodáskorban és az általános iskola első két osztályában nem beszélünk. Ezzel együtt fontos, hogy a környezet – a szülő, a pedagógus, a szakember – mielőbb fölfigyeljen arra, ha a gyermeknél valamely részképesség területén elmaradás vagy fejlődési hiányosság mutatkozik, mert

ebben az esetben a gyermek veszélyeztetett lehet a tanulási zavarok kialakulására.

3. A verbális munkaemlékezet

3.1. A munkaemlékezet szerepe és fölépítése

A pszichológia és minden olyan tudományterület, ahol az emlékezet mint kognitív rendszer a kutatások, vizsgálatok tárgyát képezi, legelterjedtebben a *Baddeley-féle memóriarendszert* veszi alapul (magyar nyelven: Baddeley, 2005), amelynek fontos eleme a *munkaemlékezeti komponens* (working memory), mely átmenetileg, néhány másodpercig őrzi meg az emléknymokat.

A munkamemória-hipotézis abból a széles körben elfogadott nézetből jött létre, miszerint a rövid távú emlékezet nem csak egyszerű emlékezeti tárként működik, hanem különböző kognitív feladatok – például megértési, következtetési feladatok – megoldásában is segítkezik, az információk átmeneti tárolása és manipulálása által (Atkinson – Shiffrin, id. Baddeley 2005). A Baddeley- és Hitch-féle több alrendszerre bontott modell ötletét az a kísérleti eredmény adta, hogy a számterjedelmi feladatban a 3–6 elemű számsor megőrzésével párhuzamosan végzett más jellegű kognitív feladat nem indukált drasztikus hanyatlást az alapeladat teljesítményében (id. Baddeley, 2003, 2005, Racsmány 2004). Ebből arra következtettek, hogy a tárolás és a feldolgozás művelete kettéválik a rövid távú emlékezetben. A rövid távú emlékezeti tárat ezért munkaemlékezetként kell felfogni, amely fenntartja és manipulálja az információkat a kognitív műveleteket igénylő feladatok végrehajtása során.

Az így meghatározott munkaemlékezetnek három alapvető tulajdonsága van:

1. Időleges tárolást biztosít a kognitív feladatokban.
2. Független információkat emel egymással kölcsönös kapcsolatba.
3. Korlátozott kapacitású.

Az egyes komponensek működése a következő:

A **központi végrehajtó** feladata az összeköttetés létrehozása a két alrendszer között, illetve a kapcsolattartás a hosszú távú emlékezeti tárral (Baddeley, 2003, 2005; Racsomány, 2004). Ezen kívül a központi végrehajtó osztja el a feladatokat a két alrendszer között, valamint, azok túlterheltsége esetén extra tárolási kapacitást is biztosít. A rutinműködések automatikus szelekciójában azonban a központi végrehajtó nem vesz részt. Feladata egyfajta figyelmi kontroll, s a döntésekbe akkor „szól bele”, ha a rutinok nem működnek, például újdonságok vagy vészhelyzet esetén. Ilyen módon felelős a megfelelő feladat megoldási stratégia kiválasztásáért. A központi végrehajtónak tehát elsősorban figyelmi, koordináló és gátló funkciói vannak.

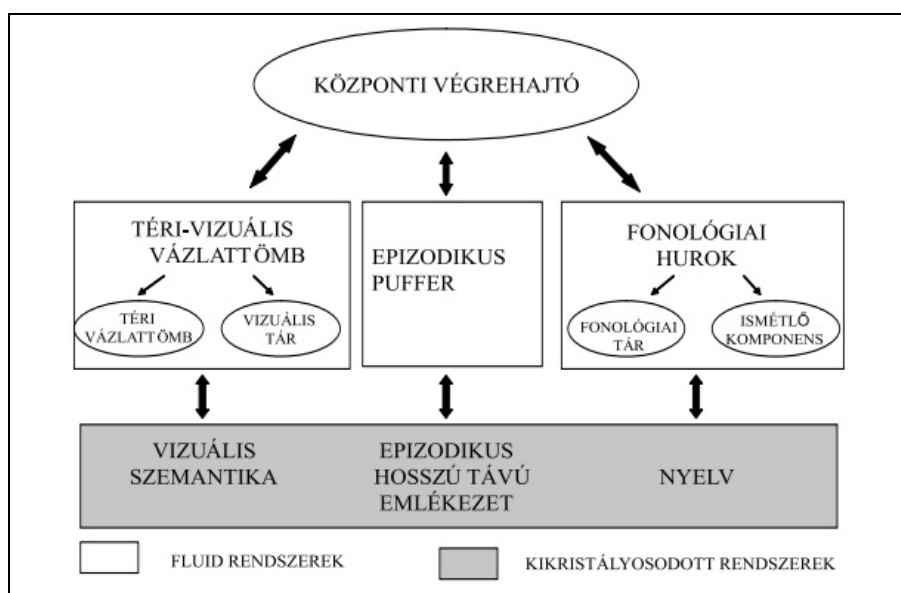
A **téri-vizuális vázlattömb** feladata a téri-vizuális információk fenntartása és manipulálása. Azt feltételezik, hogy (a fonológiai hurokhoz hasonlóan) a modul működésében részt vesz egy tár és egy motoros ismétlési komponens, valamint hogy létezik egy önálló téri és egy önálló vizuális almodul. Kísérleti eredményekből arra következtetnek, hogy a téri-vizuális feladatokban nagyobb a központi végrehajtó terhelése, mint a verbális feladatokban. A téri-vizuális vázlattömb működése azonban még sokkal kevésbé felkutatott terület, mint a fonológiai huroké (Racsomány, 2004).

A **fonológiai hurok** működését a következő pontban ismertetjük.

Az **epizodikus puffer** komponenssel Baddeley 2000-ben egészítette ki a modellt, feladata a különböző helyekről származó információk integrálása (Baddeley, 2003).

A munkamemória-modell részletes felépítése az 1. ábrán látható.

1. ábra: A Baddeley–Hitch-féle félé munkamemória modell
(Baddeley, 2000 alapján: Tánczos–Németh 2010. 96.)



3.2. A verbális munkaemlékezet működése

A verbális munkaemlékezet a beszéd alapú információkat tároló fonológiai hurok és a figyelmi, kontrolláló és gátló feladatokat ellátó központi végrehajtó működésén alapul (Baddeley, 2005; Racsmány és mtsai, 2005).

3.2.1. A fonológiai hurok

A fonológiai hurok a munkaemlékezet eddig legkutatottabb, legkidolgozottabb komponense. Ez egy olyan alrendszer, amely beszédyszerű információkat kezel, és csak kis mértékben terheli a központi végrehajtó kapacitását. Működése és kapacitása független a téri-vizuális vázlattömbétől (Baddeley, 2005; Racsmány és mtsai, 2005). A fonológiai hurok fonológia természetű információkkal tud műveleteket végezni. Két eleme a *fonológiai tár* és az *artikulációs frissítő komponens*. A fonológia tár feladata a beszéd alapú információk megtartása. E tárból azonban csak maximum 2 másodpercig maradnak fenn az információk, ezután elhalványulnak, és előhívhatatlanná

válnak (Baddeley–Gathercole–Papagano, 1998). A beszédakusztikus emlékképek ennél hosszabb ideig való fennmaradását az artikulációs frissítő komponens biztosítja, amely a kontrollfolyamataival az emlékképeket folyamatosan ismétleteti, azaz frissíti, így visszatáplálja az információkat a fonológiai tárbba. E folyamat során egyfajta néma, belső artikuláció történik, amit Baddeley *szubvokális ismétletetésnek* hív.

3.2.2. A fonológiai hurok szerepe a nyelvi megértésben és a nyelvelsajátításban

A fonológiai tárnak különösen a komplex és nagy tárolási kapacitást igénylő feladatoknál van szerepe a nyelvi megértésben. Kísérletek igazolták, hogy a mondatok hosszának és szintaktikai bonyolultságának növekedésével csökken a verbális munkaemlékezeti teljesítmény (Baddeley, 2005; Németh és mtsai, 2006).

A fonológiai hurok nyelvelsajátításban betöltött szerepét feltáró kutatások bizonyították, hogy a fonológia hurok működése szerves része a fonológiai tanulásnak, s mint ilyen, nem csak az idegen nyelvek tanulására, hanem már az anyanyelv elsajátítására is döntő hatással van a fonológia hurok fejlettsége. Gathercole és Baddeley (1989, 1990), illetve Baddeley (2005) vizsgálatai kimutatták, hogy a fonológiai hurok egészen fiatal életkortól jelen lévő kapacitásbeli egyéni különbségei hatással vannak a nyelvelsajátítás ütemére. Ép nyelvi fejlődésű és nyelvi zavarokkal küzdő gyermekekkel végzett vizsgálataik eredményeiből arra következtettek, hogy a gyermekeknél a nyelvi zavar hátterében a fonológiai hurok károsodása állhat. Átfogó longitudinális vizsgálataiknak egyik hozadéka az a megállapítás, hogy az iskoláskor kezdetén egyértelmű összefüggés van az álszóismétlési terjedelem és a szókincs nagysága között. Ez az eredmény arra utal, hogy a fonológiai hurok mind az értelmetlen hangsorok, mind az értelmes szavak ismétlésében szerepet játszik, s ebből az következik, hogy működésének jelentős szerepe van az anyanyelv szavainak elsajátításában is.

Kísérletek igazolták, hogy az olvasás képességének elsajátítása és a fonológiai hurok kapacitása között is összefüggés van. Diszlexiás gyermekeknél gyenge teljesítményt találtak a verbális munkaemlékezeti mérő feladatokban. Ezek a gyermekek rosszul teljesítenek a fonológiai tudatosságot igénylő feladatokban is (pl. rímalkotás, hangleválasztás stb.).

Azonban, amint ezt Baddeley (2005) is megjegyzi, nem egyértelmű, hogy e teljesítménydeficit hátterében valóban a verbális munkaemlékezet gyengesége áll, vagy inkább a fonológiai tudatosság fejletlenségéről van szó. Mindenesetre valószínű, hogy az olvasástanulás akadályozottsága összefüggésben áll a fonológiai hurok károsodásával.

3.2.2. A központi végrehajtó szerepe a nyelvi megértésben

Láttuk, hogy a fonológiai hurok működésének jelentős szerepe van az egyszerűbb nyelvi egységek megértésében, és megfelelő működése és fejlettségi szintje elengedhetetlen kelléke az ép és sikeres nyelvelsajátítási folyamatnak. Bizonyos nyelvi feladatokban azonban a fonológiai hurok feladata lecsökken vagy megszűnik, s a megoldásért a központi végrehajtó működése felel (Baddeley, 2005; Németh és mtsai, 2006). Ilyen feladat például az olvasott szöveg megértése. Kísérletek igazolják, hogy olvasás közben egy adott mondat szó szerinti reprezentációja a következő mondatra áttéréskor elvész, de mivel a szöveg összefüggő megértése megkívánja a jelentés megőrzését, a munkaemlékezetben egy másféle reprezentációnak kell létrejönnie. Valószínű, hogy ezt a reprezentációs átalakítást, és az így kapott szemantikus reprezentáció tárolása már a központi végrehajtó feladata. Feltételezik, hogy az ilyen, reprezentáció átalakítását igénylő feladatokban rosszul teljesítőknél a rossz eredményt a központi végrehajtó figyelmi kapacitásának gyengesége okozza.

3.3. A verbális munkaemlékezet vizsgálóeljárásai

A verbális munkaemlékezet kapacitása az életkorral, tehát az általános kognitív érés függvényében fejlődik. A fentiekben már szó esett arról, hogy a fonológia hurok fejlettsége hatással van a fonológiai tanulásra, s ezzel szoros kapcsolatban van a szókincs fejlődésével és az olvasás megtanulásával. Az összefüggések bizonyítására számos vizsgáló eljárás született, melyek magyar nyelvre adaptált változatát Racsmány és mtsai (2005), illetve Tánczos és Németh (2010) munkája tartalmazza. A jelen felmérésben alkalmazott eljárásokat a kutatást bemutató fejezetben ismertetjük részletesen.

4. A fonológiai tudatosság

4.1. A metanyelvi tudatosság fogalma

A metanyelvi vagy egyszerűen csak nyelvi tudatosság azt jelenti, hogy képesek vagyunk a nyelvről, a nyelv elemeiről beszélni, azokkal műveleteket végezni. A fogalom tartalmát a szakirodalom sokféleképpen határozza meg. A legplasztikusabb talán Adamikné Jászó Anna (2006, 7.) meghatározása: A nyelvi tudatosság „olyan intuitív analízáló képesség, melynek segítségével a kisgyerek megfigyeli beszédét, s alkotórészeire bontja. Elkülönböztíti a mondatokat, a mondaton belüli nagyobb egységeket, például az alanyi és állítmányi részt, a szavakat, a szavakon belül a szótagokat, a szóelemeket és a hangokat.” Ez a leírás a kisgyermek intuitív képességéről beszél, tehát azt sugallja, hogy a nyelvi tudatosság már kisgyermekkorban elkezd alakulni, s kezdetben ösztönösen, vagyis nem tudatosan van jelen. Első megnyilvánulása a saját beszéd nyelvtani és lexikális hibáinak spontán javítása, majd a mondókázás, a verselés, a szójátékok iránti érdeklődés.

A kutatók feltételezik, hogy egyes nyelvi szinteken jelen vannak a metanyelvi tudatosság „alrendszerai”. Adamikné (2006) a fent idézett tanulmányban mondat-, szerkezet-, szó-, morféma-, szótag- és fonématudatról beszél. Ezen alrendszerek közül napjainkban a jelentősége miatt a legalaposabban körüljárt terület a fonológiai tudatosság.

4.2. A fonológiai tudatosság fogalma

A fonológiai tudatosság tehát a nyelvi tudatosság egyik eleme. Birtokában képesek vagyunk a szavak hangszerkezetéről – a szótagokról és a hangokról – beszélni, illetve azzal különböző műveleteket végezni – például rímeket faragni, szóláncokat alkotni, azonos hanggal kezdődő szavakat gyűjteni, vagy a hangok kicserélésével szóvicceket előállítani (Chafouleas és mtsai, 1997; Barbour és mtsai, 2003; Jordanidisz, 2009). Ezt a képességünket használjuk akkor is, amikor írásban igyekszünk a helyesírás szabályait követni. (L. pl. Lőrök-Kászonyiné, 2009; Jordanidisz, 2009a) A fonológiai tudatosság két eleme a szótag és a hang szintje. A gyermek a nyelvelsajátítás során nem az egyes hangokat tanulja meg, hanem hangsorokat, egész szavakat sajátít el, s a fonológia tudatosság fejlődésével ezen egészesleg reprezentációkat bontja részeire. Ilyen módon elsőként a

szótag, később a hangok szintjén jelenik meg az ösztönös fonológiai tudatosság (Chafouleas és mtsai, 1997; Barbour és mtsai, 2003; Jordanidisz, 2009a).

Egyes szerzők különbséget tesznek a fonológiai és a fonéमतudatosság között (Goswami, 2002; Barbour és mtsai, 2003). Tóth (2002) szerint előbbi a képesség ösztönös megjelenését jelentené, a fonéमतudatosság pedig a szavak hangszerkezetével való tudatos manipuláció képességét jelöli. Ezt a kettősséget más kutatók is felvetik, Gombert (1990, id. Lörík – Kászonyiné, 2009) például az első szakaszt epifonológiaiának, a tudatosult képességet pedig metalingviszikainak hívja.

A szakirodalom sokáig vitázott arról, hogy a fonológiai tudatosság előfeltétele-e vagy következménye az olvasás és írás elsajátításának, mára azonban tisztázódott, hogy a fonológiai tudatosság kialakulása a nyelvelsajátítás és a megismerés fejlődésének szerves része, s mint ilyen, az olvasás és írás tanulásának előfeltétele, de egyúttal e képességek elsajátítása hozzájárul a fonológiai tudatosság további kiteljesedéséhez.

Bebizonyosodott, hogy a fonológiai tudatosság szoros összefüggésben van az olvasási képességgel (Csépe, 2006; Jordanidisz, 2009a). Az óvodáskori fonológiai tudatosság szintje alapján sokkal pontosabb jóslást tehetünk a majdani olvasási képességet illetően, mint akár az intelligencia szintre alapozva (Lörík–Kászonyiné, 2009, Tóth, 2002; Jordanidisz, 2009a; Jordanidisz, 2012). Több kutatás számol be arról is, hogy a fonológiai tudatosság zavara tételezhető fel mind az expresszív fonológiai zavarok, mind az olvasás elsajátításának nehézségei mögött (Lörík–Kászonyiné, 2009; Jordanidisz, 2012).

A fonológiai tudatosság fejlesztésének tehát fontos szerepe lehet az olvasás- és írászavarok megelőzésében illetve korrekciójában.

4.3. A fonológiai tudatosság vizsgálata

A fonológiai tudatosság vizsgálatának egyik fontos célja az iskolába kerülés előtti felmérés. Fejlettségét a szótag és a hang szintjén mérhetjük (Jordanidisz, 2009; Lörík–Kászonyiné, 2009).

A rímfelismerés, a szótagszámlálás és a szótag-azonosítás a receptív, míg a rímalkotás, a szótagelhagyás és a szótag-felcserélés feladat az expresszív oldalról vizsgálja a szótag szintű fonológiai tudatosságot (Lörík–Kászo-

nyiné, 2009; Jordanidisz, 2009). A hangok szintjén szintén elkülöníthetjük a receptív és az expresszív oldal vizsgálatát (Lőrík–Kászonyiné, 2009). A receptív oldalt méri fel a hangazonosítás- és a hangszámlálás-típusú feladatok. Az expresszív oldalt vizsgálhatjuk hangizolálási feladattal, kérhetjük a gyermektől izoláltan ejtett hangok összekapcsolását, hangok hozzáadását egy hangalakhoz, vagy hangok törlését egy szó elejéről vagy végéről (Jordanidisz, 2009). Alkalmazhatunk hanghelyettesítési feladatot, fonetikai alapú szógyűjtést, amivel egyúttal verbális munkaemlékezeti feladatot is adunk.

A jelen felmérésben alkalmazott eljárásokat a kutatást bemutató fejezetben ismertetjük részletesen.

5. Vizsgálat

Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, van-e az ép tanulási képességű és a tanulási zavarra veszélyeztetett gyermekek közt különbség a munkaemlékezeti működést és a fonológia tudatosságot mérő feladatokban nyújtott teljesítményben, illetve az utóbbi csoportban mutatkozik-e különbség attól függően, hogy a figyelemzavar vagy a nyelvi komponens zavara-e a domináns tünet. A vizsgálati anyag két fő feladatcsoportra tagolódott. Az első részben a verbális munkaemlékezet mérésére szolgáló három eljárás szerepelt, így egy álszóismétlési teszt és egy számismétlési teszt (Racsmány–Lukács–Németh–Pléh, 2005), valamint egy verbális fluencia feladatsor (Tánczos–Németh, 2010). A második részben a fonológiai tudatosság szintjének méréséhez 4 feladatot állítottunk össze, melyek közül kettő a szótag szintjén, kettő pedig a hangok szintjén vizsgálja a fonológiai tudatosságot.

5.1. A módszer

A résztvevők

A felmérést első osztályba járó kisiskolások, 21 tanulási zavarra veszélyeztetett, illetve a kontroll csoportban 10 semmilyen részképesség-zavarral nem bíró gyermek körében végeztük. A tanulási zavarra veszélyeztetettek közül 11 nyelvi zavar és 10 figyelemzavar dominanciát mutató tanuló volt.

Mivel a legtöbb gyermek első osztályban még nem rendelkezik BNO-kóddal illetve SNI minősítéssel, a nyelvi és a figyelemzavarral küzdő gyermekeket az iskolai logopédusok jelölték ki saját vizsgálatukra alapozva. Mindhárom csoportban az átlagéletkor 7;6 év volt, fiúk és lányok nagyjából egyenlő számban vettek részt a felmérésben.

Anyag és elrendezés

1) A verbális munkaemlékezetet vizsgáló feladatok:

- *Magyar álszóismétlési teszt*

E feladatban a gyermekeknek hallás után kellett jelentés nélküli, ám a magyar nyelv fonotaktikai szabályainak megfelelő, 1–9 szótagból álló hangsorokat, vagyis álszavakat megismételniük. Az elrendezésben az álszavak növekvő szótagszám szerint követték egymást, egy-egy szótagszámmal 4–4 szóelem szerepelt. A vizsgálat addig tartott, amíg egy adott szótagszámú szószorozatból a gyermek már legföljebb csak egy elemet tudott hibátlanul megismételni. A vizsgálat célja a résztvevők álszóismétlési terjedelmének megállapítása volt. Az álszóismétlési terjedelem az a szótagszám, amelyből a vizsgált személy még legalább két elemet hibátlanul megismételt. A teszt normatív adatbázisa szerint az álszóterjedelem átlaga a 7;0–7;9 éves életkori övezetben 5,06.

- *Számterjedelmi teszt*

A számterjedelmi feladatban a gyermekek egyjegyű számokból álló, 3–9 elemű vagyis terjedelmű sorozatokat hallottak, s ezeket a számsorozatokat kellett hibátlanul megismételniük. Az elrendezésben a számsorozatok növekvő terjedelem szerint követték egymást, minden terjedelemnél 4–4 számsorozat szerepelt. A vizsgálat addig tartott, amíg egy adott elemszámú sorból a gyermek már legföljebb csak egy számsorozatot tudott hibátlanul megismételni. A vizsgálat célja a résztvevők számismétlési terjedelmének megállapítása volt. A számismétlési terjedelem az az elemszám, amelyből a vizsgált személy még legalább két számsort hibátlanul megismételt. A teszt normatív adatbázisa szerint az álszóterjedelem átlaga a 7;0–7;9 éves életkori övezetben 4,48.

- *A verbális fluencia vizsgálata*

A verbális fluencia (vagy szófluencia) feladatban a gyermekeknek 1 percen keresztül kellett a megadott szabály szerint szavakat sorolniuk. A teszt két típusú szófluenciát vizsgál. Az ún. betűfluencia altesztben adott hanggal – rendre 'K', 'T' és 'S' hanggal – kezdődő szavakat kellett mondaniuk a résztvevőknek. A kategóriafluencia altesztben először állatokat, majd gyümölcsöket kellett sorolniuk, végül felváltva egy ruhafélét és egy hangszert kellett mondaniuk. A vizsgálat célja a szófluencia terjedelmének megállapítása volt. A szófluencia terjedelme egy-egy feladatban az a szám, ahány szót a gyermek egy perc alatt felsorolt. Az általunk vizsgált életkori övezetre az adatbázisban nem szerepel normatív átlag.

2) A fonológiai tudatosságot vizsgáló feladatsor

A fonológiai tudatosság vizsgálatára 4 olyan feladatot dolgoztunk ki, amelyek érhetőségük és időtartamuk miatt egyaránt könnyen végrehajthatók az első osztályos gyermekek számára.

- *Rímfelismerés*

Ebben a feladatban a gyermekeknek 20, kétszótagú szavakból álló szópárról kellett hallás után eldönteniük, ugyanazzal a szótaggal végződnek, azaz rímelnek-e. A feladat a szótag szintjén méri a fonológiai tudatosságot.

- *Szótagolás*

A gyermekeknek 10 tárgyképet mutattunk véletlenszerű sorrendben. Ezeket először meg kellett nevezniük, majd szótagolva elmondaniuk a szavakat, és megszámlálniuk, hány szótagból állnak. A szavak 1–4 szótagból álltak. A feladat a szótag szintjén méri a fonológiai tudatosságot.

- *Fonémaszámlálás*

A gyermekek 9 tárgyképet kaptak véletlenszerű sorrendben. Ezeket meg kellett nevezniük, majd hangokra bontva kellett elmondaniuk a szavakat, végül megszámlálniuk, hány hangból állnak. A szavak 2–6 hangból álltak. A feladat a hangok szintjén méri a fonológiai tudatosságot.

• *Hanganalízis*

Az utolsó feladatban a gyermekek 20 szópárt hallottak, melyekről el kellett dönteniük, hogy ugyanazzal a hanggal kezdődnek-e. A feladat a hangok szintjén méri a fonológiai tudatosságot.

A feladatokat az iménti bemutatás sorrendjében, két ülésben, egyéni vizsgálat keretében vettük föl a gyermekekkel. A felmérés során a feladatlapok kitöltése mellett hangfelvevő készüléket használtunk. Egy-egy gyermeknél az összes teszt felvétele 30–45 percet vett igénybe.

5.2. Eredmények

A statisztikai elemzést az SPSS statisztikai elemzőprogram 12. verziójával végeztük. A csoportosító változó a 3 gyermekcsoport, rendre a nyelvi zavar domináns, a figyelemzavar domináns és a kontroll csoport volt. A csoport-átlagokat a következő változókra határoztuk meg:

1. táblázat: A változók, amelyekre a csoportátlagok meghatározásra kerültek (Saját forrás)

A.	Az álszóismétlési terjedelem.
B.	A számismétlési terjedelem.
C.	A betűfluencia feladatban 'K' betűvel mondott szavak száma.
D.	A betűfluencia feladatban 'T' betűvel mondott szavak száma.
E.	A betűfluencia feladatban 'S' betűvel mondott szavak száma.
F.	A betűfluencia feladatban összesen mondott szavak száma (C+D+E).
G.	A kategóriafluencia feladatban felsorolt állatok száma.
H.	A kategóriafluencia feladatban felsorolt gyümölcsök száma.
I.	A kategóriafluencia feladatban felsorolt ruhaféle + hangszer párok száma.
J.	A kategóriafluencia feladatban összesen felsorolt szavak ill. szópárok száma (G+H+I).
K.	A verbálisfluencia-feladatokban összesen elért találati szám (C+D+E +G+H+I).
L.	A rímfelismerés feladatban a helyesen megítélt párok száma.
M.	A szótagolás feladatban a helyesen szótagolt szavak száma.
N.	A fonémaszámlálás feladatban a helyesen hangokra bontott szavak

száma.
O. A hanganalízis feladatban a helyesen megítélt párok száma.
P. A fonológiai tudatosságot vizsgáló feladatokban elért összes találat (L+M+N+O).

Az egyes feladatok eredményeinek átlagértékeit a 2. táblázat mutatja be. A táblázat utolsó oszlopában feltüntetjük a terjedelmi feladatok normalizált életkori átlagát, illetve a fonológiai tudatosság feladataira kapható maximális pontszámokat. Annak eldöntéséhez, hogy van-e szignifikáns különbség az egyes csoportok teljesítményében, egyszempontos varianciaanalízist végeztünk az adott változók elemzésével, s következő eredményeket kaptuk:

- A. Az álszóismétlési terjedelemben a három csoport között szignifikáns különbség van ($F=4,38$, $p=0,022$). A nyelvi zavarral küzdő és a figyelemzavarral küzdő csoport eredménye hasonló – mindazonáltal ez az egyetlen feladat, amelyben a figyelemzavarral küzdő csoport teljesítménye valamivel jobb, mint a nyelvi zavarral küzdőké –, de mindkét csoport teljesítménye alatta marad a kontroll csoporténak, amely a korátlagnak megfelelően teljesített.
- B. A számismétlési terjedelemben a három csoport között a többi feladat eredményétől eltérően csak tendencia szintű különbség mutatkozott ($F=3,17$, $p=0,057$). A kontroll csoport a korátlagnak megfelelően teljesített, és bár a nyelvi zavarral küzdő és a figyelemzavarral küzdő csoport eredménye valamivel gyengébb, a különbség kevésbé jelentős, mint az álszóismétlési terjedelem esetében.
- F. A betűfluencia feladatok összegzett eredményében ($C+D+E$) szignifikáns különbség mutatkozik a csoportok között ($F=19,23$, $p=0,000$). A kontroll csoport teljesítménye lényegesen jobb, mint a nyelvi zavarral küzdő és a figyelemzavarral küzdő csoporté. Ez utóbbiak teljesítménye között is van eltérés.
- J. A kategóriafluencia feladatok összegzett eredményében ($G+H+I$) szintén szignifikáns különbség mutatkozik a csoportok között ($F=12,66$, $p=0,000$). E változó esetében azonban a kontroll és a nyelvi zavarral küzdő csoport teljesítménye között hasonlóan nagy különbség

van, mint a nyelvi zavarral küzdő és a figyelemzavarral küzdő csoportnál.

- K. A verbálisfluencia-feladatok összességében (C+D+E+G+H+I) szintén szignifikáns különbség mutatható ki a három csoport teljesítménye között ($F=16,83$, $p=0,000$). Bár a nyelvi zavarral küzdő és a figyelemzavarral küzdő csoport átlaga között is meglehetősen nagy az eltérés, a kontroll csoport a fluencia feladatokban markánsan jobb teljesítményt hozott mindkettőnél.
- P. Végül, a fonológiai tudatosságot vizsgáló feladatokban elért összes találat (L+M+N+O) csoportátlagai között ismét szignifikáns eltérést találunk ($F=6,54$, $P=0,005$). E változó esetében is azt láthatjuk, hogy a kontroll és a nyelvi zavarral küzdő csoport teljesítménye között hasonlóan nagy különbség van, mint a nyelvi zavarral küzdő és a figyelemzavarral küzdő csoportnál.

A nyelvi zavarral küzdő és a figyelemzavarral küzdő csoport teljesítménye közötti összefüggést a fent említett változók tekintetében Welch-próbával ellenőriztük. Bár a nyelvi zavarral küzdők teljesítményének átlaga az álszóterjedelem teszt kivételével minden feladatban és feladatcsoportban jobb volt a figyelemzavarral küzdő csoporténál, szignifikáns különbség csak a kategóriafluencia összegzett eredményében ($F=7,95$, $p=0,011$) illetve a fluencia feladatok összesített találati számában ($F=5,96$, $p=0,025$) mutatkozott.

2. táblázat: A feladatok eredményeinek csoportátlagai (Saját forrás)

	Nyelvi zavar csoport (N=11)		Figyelemzavar csoport (N=10)		Kontroll csoport (N=10)		Normalizált érték / összpont-szám
	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	
Álszóter-jedelem	4,55	4,55	4,60	1,51	5,80	0,92	5,06
Számterjedelem	4,09	0,30	4,00	0,67	4,60	0,70	4,48
Betűfluencia K	5,82	5,82	5,50	2,63	9,30	1,89	-
Betűfluencia T	6,64	2,20	4,70	2,58	8,90	1,66	-
Betűfluencia S	5,09	1,76	4,50	2,01	7,70	0,95	-
Kategória-fluencia - állat	13,91	4,61	12,00	6,70	17,60	3,66	-
Kategória-fluencia - gyümölcs	8,82	2,18	5,20	1,69	11,70	4,06	-
Kategória-fluencia - váltás	5,55	3,01	2,30	0,67	6,70	1,16	-
Rímfelis-merés	17,00	1,90	15,80	2,90	18,60	2,32	20
Szótagolás	9,55	0,69	8,50	1,43	9,40	1,07	10
Hangszámlálás	7,18	1,72	6,90	2,81	8,80	0,63	9
Hanganalízis	18,27	1,55	17,60	3,27	19,90	0,32	20
Betűfluencia - összes	17,55	3,39	14,70	5,35	25,90	3,69	-
Kategória-fluencia - összes	28,27	6,48	19,50	7,76	36,00	7,77	-
Fluencia feladat - összes	45,82	9,06	34,20	12,60	61,90	10,38	-
Fonológiai tudatosság - összes	52,00	3,41	48,80	7,21	56,70	3,20	59

Hogy pontosabb képet kapjunk a két tanulási zavarra veszélyeztetett csoport teljesítmény profiljáról, ugyancsak Welch-próbával elemeztük a két csoport eredményeit a fluencia-részfeladatokban, illetve a fonológiai tudatosság teszt feladataiban. A fluencia feladatok közül csak a 'kategóriafluencia – gyümölcs' és a 'kategóriafluencia – váltás' részfeladatban mutatkozott szignifikáns különbség a nyelvi zavarral küzdő és a figyelemzavarral küzdő csoport teljesítménye között ($F=17,79$, $p=0,000$ ill. $F=11,05$, $p=0,004$). Ezekben a részpróbákban a figyelemzavarral küzdő gyermekek sokkal rosszabbul teljesítettek, mint nyelvi zavarral küzdő társaik. A fonológiai tudatosságot vizsgáló négy feladat közül csak a 'szótagolás' feladatban mutatkozott (gyengébb) szignifikáns eltérés a két csoport átlagában ($F=4,68$, $p=0,043$), a figyelemzavarral küzdő csoport gyengébb teljesítményével. A többi feladatban nem figyelhető meg szignifikáns eltérés a két csoport teljesítményében, bár a figyelemzavarral küzdő gyermekek minden feladatban gyengébbek voltak.

5.3. Megbeszélés

A vizsgálat eredményei alapján a következő megállapításokat tehetjük.

A tanulási zavarra veszélyeztetett gyermekek az összes fő elemzési szempont tekintetében szignifikánsan rosszabbul teljesítettek, mint a kontroll csoportban felmérték. Jelen felmérés alapján igaz tehát, hogy a nagy valószínűséggel részképesség-zavarral bíró gyermekek csökkent teljesítményt mutatnak a vizsgált kognitív területeken, azaz a verbális munkaemlékezet és a fonológiai tudatosság terén.

Mivel a dominánsan figyelemzavarral küzdő gyermekek szinte minden feladatban szignifikánsan rosszabbul teljesítettek a dominánsan nyelvi zavarral küzdő gyermekeknél is, nem igazolódott az a feltevésünk, hogy a fonológiai tudatosság és a betűfluencia próbáiban a nyelvi zavarral küzdő gyermekek rosszabbul teljesítenek, mint a figyelemzavar domináns gyermekek. Viszont igazolást nyert az a hipotézis, miszerint a verbális munkaemlékezet központi végrehajtó modulját erősen megterhelő kategóriafluencia feladatokban a figyelemzavarral küzdő gyermekek gyengébb teljesítményt nyújtanak a nyelvi zavarral küzdő gyermekeknél.

A fenti eredményeket a következőképpen magyarázhatjuk:

1. A nyelvi zavarral küzdő gyermekeknél a fonológiai reprezentáció, a fonológia hurok és a fonológiai tudatosság zavara közismert, ezért ezeknél a gyermekeknél fokozott figyelmet fordítanak a logopédiai terápiában e deficitek korrekciójára. Ennek a törekvésnek szerencsés következménye lehet, hogy ezek a gyermekek már nem mutatnak olyan nagymértékű elmaradást a fonológiai tudatosságot igénylő, illetve a fonológiai hurok kapacitását terhelő feladatokban.
2. Bár általában a figyelemzavar domináns gyermekek is részesülnek logopédiai fejlesztésben, az ő esetükben a figyelem és a koncentrációs képesség deficitje miatt valószínűleg lassúbb ütemű a fejlődés a deficités képességterületeken, így lehetséges, hogy a szótagolás és a betűfluencia feladatokban a dominánsan nyelvi zavarral küzdő gyermekeknél is valamivel gyengébben teljesítenek.
3. A szófluencia feladatok közül különösen a kategóriafluencia feladatok terhelik meg a központi végrehajtó kapacitását, s mivel e modul inkább figyelmi, semmint emlékezeti feladatot lát el, a figyelemzavarral küzdő gyermekek ebben a feladattípusban meglehetősen gyengén teljesítenek. Kifejezetten rossz eredményeket értek el a kategóriaváltás feladatban, mivel ez a feladat fokozottan terheli a központi végrehajtó működését. Kivételt képez az állatok sorolását elváró feladat – ennek oka feltehetőleg az, hogy az 'állat' kategória lexikális feltöltöttsége még a leggyengébb képességű gyermekeknél is igen magas, így az előhívás mégsem terheli túl a munkaemlékezetet.

Összességében elmondható, hogy az átlalunk vizsgált populációban a dominánsan figyelemzavarral küzdő gyermekek teljesítménye gyengébb, mint a dominánsan nyelvi zavarral küzdő gyermekeké. Ebből arra következtethetünk, hogy a figyelem zavara negatívabb hatással van a tanulási teljesítményre, mint a nyelvi deficit.

6. Összegzés

Véleményünk szerint a fenti eredmények magyarázata, hogy a tanulási zavarra veszélyeztetett gyermekeknél a jelen vizsgálatban szereplő két domináns tünetre való tekintet nélkül jelen van a beszédészlelés-beszédértés, s ezzel együtt a fonémareprezentációk, majd ebből következően a fonológiai hurok, valamint a fonológiai tudatosság kisebb-nagyobb mértékű deficitje, s egyúttal mindnyájuknál tapasztalható a figyelmi-koncentrációs képesség valamilyen fokú zavara is. Ez lehet az oka annak, hogy mind a nyelvi zavarral, mind a figyelemzavarral küzdő gyermekek minden feladatban rosszabbul teljesítettek, mint az ép tanulási képességgel rendelkező kontroll csoport.

A dominánsan figyelemzavarral küzdő gyermekeknél azonban a figyelmi képesség és a koncentráció zavara további nehézségeket okoz azon feladatokban, amelyek megoldása a munkaemlékezet központi végrehajtó komponensének fokozott terhelését idézi elő. Esetükben a fonológiai tudatosság feladataiban elért rosszabb eredmények okaként feltételezzük egyfelől a feladattartás gyengeségét, valamint azt, hogy ezeknél a gyermekeknél a logopédiai terápia a figyelemzavar miatt kevésbé hatékonyan kezeli a nyelvi képesség fennálló deficitjét.

A kutatás további iránya a verbális munkaemlékezet vizsgálatának alaposabb elemzése lehet a nyelvi zavar és a figyelemzavar tükrében. Ez az irány egybevág a tudományterületen folyó jelenlegi vizsgálódásokkal abban az értelemben is, hogy hozzájárulna a fonológiai hurok kapacitása és a fonológiai tudatosság összefüggésének tisztázásához. A legújabb kutatási eredmények fényében ugyanis egyes kutatók amellett voksolnak, hogy a nyelvi zavarral küzdő gyermekeknél az olvasás elsajátításában a legkifejezettebb problémát a fonológiai tudatosság kialakulatlansága okozza (pl. Lőrík–Kászonyiné 2009). Mások, például Marton Klára (2009), azonban a nyelvi képesség helyett a kognitív funkciók általános gyengeségét, többek között a verbális munkaemlékezet fejletlenségét tételezik fel. Tény, hogy az olvasás elsajátításának feltétele mind a megfelelő szintű fonológiai tudatosság, mind a jól működő kognitív képességek, így a megfelelő kapacitású fonológiai hurok. Ahogyan az is

nyilvánvaló, hogy az olvasás elsajátítása fejleszti a verbális munkaemlékezetet és a fonológiai tudatosságot egyaránt, tehát e tényezők interakcióban vannak egymással.

Irodalomjegyzék

- Adamikné Jászó Anna (2006). A nyelvi tudatosság fejlődése az anyanyelv elsajátítása során. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 1–2. 5–23.
- Baddeley, A. D. (2003). Working memory and language: an overview, *Journal of Communication Disorders*, 36, 189–208.
- Baddeley, A. D. (2005). *Az emberi emlékezet*. Osiris, Budapest. ISBN: 9789633896044
- Baddeley, A. D.–Gathercole, S. E.–Papagano, C. (1998). The phonological loop as a language learning device. *Psychological Review*, 105, 158–173.
- Barbour, K., Keafer K., Scott K. (2003). *Sounds of Speech. Phonological Processing activities*. Norfolk: NILD.
- Chafouleas, S. M., Lewandowsic L. J., Smith C. R., Blachman B. (1997). Phonological awareness skills in children: Examining performance across tasks and ages. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 15(4): 334–347.
- Chase, C.–Tallal, P. A. (1992): Learning disabilities – Cognitive aspects. In: Squire, L. R. (ed.): *Encyclopedia of Learning and Memory*, Macmillian Publusing Company, New York.
- Csépe Valéria. (2006). *Az olvasó agy*, Akadémiai Kiadó, Budapest. ISBN: 978 963 058 336 7
- F. Földi Rita. (2004). *Hiperaktivitás és tanulási zavarok*, Comenius Bt., Pécs.
- Gaál Éva (2000). A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában In: Illyés Sándor (Szerk) *Gyógypedagógiai alapismeretek* BGGYTF, Budapest, 429-460. ISBN: 963 7155 28 7
- Gathercole, S. E.–Baddeley, A. D. (1989). Evaluation of the role of phonological STM in the development of vocabulary in children: A longitudinal study. *Journal of Memory & Language*, 28, 200–213.
- Gathercole, S. E.–Baddeley, A. D. (1990). The role of phonological memory in vocabulary acquisition: A study of young children learning new names. *British Journal of Psychology*, 81, 439–454.

- Gerebenné Várbíró Katalin. (1996). A tanulási zavar jelenségekörének gyógypedagógiai pszichológiai értelmezése. In: Zászkaliczky Péter (Szerk). „Önmagában véve senki sem...” *Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből*. BGGYTF, Budapest. 216–245. ISBN 963 7155 13 9
- Goswami, U. (2002). Phonology, Learning to Read and Dyslexia: A Crosslinguistic Analysis. *Annals of Dyslexia* 52: 1–23.
- Gyarmathy Éva (1998). Tanulási zavarok szindróma a szakirodalomban. *Új Pedagógiai Szemle*, XLVIII. évf. 1998/10. 59–68.
- Gyarmathy Éva (1998a). Tanulási zavarok azonosítása és kezelése az óvodában és az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, XLVIII. évf. 1998/11. 68–76
- Jordanidisz Ágnes (2009). A fonológiai tudatosság és az olvasástanulás kapcsolata. III. *Alkalmazott Nyelvészeti Doktorandusz Konferencia online kötete* 28–37.
<http://www.nytud.hu/alknyelvdok09/proceedings.pdf>; 2015. február 20.
- Jordanidisz Ágnes (2009a). A fonológiai tudatosság fejlődése az olvasástanulás időszakában. *Anyanyelv-pedagógia*. 2009. 4. szám.
<http://www.anyp.hu/cikkek>
- Jordanidisz Ágnes (2012). Az olvasási nehézség és a fonológiai tudatosság kapcsolata. VI. *Alkalmazott Nyelvészeti Doktorandusz Konferencia online kötete*, 69–79.
<http://www.nytud.hu/alknyelvdok12/proceedings12/jordanidisz2012.pdf>
- Lőrincz József–Kászonyné Jancsó Ildikó (2009). A fonológiai tudatosság fejlesztése és hatása az írott nyelv elsajátítására. In: Marton Klára (Szerk). *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája*, ELTE Eötvös Kiadó – ELTE BGGYFK, Budapest, 11–42.
ISBN: 978 963 284 046 8
- Marton Klára (2009). Specifikus nyelvi zavar jellemzi-e a specifikus nyelvi zavart mutató gyermekeket? In: Marton Klára (Szerk). *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája*, ELTE Eötvös Kiadó – ELTE BGGYFK, Budapest, 61–102. ISBN: 978 963 284 046 8
- Marton-Dévényi Éva (2001). Anyanyelvi-zenei helyesírás-fejlesztés – diszgráfia kezelés. *Fejlesztő pedagógia*, 12., 2001/1, 33–38.
- Mesterházi Zsuzsa (1998). Életkérdések, tudományos kérdések. In: Mesterházi Zsuzsa (Szerk). *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYTF, Budapest. 1. fejezet: 13–58. ISBN 963-7151-23-6

- Németh D., Ivády R. E., Miháltz M., Krajcsi A., Pléh Cs. (2006). A verbális munkamemória és morfológiai komplexitás. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61. évf. 2. sz. 265–298.
- Palotás Gábor (2003). A beszédhibák kórtana. In: Göllesz Viktor (Szerk.). *Gyógypedagógiai kórtan*. Tankönyvkiadó, Budapest. 411–419. ISBN: 963 19 4247 3
- Racsmány Mihály. (2004). *A munkamemória szerepe a megismerésben*. Akadémiai Kiadó, Budapest. ISBN: 9630581035
- Racsmány M.–Lukács Á.–Németh D.–Pléh Cs. (2005). A verbális munkamemória magyar nyelvű vizsgálóeljárásai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, LX. 4. 479–505.
- Sarkady Kamilla–Zsoldos Márta. (1992/93). Konceptcionális kérdések a tanulási zavar körül. *Magyar Pszichológiai Szemle XLVIII.-XLIX. évf. 3–4. sz.* 259-270.
- Shafrir, U.–Siegel, L. S. (1994) Subtypes of learning disabilities in adolescents and adults. *Journal of Learning Disabilities*, Vol. 23 (2) 123–134.
- Tánczos Tímea–Németh Dezső (2010). A munkamemória mérőeljárásai és szerepük az iskolai szűrésben és fejlesztésben. *Iskolakultúra*, 20. évf. 7/8. sz. 95–111.
- Tóth László (2002). *Az olvasás pszichológiai alapjai*. Pedellus Tankönyvkiadó, Debrecen. ISBN: 9639396117
- Vargáné Mező Lilla (2009). A pedagógiai diagnosztika és az együttnevelést segítő szakmaközi együttműködés lehetőségei. *Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Tudástár*.
- <http://www.ofi.hu/tudastar/egyuttnevel-es-szakmai/vargane-mezo-lilla>; 2009. június 17.
- BNO-10 (2004). *BNO-10 zsebkönyv DSM-IV-TR meghatározásokkal*. Animula, Budapest. ISBN: 9789639410619

**A LOVASTERÁPIA KAPCSOLÓDÁSI PONTJAI A NYELVI ÉS
BESZÉDZAVAROK TERÁPIÁJÁVAL – MAGYARORSZÁGI
HELYZETKÉP. RÖVID KITEKINTÉS A DYSARTHRIA
LOVASTERÁPIÁS KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGEIRE**

Schéder Veronika¹

Bevezetés

A lovasterápia a ló, a lovaglás és a lóval való foglalkozások hatásait felhasználó komplex eljárás, amelynek mozgásfejlesztő, gyógypedagógiai és pszichológiai vonatkozásai vannak. Neurológiai alapja az a bizonyított tény, mely szerint a ló lépésjármódja a rajta ülő páciens medencéjére áttevődve olyan impulzusokat közvetít, amelyek a gerincoszlopon hullámszerűen végighaladva eljutnak a nyakszirtig, ingerlik az agykérgi központokat (a nyelvi és beszédhálózatban részt vevőket is), és pontosan olyan érzést keltenek, mintha a lovon ülő ember a saját két lábán járna. Ez az egyetlen olyan terápiás eljárás, amely egyszerre képes valamennyi izomzat átmozgatására és az egész idegrendszer stimulálására. Komplex szenzomotoros integrációs tréning (Bozori 2002; Györgypál 2006a).

A lovasterápiás elgondolások nem új keletűek. Már Hippokratész (i. e. 460–375) is gyakran javasolta a lovaglást egészségmegőrző és -fejlesztő célzattal. A tudatos lovasterápiás rehabilitáció azonban csak bő száz éves múltra tekint vissza. Ekkor ismerték fel (főként német területeken) a lóháton történő szenzomotoros kezelés jótékony hatásait: előbb a mozgás-rehabilitációban, majd az értelmi fogyatékosok, beszéd-fogyatékosok és a különféle pszichés zavarokkal küzdők gyógyításában is. A Nemzetközi Lovasterápia Szövetség (FRDI) 1991-ben, a Magyar Lovasterápia Szövetség pedig 1997-ben alakult meg. Hazánkban 2001 óta képeznek lovasterapeutákat akkreditált pedagógus-továbbképzés formájában, gyógypedagógó-

¹ Schéder Veronika – DEGYFK, Pszichológiai és Gyógypedagógiai Tanszék; veronika.scheder@gmail.com

gus, pszichológus/pszichiáter/pszichoterapeuta és gyógytornász alapidiplomára építve (lásd: www.lovasterapia.hu).

A lépésben haladó ló a hátán ülő páciens összes izmát megmozgatja, ahol kell, ellazít, másutt megerősít. Motivál az egyensúlyra, a szimmetrikus ülésre. Képes az abnormális mozgások korrekciójára és a helyes mozgások automatizálására (beleértve a szájmotorikát is). Javítja a keringést, a légzést (mely a hangképzés fontos feltétele) és az anyagcserét. Hatékony lehetőséget biztosít a kognitív funkciók (érzékelés, észlelés, emlékezet, figyelem, gondolkodás) fejlesztésére, a nonverbális és verbális kommunikáció javítására, a motoros és orientációs képességek, az érzelmi állapot, az akarati, cselekvési képességek befolyásolására. A fizikai görcsök feloldása pedig lelki oldódást is eredményez: a lovon ülő beteg számára kinyílik a világ, ezáltal ő maga is könnyebben nyit, kezdeményez, ami a beszédfejlesztésben igen nagy segítségére van a terapeutának.

A lovasterapeuta kompetenciája – magyarországi helyzetkép

A lovasterapeuta általában kiegészítő terápiát végez, munkája azonban különleges, máshoz nem hasonlítható hatásmechanizmuson alapul és ennek megfelelően egyedi értékekkel bír. Alapképzettségét tekintve az illető tanár: gyógytornász, gyógypedagógus vagy pszichológus, esetleg pszichoterapeuta vagy pszichiáter. Olyan szakember, aki az említett diploma megszerzése után elvégezte a Magyar Lovasterápia Szövetség által akkreditáltatott lovasterapeuta-továbbképzést, és erről bizonyítványt szerzett. Erre Magyarországon 2001 óta van lehetőség – ennek értelmében még viszonylag kevesen vagyunk, miközben munkánkra egyre nagyobb igény mutatkozik. A képzés azonban, meg kell hagyni, nem könnyű. Ráadásul 2014-ben jogszabályi háttérrel engedélyköteles tevékenységgé vált a lovasterápia, a feltételek nehezedtek: bevezették a terápiás foglalkozásokon részt vevő lovak vizsgakötelezettségét is. Mindezeknek az intézkedéseknek természetesen nagy jelentőségük, fontosságuk van, hiszen egy 6–700 kg-os állattal történő közös munka nem veszélytelen és nagy felelősséggel jár. Ugyanakkor meg kell hagyni: hazai lóállományunk, lótartási lehetőségeink, összességében infrastrukturális és egyéb anyagi feltételeink mellett egy ilyen praxis kialakítása, fenntartása sok nehéz-

ségbe, korlátba és megszorításba ütközik. A továbbiakban a lovasterapeuta-válas folyamatáról szeretnék írni néhány gondolatot.

A megfelelő szakos diploma önmagában még nem elegendő ahhoz, hogy valaki felvételizhessen a kétéves lovasterapeuta-képzésre. Először is komoly felvételi vizsgát kell tennie, amelynek keretében bizonyíthatja egyrészt személyes rátermettségét, de legfőképpen gyakorlati lovastudását. A kétéves képzés során ugyanis nemcsak elméleti és módszerspecifikus gyakorlati ismereteket kell elsajátítani, majd az érintett területeken megszerzett tudásról időről időre (írásban, szóban és gyakorlatban) számot adni, hanem mindkét tanév végén díjlovas és ugróvizsga letétele is kötelező, amelyet egy német vizsgabizottság a németországi, korábbi DRA-, 2014-től RA-vizsgarendszer szabályai alapján értékel. A szabályok nagyon szigorúak. Ha valakinek az első év végi (D)RA-vizsgálata nem sikerül, nem folytathatja a képzés elméleti részét sem, hanem egy év kihagyás után újra kell próbálkoznia a lovasvizsga letételével. Ugyanez a helyzet a második év végi megmérettetéssel is (ahol már pl. 1,10 m-es ugrópályán kell bizonyítani...) – ennek sikerén múlik ugyanis a lovasterapeuta-képzettséget igazoló bizonyítvány megszerzése.

A lovasterapeuta-képzés első évében komplex ismeretek átadása zajlik, a második évben azonban megtörténik a szakosodás. A gyógytornászokból lesznek a hippoterapeuták, akik a mozgássérült páciensekkel fognak foglalkozni, a gyógypedagógusok gyógypedagógiai lovaglást és lovastornát (voltizsálást) tartanak majd az értelmileg akadályozott, tanulási nehézségekkel, zavarokkal, nyelvi és beszédzavarokkal, magatartási, viselkedési zavarokkal küzdő gyerekeknek, míg a pszichológusok a lélek betegségeit gyógyítják lovuk társaságában. Ez a terápia a 3. évet betöltött gyerekektől kezdődően egészen a felnőtt korosztályig nyitott – abban az esetben, ha nem áll fenn olyan állapot a páciensnél, amely kontraindikálja a lovasterápiát. Utóbbi esetben ugyanis kárt is okozhat a lovon végzett munka. A javallatok és ellenjavallatok megállapítása érdekében nagyon fontos, hogy minden lovasterapeutának legyenek megfelelő és jól működő orvos-kapcsolatai.

Érdemes megemlíteni, hogy a lovasterapeuta nem diagnosztizál (bár vannak rá eszközei, de a konkrét diagnózisokat inkább a megfelelő szakemberek, pl. pszichológusok, orvosok stb. állítják ki). Ő a képzettsége

alapján arra hivatott, hogy a páciensről kapott diagnózisokat értelmezni tudja, azok ismeretében saját, de már lovon történő felmérései alapján megtervezze és kivitelezze a személyre szabott fejlesztéseket. Munkájának időtartama és hatékonysága – más terápiás eljárásokhoz hasonlóan – mindig az adott páciensről, illetőleg az adott páciens állapotától függ. Általában azonban elmondható, hogy inkább hosszú távú terápiát végez.

A lovasterápia módszertana

A lovasterápia heti rendszerességű foglalkozás, egy-egy találkozás 30 perces lovon történő kezelést jelent. Ilyenkor egyénileg foglalkozunk a páciensekkel. Létezik azonban csoportos módszer is, amikor 4 fő részvételével dolgozunk kicsit hosszabb ideig, 45–60 percig.

Munkaterületünk egy zárt terület (az időjárás függvényében kinti füves/homokos pálya, illetőleg fedett lovarda). A foglalkozások egy lóvezető segítségével, vezetett lovon valósulnak meg, ügyesebb (vagy felnőtt) lovasok esetén futószáron. Alapvetően a ló lépésmódját alkalmazzuk, ritkábban az ügetést. A terápiában többnyire szivacsot és voltizshevedert használunk (nem nyerget). Ez azt a célt szolgálja, hogy a lovon ülő minél közvetlenebb érintkezésbe kerülhessen a ló testével, a lovas izmai találkozzanak a ló izommozgásával. Így jobban érezhető az állat testének melegsége, ami kellemes, megnyugtató érzéseket ad, továbbá oldja az izomfeszültségeket. Elsősorban a ló által közvetített mozgásimpulzusok jótékony hatásait, valamint a ló hátán kivitelezhető mozgásos feladatok végrehajtásából fakadó lehetőségeket használjuk ki. Alkalmazzuk a lovastorna (voltizsálás) gyakorlatait, azok leegyszerűsített változatát.

A ló lépő mozgása által közvetített ingerek folyamatosan stimulálják a ló hátán ülő kliens teljes idegrendszerét és valamennyi izomcsoportját. Ez a behatás az egész foglalkozás alatt jelen van, észrevétlenül is „teszi a dolgát”. Különböző eszközök bevonásával azonban időközben még további lehetőségeink adódnak pl. a kognitív funkciók (érzékelés, észlelés, emlékezet, figyelem, gondolkodás), a beszédfejlesztés, a motoros és orientációs képességek, az érzelmi állapot, az akarati cselekvések befolyásolása, a szocializálódás elősegítése stb. érdekében. Néhány ilyen eszköz (illetőleg módszer), amelyet a saját praxisomban gyakran (és tapasztalataim szerint eredményesen) használok – csak felsorolás-jelleggel és a teljesség igénye

nélkül: labdák, színes műanyag karikák, kesztyűbábok, csipeszek, rajztábla (a kapaszkodós hevederhez felszerelve, lóháton történő rajzolás céljából), képkártyák, képeskönyvek, különböző anyagok (a taktilis és haptikus érzékelés fejlesztéséhez), lóápoló eszközök, a körülöttünk található növények (termények), állatok. Szoktunk mondókázni, verselni, szívesen játszom gyerekekkel-felnőttekkel egyaránt szóasszociációs játékokat. Rengeteg szimbólum „adja magát”, amelyekkel nagyon jól lehet dolgozni. Sokat segít, hogy a foglalkozások tapasztalatait, élményeit, hozadékait olykor házi feladatként lerajzoltatom a pácienseimmel.

Módszereim közül a gyermek-lovasterápiában sűrűn alkalmazom a mesefeldolgozást. Közöttük adódnak olyanok, amelyeket én magam találok ki – főleg azért, hogy a ló (mint az egyik főszereplő) is bevonható legyen a közös (kommunikációs) játékba. Alkalmanként egy-egy rövidebb mesét viszek, melyet egy adott foglalkozás időtartama alatt fel lehet dolgozni (nagyszerűek a különböző próbatételekkel egybekötött történetek, amelyekben a gyermek, mint lovag élheti bele magát az igazi lovagi játékokba). Néhány páciensemmel egy hosszabb mesének a feldolgozását is elkezdtem, mellyel folyamatosan (egy-két fejezetenként) haladunk hétről hétre előre. Választottam az *Óz, a csodák csodája* című mese lett. Azóta a gyakorlati tapasztalataim azt bizonyítják, hogy ez a különleges "utazás" olyan szereplőkkel és olyan kalandokkal ismerteti meg a gyerekeket, amelyek remek lehetőséget adnak az azonosulásra, a szorongások, félelmek, kisebbségi érzések feloldására. Együtt keressük – és szerencsés esetben találjuk is meg – az oroszlán bátorságát, a bádogember szívét, a madárijesztő eszét, hogy aztán végül Dorothyval, a főszereplővel egyetemben ki-ki megérkezessen majd „haza”. Szándékosan tettem idézőjelbe ezt a szót – hiszen a mese végére mindenki oda fog megérkezni, ahová neki magának meg kell érkeznie.

A lovasterápia és a nyelvi fejlesztés összefüggései

Nem minden beszédzavar nyelvi zavar (eredménye), de minden nyelvi zavar beszédzavar(t indukál). Hosszabb fennállás esetén azonban egy puszta beszédzavar is képes „beleszólni” eredendően ép belső-mentális nyelvi rendszerünkbe, amely azután gyakran hagy nyomot az egyén egész lelkiállapotán, pszichés problémáit, viselkedési zavarokat idézve elő.

A tünetek ráadásul a legkülönfélébb kombinációkban fordulhatnak elő: lehetnek egy betegség előjelei, kísérőjelenségei, avagy egy szindróma részei (Gósy 2005). E zavarok bonyolultságát tekintetbe véve a továbbiakban egy komplex gyűjtőfogalom részeként értelmezek valamennyi lehetséges nyelvi és beszédzavart.

A nyelvi fejlesztés közös cselekvés, nem közös beszéd – írja Andreas D. Fröhlich (Fröhlich 1989). Ezt a kijelentést alaptételnek tekinthetjük a nyelvi és beszédzavarok lóháton történő terápiája szempontjából. A mozgás jelenléte központi szerepet játszik a nyelvi fejlődésben és a későbbi aktív nyelvhasználat során, hiszen a beszéd létrejöttéhez finommotoros tevékenységek bonyolult kombinációját használjuk (Hildebrand-Nilshon 1989). Úgy is mondhatjuk, hogy a beszéd fejlődése és kivitelezése a mozgás fejlődésétől és későbbi alkalmazásának, alkalmazhatóságának minőségétől függ. A motoros zavar ugyanis a beszédet ugyanúgy károsítja, mint minden más mozgást (Haupt 1966).

A beszéd a mozgás szemszögéből nézve a légzőmozgások, a gégefő-, ínyvitorla- (uvula-), állkapocs-, nyelv- és ajakmozgások eredménye. A spasztikus, athetotikus és ataxiás mozgászavarok ezeket a mozgásokat is befolyásolhatják. A mozgássérüléseknek ezért igen gyakori velejárója valamilyen nyelvi és/vagy beszédzavar. A lóháton történő beszédfejlesztés szempontjából nagyon jól tudunk építeni a ló által közvetített mozgásimpulzusok, az ideg- és izomrendszer stimulálásának szerepére az egyébként gyógypedagógiai/pszichológiai módszereket felhasználó rehabilitációs foglalkozások megtervezése kapcsán. Ezen kívül bizonyos esetekben szerepet játszik az agyi/idegrendszeri plaszticitás megtámogatása, szintén az említett mozgásstimuláció, valamint az erre épülő egyéb fejlesztő gyakorlatok segítségével.

A cerebrálparetikus betegek beszédfejlesztésének lovasterápiás lehetőségei

Az infantilis cerebrálparesis (gyermekkori, agyi eredetű, bénulásos megbetegedés) a különböző szerzők adatai szerint 60–70%-ban nyelvi és beszédbeli zavarokkal is társul (Haupt 1966). Az enyhe és középsúlyos zavarokat dysarthriának, a súlyos zavarokat anarthriának nevezik. A dysarthria az artikulációs izmokat mozgató agyidegek centrális pályáinak és magvainak

megbetegedéseivel függ össze, de a kisagyvelő, ill. az extrapyramidalis rendszer megbetegedéseinél is dysarthriás lehet a beteg (Dr. Frint 1982). A dysarthriások beszédében a normális időviszonyok megváltoznak, jellemzőek a nyúlások, gyakran tökéletlen a zöngéképzés, némely hangok azonosíthatatlanok lesznek, sokszor jelent nehézséget a pergőhang artikulációja, sérülhet a beszéd prozódiaja (Kent et al. 1991). A spasztikus izomzatú betegek nem tudják finoman adagolni a beszédhez szükséges mozgásokat, nem tudnak dinamikusán-ritmikusán hangsúlyozni, gyakran nagyon lassú a beszédük (az extrapyramidalis eredetű beszédzavarok ugyanakkor tünetileg kifejeződhetnek a beszédtempó rendellenes meggyorsulásában is). Az athetotikusok mozgásai túlzottak és nem tudják őket irányítani. Az ő beszédüket a grimaszolás, a fokozott nyálzás, az elégtelen szájjárás vagy a fejkontroll hiánya nehezíti meg. Az ataxiás betegek beszédmozgásai koordinálatlanok, hangjuk monoton és érthetetlen.

Az agyi bénult gyerekeknek már egész kicsi koruktól kezdve csak feltételesen áll rendelkezésre a testük, mint kifejező eszköz (a bénulás csökkenti pl. az örömteli rugdalózás lehetőségét, valamint az evés, ivás, szopás, cumizás élményét). A dysarthriások nyelv- és állkapocsmozgásai nehezkeseek. Ezek a zavarok ráadásul az életkor előrehaladtával tovább „fejlődnek”. A CP-s páciensek neurológiai beszédterápiájának ezért érdemes azon az elgondoláson alapulnia, hogy a helyes testtartás kialakítása biztosítja az izmoknak a megfelelő alaptónust, valamint a légzési-fonációs-artikulációs komplexumnak a megfelelő háttérstabilitást (Fótiné 1994). A lovasterápia ezen a ponton hathatós segítséget nyújthat a helyes tartás, a helyes légzés és a megfelelő egyensúly kialakításához, a kóros reflexek visszaszorításához és az egészségesek stabilizálásához, majd a mozgáskoordináció fejlesztéséhez.

Mindenekelőtt az legyen a célunk, hogy a patológiás és abnormális reflexeket lehetőség szerint gátoljuk. Egy súlyos dysarthriás agyi bénult ugyanis nem képes a beszédhez szükséges mozgásfolyamatokat testének többi részétől függetlenül kivitelezni, azaz, ha beszél, felfokozódik egész testének izomtónusa, ami helytelen tartásokban és mozgásokban nyilvánul meg. Először a durva mozgásokat, a fej, a nyak, a váll reflexes mozgásait próbáljuk meg visszaszorítani (utána térjünk rá az állkapocs, az ajkak és a nyelv differenciáltabb mozgásaira). A beszéd jelentős feltétele a fejkontroll

(vagyis az, hogy a fejet a vállövezettől függetlenül tudjuk emelni és forgatni). Ezt segíti elő a lóháton való ülés azáltal, hogy a páciens lábait jó mélyre engedi, vállát hátrahúzza (vagy ebben segít neki a terapeuta), így a beteg a fejét könnyebben felemeli. A vállakat váltakozva mozgassuk vagy mozgattassuk, miközben a másikat rögzítjük, vagy a fejfel végeztessünk apró szelektív mozgásokat. A lovaglás a hangadáshoz való eljutásban is nagy segítséget tud nyújtani, mivel a tapasztalatok azt mutatják, hogy az agyi bénult gyerekek legbiztosabban a mozgásokon keresztül jutnak el a hanghoz. Spontán hangadásuk pedig sokkal könnyebben sikerül, ha a figyelmüket nem a fonáció, hanem a mozgás, pl. a ló mozgása/mozgatása köti le. A lovon ülve izmaik feszültsége könnyen oldódik, ami – a görcsösséggel szemben – nagyon fontos alapja a hangképzésnek. A hangadáshoz elengedhetetlen légzést önmagában, vagy a hangképzéssel kapcsolatban is befolyásolhatjuk. Ennek előfeltételeként a testhelyzet korrekciójával normalizáljuk a tartási tónust, melyhez nagyon fontos a láb abdukciója, a felegyenesedett medencetartás és az egyenes törzs. A törzs vezetett rotációja segítségével a lovon ülve gátolhatjuk a légzés elakadását. A belégzést úgy segítjük elő, hogy kilégzési feladatokat végeztetünk, amelynek hatására – az elfogyott levegő miatt – nagymértékű spontán belégző fázisra számíthatunk.

A lóháton történő, mozgással, cselekvésekkel egybekötött beszédfejlesztés a nyelvtani formák kialakulását is elősegíti. A cselekvés során a szavak jelentése mellett a gyermek megtapasztalja azok mondatban betöltött, szintaktikus szerepét és megérti, hogy bizonyos tárgyak, élőlények, helyzetek milyen kapcsolatban vannak egymással. Végezetül a lovaglás azért is nagyon hasznos, mert a CP-s páciensnek a megnehezített mozgásos körülményei között pozitív testi ingereket közvetít, amelyeket a nyelvhasználat szolgálatába tud állítani.

Mindenekelőtt ne árts... – összegző gondolatok

Sajnos – jelentős és számottevő jótékony hatásainak ismerete mellett – sok tudatlanság és félreértés is övezi a lovaglást és a lovasterápiát (itt van például rögtön e két fogalom különbségének gyakori tisztázatlansága...). Ebben az írásban azonban csak a lehangsúlyosabb és leginkább figyelmet

érdemlő területet szeretném érinteni: a ló mozgásának a csípőízületekre és a csigolyákra gyakorolt hatásait.

A ló lépése egy négyütemű, ritmikus, diagonális mozgás (a ló a négy lábát egymás után, egyenletes időközönként helyezi előre: pl. bal hátulsó, bal elülső, jobb hátulsó, jobb elülső stb.). A percenkénti kb. 90–110 lépés minden pillanatban kizökkenti a lovaszt az egyensúlyából, majd arra készteti, hogy azt magától újra megtalálja. Eközben elősegíti a törzs felegyenesedését, játékonnyan támogatja a gerinc-környéki izmok erősödését. Ez így önmagában igen örömdetes. A fentiekben vázolt mechanizmussal egyidejűleg azonban a páciens csípőízülete is erőteljes manipulatív hatásnak van kitéve.

A ló mozgásának motorja a két hátulsó láb: innen indulnak ki a mozgásimpulzusok (amelyek aztán később áttevődnek a lovasra): Először a ló gerincében jön létre rotáció, amelynek hatására a lovas medencéje jobbra-balra billen. A lovas medencéjének rotációja „a test hosszanti tengelye körül 8 fok. Ez a mozgás a csípőízület ki-be rotációját eredményezi (Katona 2006).” A lovas medencéje azonban előre és hátra, felfelé és lefelé irányban is mozog, hiszen a ló minden lépésekor felemeli és leteszi a lábát (előrehajtó és fékező mechanizmusok követik egymást). „A medence mozgása előre-hátra a csípőízületben flexiót (‘hajlást’) és extenziót (‘nyújtást’) eredményez. A medence bal-jobb felének süllyedése 5–8 cm-rel, az ágyéki csigolyák laterálflexiója (‘oldalhajlása’) által 16 fokkal elmozdul. Ez a csípőízületben folyamatosan váltakozó abdukciót (‘távolodást’) és addukciót (‘közeledést’) eredményez (Katona 2006).”

A lovon ülő páciens medencéje végső soron egy előrehaladó, háromdimenziós, fekvő nyolcast rajzol (Rose, Gamble alapján, idézi Katona 2006). A lépő ló által közvetített mozgásimpulzusokat a páciens reaktív (befogadó) ülése akaratlanul átveszi. Hatására a spasztikus (‘feszés’) izomzat ellazul, a hipotón (‘petyhüdt, laza’) izomzat erősödik.

Bizonyos csípőízületi elváltozások azonban megnehezítik a lovon való feszülésmentes ülést. Ezekben az esetekben kontraindikált (ellenjavallt) a lovasterápia – azaz: nem használ, hanem árt! Az indikációról minden esetben a szakorvosnak kell döntenie. Mivel a ló minden lépésekor nyúlik a csípőszalag, a csípőízület ficamának kockázatát pontosan tisztázni kell, mivel a lovaglólás és az intenzív mozgásstimuláció következtében

felléphet a túlzott kilazulás veszélye, és ennek következtében akár a helyéről is kimozdulhat. Gondoljunk csak bele: ez azt jelenti, hogy a csípőízület bizonyos betegségeiben a lovaglás kificamíthatja az ízületet! Ez súlyos baj lenne. Ilyenkor a páciens sokkal jobban járt volna, ha nem ül lóra! A csípő körüli izomzat spazmusának csökkenésekor fokozódhat a kilazulás (idegen szóval luxáció) veszélye. Amennyiben tehát a csípőízületi vápa nem megfelelően öleli körül a femur-fejet (combcsontot), kifejezetten veszélyes a páciens lóra ültetése – tehát nem terápia (vö. Bozori 2002; Holzmüller 2000).

Ahogy a ló által közvetített mozgásimpulzusok a páciens medencéjéről áttevődnek a csigolyákra, azokon felfelé haladnak, eljutnak a nyakszirtig, illetőleg ingerlik az agykérgi központokat. Gyakori kérdés szokott lenni, hogy gerincferdüléssel lehet-e lovagolni. Ezt a szakorvos véleménye alapján egyénileg érdemes elbírálni – általában súlyos, kóros gerincgörbületnél (25 és 40 Cobb fok között) már nem ajánlott. A gerincsérv egyértelműen kontraindikációt jelent. Mindenképpen különös figyelmet igényel a Down-szindrómával élők gerincének állapota. Esetükben ugyanis az atlanto-dentális instabilitás jelenti a veszélyt és a kontraindikációt. Ez egy kötőszöveti lazasággal járó genetikai állapot, amely speciális csigolyaröntgennel igazolható (Dr. Büki 2002). A nyaki csigolyák fokozott lazaságáról van ilyenkor szó, ami azért veszélyes, mert a ló lépő mozgásainak hatására olyan intenzív mozgásimpulzusok érkeznek erre a területre is, amelyek hatására sérülhet a gerinc, rossz esetben a gerincvelő is. A gerincvelő sérülése ebben a magasságban pedig bénulást, légzésleállást is okozhat. A Down-szindrómával élő gyermekek lovasterápiája tehát nagy kockázatot jelent, ortopéd szakorvosnak kell mérlegelni ezeket a veszélyeket.

Irodalomjegyzék

- Baken, Ronald J.–Daniloff, Raymond G. (eds.) (1991). Readings in clinical spectrography of speech. Singular Publishing Group Inc. – Kay Elemetrics Group., San Diego.
- Bozori, G. (2002). Lovasterápia. Gondolatok és vázlatok a gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna témaköréből. Polu-Press Kkt., Székesfehérvár.
- Dr. Büki, Gy. (2002). A lovasterápia indikációi, kontraindikációi. In Bozori, G. (2002): 51–54.
- Dr. Frint, T. (1982). A szókiejtés és a beszéd folyamat központi idegrendszeri zavara. In Dr. Surján L.–Dr. Frint T. (szerk.): 229–234.
- Dr. Surján, L.–Dr. Frint, T. (szerk.) (1982). A hangképzés és zavarai, beszédzavarok. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Fótiné Hoffmann, É. (szerk.) (1994). Szemelvénygyűjtemény a mozgásfosztékos gyermekek nyelvi fejlődése és kommunikációja témaköréből. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Fröhlich, Andreas D. (1989). Kommunikation und Sprachentwicklung bei körperbehinderten Kindern. In Fröhlich (szerk.): 11–28.
- Fröhlich, Andreas D. (szerk.) (1989). Kommunikation und Sprache körperhinderter Kinder. Verlag Modernes Lernen, Dortmund.
- Gósy, M. (2005). Pszicholingvisztika. Osiris Kiadó, Budapest.
- Györgypál, Zoltánné (2006a). A hippoterápia. In Györgypál, Zoltánné (szerk.): 14–18.
- Györgypál, Zoltánné (szerk.) (2006). Hippoterápia. Unicornis Egészségforrás Alapítvány, Balogunyom.
- Haupt, U. (1966). Die sprachlichen Schwierigkeiten zerebral gelähmter Kinder. Schriften zur Sonderpädagogik, Dortmund.
- Hildebrand-Nilshon, M. (1989). Sprachentwicklung des körperbehinderten Kindes. In Fröhlich (szerk.): 57–80.
- Holzmüller, P. (2000). A hippoterápia indikációi és kontraindikációi. Konferencia-előadás, Sarlópuszta.
- Katona, E. (2006). A ló mozgásának elemzése, hatása a páciensre. In Györgypál, Zoltánné (szerk.): 28–35.
- Kent, Ray D.–Netsell, R.–Abbs, James H. (1991). Acoustic characteristics of dysarthria associated with cerebellar disease. In Baken–Daniloff (eds.): 454–475.

DUPress

PREVENTÍV-GYÓGYÍTÓ MOZGÁS A FOGYATÉKKAL ÉLŐK FEJLESZTÉSÉBEN

Andrásné Teleki Judit¹

A mozgás egészségvédő szerepe

Az egészség megőrzésének leghatékonyabb módja a megelőzés, a prevenció, amely minden gyermekkel foglalkozó felnőttől elvárando feladat. A mozgás az egyik alapvető életjelenség. A testi és szellemi teljesítő képesség fokozására irányuló pedagógiai tevékenység, célja; hogy megfelelő mozgásingerekkel segítse az ideg-, izom- és csontrendszer, valamint a zsigeri rendszerek optimális fejlődését. A mozgás, a fogantatástól kezdve végigkíséri az ember életét, testi, lelki fejlődését. A mozgás nélkülözhetetlen, semmi mással nem helyettesíthető, nem pótolható, ezért is fontos, hogy a kisgyermek, a sokoldalú fejlődésük szempontjából, megfelelő mozgástapasztatokat gyűjtsenek. A mozgás fejlődése elősegíti a gyermekek testi, érzelmi, értelmi és szociális fejlődését, a megfelelő mozgásfejlesztés pedig hatással van az egyes részképességek fejlődésére is. A mozgás, a sport megszerettetése, a mozgásra nevelés, a szülők mellett a nevelési-oktatási intézmények kiemelt feladata.

Az Óvodai nevelés országos alapprogramja is az egészséges életmód alakítása terén feladatként jelöli a gyermek testi fejlődésének és a harmonikus, összerendezett mozgásának elősegítését, egészségének védelmét. A kisgyermek a természetes mozgást, azok kombinációját – csúszás, mászás, kúszás – a körülöttük lévő világ felfedezését spontán, ösztönyszerűen gyakorolják.

Számukra a természetes mozgásigény feltételeinek biztosítása elengedhetetlen, mert a további fejlődésük erre alapozva ad majd biztonságot. A tudatos mozgásfejlesztés megkezdése erre az időszakra tehető. A tudatos mozgásfejlesztés elősegíti a gyerekek természetes mozgását: a járást, a futást, támaszt, függést, egyensúlyozást, ugrást, dobást, sokszínű változatos

¹ Andrásné Teleki Judit – DEGYFK, Sport- és Egészségtudományi Tanszék; judit.teleki@startadsl.hu

játékokat. Elsősorban a tartásjavításra, a has- és hátizom erősítésre kell nagyobb figyelmet fordítani. Az óvodában a mozgásnevelést az óvodai foglalkozások körébe kell beépíteni. Az elsajátított mozgásminták rögzítése, a szükséges korrekciós helyzetek alkalmaztatása a napirend egészét átszövő feladat része.

A gyermekek többször átesnek fejlődésük azon szakaszán, amikor nincs összhangban növekedésük az izomerejük fejlődésével. Ezen időszakban külső látható jelei vannak a fejlődési diszharmóniának, melynek kezdődő megnyilvánulási formája, a hanyag tartás, amely idővel – speciális gyakorlatok hiányában – komoly elváltozásokhoz vezet. Az iskolai testnevelésnek az egészségmegőrzés szempontjából elsődleges feladata a helyes testtartás kialakítása, a funkcionális elváltozások megelőzése, amely a testnevelő tanárok feladata. A prevenciót nem a normál testneveléstől elkülönítve speciális foglalkozások keretében javasolt megoldani, hanem a mindennapos testnevelési foglalkozásokon, míg a korrekciót célirányos egyéni fejlesztéssel. Amennyiben a gyermek/tanuló szervezetét életkorának és egyéni fejlettségének megfelelő mozgásinger éri, elkerülhetők a mozgáshiányból kialakuló elváltozások. (*Preventív szemléletű testnevelés*).

A preventív-gyógyító mozgás – gyógytestnevelés

A legnagyobb odafigyelés – a korán elkezdett sportolás, a mindennapos testnevelés – ellenére is előfordul, hogy a gyermeknél/tanulónál az egészségügyi szűrővizsgálaton gerinc, vagy egyéb statikai elváltozást állapítanak meg. A fiatal fejlődő szervezet törzsizomzat erejének nem megfelelő mértéke az oka a deformitások kialakulásának. Sajnos, vannak olyan veleszületett, vagy szerzett betegségek, amelyek az egészséges, sportos életmód ellenére is manifesztálódnak. Amennyiben az elváltozások mértéke nem akadályozza az iskolába járást, a prevenció és korrekciós feladatokat az iskolai gyógytestnevelés keretein belül, a gyógytestnevelő tanár látja el, hozzájárulva az egészségi állapot helyreállításához, javításához, szintentartásához, rehabilitációjához.

Az iskolai gyógytestnevelés, korai felismerés esetén, betegségmegelőző funkciót, elváltozások esetén pedig korrekciós tevékenységet lát el. „A gyógyulás szempontjából a korai diagnózis döntő fontosságú, mivel az elváltozások könnyebben javíthatók, bizonyos enyhébb elváltozások akár meg is

szüntethetők. A speciális mozgásterápia, megkezdése jelenthet megfelelő korrekciós megoldást, amely a nevelési oktatási intézményekben a gyógytestnevelési foglalkozásokon való részvétel”. (Andrásné, 1996)

A **gyógytestnevelés** pedagógiai tevékenység, amely (gyógytestnevelési ismeretekkel rendelkező) tanári (gyógytestnevelő) diplomához kötött. A gyógytestnevelők a testi képességeiben visszamaradt, mozgásszervi-, belgyógyászati- és egyéb betegségekben szenvedő tanulók, tantervbe foglalt differenciált képességfejlesztését végzik, a testnevelés eszközeivel és módszereivel. E speciális prevenciós és korrekciós feladatok ellátását a gyógytestnevelő tanárok mellett a szakirányú végzettséggel rendelkező gyógytestnevelés tanítására felkészített óvodapedagógusok, tanítók is végezhetik (3–12 éves korosztálynál).

A gyógytestnevelés célja és feladata:

- szerzett, vagy veleszületett elváltozások, betegségek rehabilitációja
- prevenció
- testi képességek fejlesztése, mozgásműveltség fejlesztése
- sportolási igény felkeltése

A gyógytestnevelő tanár feladata: a mozgásszervi és belgyógyászati elváltozások miatt, gyógytestnevelési kategóriába sorolt gyermekek/tanulók prevenciós és korrekciós feladatainak ellátása.

Mozgásszervi elváltozások: lapos hát, nyerges hát, domború hát, skoliozis, kifózis Scheuermann, lordózis, kifolordózis, ferdenyak, tölcsér-mell, tyúk-mell csípő ízületi elváltozás, lábboltozat süllyedés.

Belgyógyászati elváltozások: a vegetatív disztónia, hipertónia, asztma, szív-betegség, kóros elhízás, szemészeti elváltozások.

A preventív-gyógyító mozgás – a szekunder és terciér prevenció – megvalósítása a nevelési-oktatási intézményekben a gyógytestnevelők, míg a súlyosabb esetek egészségügyi intézményekben történő kezelése a gyógytornászok feladata.

A gyógyító mozgás, mint terápiás eszköz a fogyatékkal élők fejlesztésben

A mozgás nem csupán kondíciófokozó tevékenység, hanem terápiás eszköz is, mivel az idegrendszerre legközvetlenebb módon a mozgással lehet hatni. Az idegrendszer érése és a mozgásfejlődés szoros egységben valósul meg. A mozgásnak kiemelt jelentősége van a gyermekek fejlődésében, képességeik kibontakozásában

A korai fejlesztés

Amennyiben a gyermek mozgás fejlődése jelentősen eltér az életkorától elvárt szinttől akkor meg kell kezdeni a korai fejlesztést. A foglalkozások legfőbb feladata a játékos-mozgásos tevékenységek által a nagy- és finom-mozgások erősítése, mely kihat az egyéb részképességek fejlesztésére is. Ezért szükséges a mozgásterápiát minél fiatalabb (csecsemő) korban megkezdeni. Különböző mozgásos terápiák és tréningek állnak azoknak a szülőknek a rendelkezésükre, akiknek gyermeke koraszülött, és ez által a mozgásfejlődése lassabb, nem megfelelő ütemű, vagy ha a mozgás bizonyos fejlődési fázisai kimaradnak. A fejlesztést végző szakemberek összehangolt munkája egy széleskörű, egyénre szabott tevékenységet eredményez, amelyben a különböző terápiás elemek folyamatosan alkalmazkodnak a gyermek állapotához, képességeihez, diagnózisához.

A korai fejlesztés hosszú, akár a további életkorokra is átnyúló terápiás folyamat, amely során látványos eredmények is elérhetők

A mozgásfejlesztésben alkalmazott technikák és módszerek

Pető módszer

A módszer a központi idegrendszeri sérült gyermekek mozgásfejlesztésével foglalkozik. A módszer célja, hogy új idegi kapcsolatok kiépítésével lehetővé tegyék az új mozgásformák elsajátítását, melyet e speciális feladatokra felkészített konduktorok végeznek. Minél korábban (csecsemőkorban) kezdik el a korai mozgásfejlesztést, annál nagyobb a várható javulás.

Katona módszer

A módszer a perinatálisan (idegrendszer) sérült csecsemők mozgásfejlesztése, az elemi mozgásminták kiváltásán alapszik, mellyel a csecsemő idegrendszerét habilitálják. A terápia korai megkezdésének, a korai mozgásfejlesztésnek alapvető szerepe van az eredményességben, a későbbi mozgásfejlődésben.

Delacato (alapozó) terápia

A terápia a gyermek klasszikus mozgásfejlődésére épül. Abban az esetben alkalmazható, ha a mozgásfejlődés egy-egy fejlődési szakasza kimarad a kisgyermeknél, (pl. kihagyja a kúszást és rögtön mászni kezd) vagyis, a mozgásfejlődés nem teljes körű. A terápia a során a mozgásfázisok egymás utáni állomásait újra meg kell tanítani a gyermekkel.

Dévényi-féle speciális manuális gimnasztika (DSGM)

A speciális manuális terápia komplex mozgás-rehabilitációs eljárás. Ez a speciális terápiás módszer két nagy működési területet ölel fel:

- 1) *Speciális manuális technika* (SMT), amely kézzel végzett izom-ínkezelés, de a masszázstól gyökeresen eltérő módszer, amely során az idegrendszer direkt ingerlése, izomrövidülések, ízületi zsugorodások oldása, és az izomzat kóros helyzetének normalizálása a fő cél.
- 2) *Analitikus gimnasztika* (AG), amely az analitikus gimnasztika a művészi torna gyakorlatanyagát módszerét használja fel. A korrekció mellett – a sérülés adta lehetőségeken belül – a tudatos, pontos, célszerű, harmonikus mozgás kialakítása a cél.

A két tevékenységi terület közös alapelvekre épül, közöttük szerves összefüggés van. A terápia során e két tevékenységi területet egyénre és betegségre szabottan alkalmazzák. A minél korábbi életszakaszban – akár már az inkubátorban – megkezdhető a rendszeres kezelés.

Ayres terápia (DSZIT)

A Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápiás foglalkozáson a fejlesztés játékos, élménygazdag, önfeledt módon történik, a terapeuta által kikészített eszközökön (akadálypályák, hinták, és egyéb fejlesztő eszközök). Ez a mozgásos terápia a gyermekek spontaneitására alapozott, amely – egyéb más részképességek fejlesztése mellett – elősegíti a mozgások (nagy, finom, szem-kéz koordináció) összerendeződését, fejleszti a tér és irány-észlelést, normalizálja az egyensúlyrendszert, erősíti a testsémát és a testtudatot.

Tervezett Szenzo Motoros Tréning (TSMT)

A TSMT foglalkozásokon a gyermekek előre tervezett mozgásos feladatokon mennek végig. A csoportba kerülést egy felmérés előzi meg (Állapot és Mozgásvizsgálat). A TSMT mozgásos foglalkozások hatására a gyermekeknek nem csak a mozgásuk rendeződik, hanem az idegrendszer érése következtében javul a téri tájékozódásuk, testképük, utánzási képességük, feladattudatuk, ez mellett egyidejűleg a figyelmük és emlékezetük.

Hidroterápiás rehabilitációs gimnasztika

Preventív, habilitációs és rehabilitációs, regressziós szemléletű langyos vízben alkalmazható mozgásfejlesztési módszer, amely a meglévő mozgás-funkciókat segíti. A fejlesztő eljárás során a korai szenzomotoros korszak át nem élt, be nem épített ingereket, a megkésett fejlődésű gyermekek megkapják. A víz fizikai és termikus tulajdonságain túl, a személyiség pozitív irányú befolyásolásával kedvezően hat a fogyatékosok következményeire, növeli az önbizalmat, segít a mozgásigény aktivizálásában és az akaratnevelésben.

Lovasterápia

A lovasterápia egy olyan speciális komplex fejlesztési módszer a gyógyításban, a megelőzésben, a rehabilitációban és a fejlesztésben. Kiváló terápiás módszer a sérültek, károsodottak, fogyatékosok, illetve az egészségükben veszélyeztetettek életminőségének javítására. Célja: a károsodás, sérülés, fogyatékoság ismeretében a ló és a lovaglás hatásainak felhasználása.

lása a minél gyorsabb eredményesebb gyógyulás, képességfejlődés és rehabilitáció érdekében.

Játékterápia

A játékterápia központi idegrendszeri és genetikai károsodott csecsemők és kisgyermek korai fejlesztő programja, melyet a terapeuta a szülők közvetlen együttműködésével folytat. A gyermekek játékában fellelhető mindaz, amit a világból érzékelnek, és amit magukról gondolnak.

Két éves korig a szenzomotoros szakaszban a mozgásos koordináció fejlődése során a gyermekek játéka az *explorációs* (gyakorló, funkciós, érzékszervi-mozgásos, kísérletező) játékok. A *funkcionális játékok* során, tárgyak és eszközök segítségével mozdulatokat, mozgássorokat alakítanak ki, majd ezekből a begyakorolt mozdulatsorokból alakul ki a konstrukció. A különböző eszközökkel végezhető játékterápia célja, a kisgyermek megfigyelése és megismerése.

A fizikai képességek és a mozgáskoordináció fejlesztése

A képesség és készségfejlesztés elemi feladata a mozgás iránti attitűd és érdeklődés felkeltése, amely a fogyatékkal élő gyerekeket, fiatalokat bevezeti a még nem ismert mozgásélménybe. Ez, csak abban az esetben érhető el, ha a kiválasztott mozgásanyag a fogyatékoság típusának megfelelően kerül összeállításra, és ha a fizikai képességek fejlesztésénél kellő figyelem hárul az egyéni mozgás-tűrőképesség határaitra.

Mozgásfejlesztés – motoros képességek fejlesztése

Célja: a mozgási funkciók javítása.

- A testvázlat kiépítése, a különböző testhelyzetek tudatos érzékelése, változtatása, a testrészek mozgatása különböző testhelyzetekben, a saját testhez viszonyított irány- és térbeli helyzet felismerése
- Finommozgás fejlesztése, vizuomotoros koordináció kialakítása; nagymozgások lendületes végzése, egyensúlygyakorlatok, ügyességi gyakorlatok
- Mozgások megkülönböztetése (tempó, erősség, ritmus)

Mozgásnevelés

„A mozgásnevelés komplex pedagógiai és egészségügyi célú gyógypedagógiai rehabilitációs hatásrendszer; a fogyatékos tanulók nevelésében az egészséges életmódra nevelés egyik specifikuma. A fogyatékos tanulók nevelésében, oktatásában, mint rehabilitációs tevékenység, és mint nevelési feladat van jelen” (Benczúr 2003) amely a mozgástevékenységben akadályozottak testi fejlesztését segíti. Célja, a testséma kialakítása, a mozgás örömeinek átélése és az önálló cselekvés ösztönzése:

- Az alapmozgások kialakítása, korrigálása
- Spontán mozgásfejlődés támogatása
- Saját test megélésének elősegítése
- Az utánzókézség fejlesztése
- Az érző és mozgató funkciók, valamint ezek integrációjának sokoldalú fejlesztése
- A szenzomotoros ismeretszerzési lehetőségek javítása
- Manipulációs készség, vizuomotoros koordináció fejlesztése
- Mozgásos tapasztalatszerzésre építve az elemi mozgáskultúra kialakítása
- Mozgásos sikerélményekre alapozva az önismeret fejlesztése, önbizalom növelése

A *mozgásnevelés* magába foglalja a fentiekben felvázolt eljárásokat, amelyekből mindig az adott diagnózis, annak romló, stagnáló, javuló jellege, az életkor függvényében választja ki a leghatásosabb és legcélravezetőbb módszereket. A mozgásnevelés feladatait nem az életkor, hanem a fogyatékoság, annak mértéke, valamint a mozgásállapot súlyossága határozza meg.

A *mozgásnevelés célja*: az önálló életvitelhez, az iskolai munkához, a társadalmi beilleszkedéshez szükséges alapok megteremtése.

Feladata: A mozgáskorlátozottaknál meglévő mozgáslehetőségek fejlesztése, az ép funkciókra való támaszkodás, a szükséges segédeszközök használatának gyakorlása.

A mozgásnevelés a gyógyító eljárások közül a gyógytornát, a masszázst, a szükséges gyógyászati és rehabilitációs eszközöket alkalmazza.

A mozgásnevelés résztevékenységei:

- A motoros képességfejlesztés és sportági felkészítés, a testnevelés és sport mozgásanyagának, tevékenységformáinak adaptációjával;
- Az életkornak megfelelő mindennapos tevékenységek megtanítása az önellátás feltételeinek a kialakításával, a mozgásos alkalmazkodó képesség optimális szintre emelése érdekében;
- A kommunikációs képesség motoros feltételeinek javítása

A mozgástevékenységben akadályozott személyek gyógypedagógiai nevelésének, oktatásának, terápiájának, rehabilitációjának/habilitációjának speciális művelési és kutatási területe a szomatopedagógia. „A szomatopedagógia más típusú sérültség specifikus gyógypedagógiai ágakkal is szoros kapcsolatban áll, hiszen a mozgássérültség bármely más fogyatékossági típussal együtt járhat.” (Mesterházi, 2001)

A *gyógytorna* az egyik legősibb terápiás ág, melyet a megelőzésben, a gyógyításban, és a rehabilitációban egyaránt alkalmaznak. A gyógytorna egészségügyi szakmai tevékenység, amely elsősorban a mozgásszervi károsodás, és a funkciózavar helyreállítására, a lehetőség szerinti mozgékonyság elősegítésére, és a mozgásképeség fejlesztése által az életminőség javítására szolgál. „A *gyógytorna*, mint mozgásterápia, része a fizioterápiának, pontos klinikai vizsgálatok alapján összeállított terápiás célú mozgásgyakorlatokból áll, amelyek illeszkedő ingersorozattal hoznak létre funkcionális aktivitást, a funkcionális anatómián, az élettanon és kórélettanon alapul. Ezen ismeretek határozzák meg alkalmazásának szabályait.” (Gardi, 1995)

A gyógytorna speciális mozgásanyaga az egész szervezetre, vagy egyes szervek működésére gyógyító hatást gyakorol. A gyógytorna egy olyan természetes, funkció-helyreállítási forma, amely semmilyen más kezeléssel nem helyettesíthető.

A mozgásterápia során alkalmazott technikák:

- *Aktív technikák* (vezetett aktív mozgások, szabad mozgások, ellenállással szemben végzett mozgások)
- *Passzív technikák* (fektetések, tehermentesített mozgások, húzókezelések, passzív mozgatás, alátámasztott felfüggesztett mozgások)
- *Transzfer technikák* (emelési technikák, helyzetváltoztatási technikák)
- *Mobilizációs technikák* (ízületi mobilizációs technikák, lágyrész mobilizációs technikák, sztreccing technikák)
- *Járásiskola* (járás előkészítése, a terhelhetőség, ill. tehermentesítés fokának megfelelő segédeszköz megválasztása, használatának tanítása, protézis típusának megfelelő járás tanítása)
- *Légzésterápia* (légzés és tartás, illetve mozgások gyakoroltatása, légzés és tartás gyakoroltatása, mellkasi manuális technikák, váladék mobilizálását és eltávolítását segítő technikák)

A preventív gyógyító mozgás a fogyatékkal élők fejlesztésében

1) A *testi fogyatékos* esetén a mozgásszervrendszer veleszületett, vagy szerzett károsodása és/vagy funkciózavara miatt jelentős és maradandó mozgásos akadályozottság áll fenn, melynek következtében megváltozik a mozgásos tapasztalatszerzés. A központi idegrendszer sérülése okozhat különböző fokú *mozgáskorlátozottságot*, melyet nemcsak az ép mozgásformák részleges vagy teljes hiánya jellemez, hanem a mozgásállapotot jelentősen befolyásolják a különböző kóros tartási- és mozgásminták, valamint az idő folyamán kialakult deformitások, kontraktúrák is. A *mozgáskorlátozottság* már születéskor is fennállhat, de az élet folyamán bármikor kialakulhat. A mozgásszervrendszer veleszületett vagy szerzett károsodása a szervezet funkcionális képességeit, az egyén aktivitását maradandóan akadályozza, és az egyén részére hátrányos helyzetet, korlátozott életvitelt okoz.

Mind két esetben a kedvezőtlen külső körülmények egyidejű fennállása esetén hátrányos társadalmi helyzet kialakulásához vezethet. Ez megnyilvánulhat a személyes kapcsolatokban, a tanulásban, munkában, közleke-

désben és a szabad idő eltöltésének bármely formájában. A hátrányos helyzet leküzdése a rehabilitáció eszközeivel lehetséges, melyek közül kiemelt jelentősége van a mozgásnevelésnek, a mozgások folyamatos gyakorlásának, a gyógytorna, a sport eszközeivel. A mozgásnevelés mellett szükséges a megfelelően kiválasztott és adaptált segédeszközök használata is.

A mozgásszervi problémákkal küszködőknek több és differenciáltabb mozgásra van szükségük, mint ép társaiknak. A mozgásszervek működésének javítása, korrekciója és kompenzációja a fizioterápia eszközeivel történik, de jelentős szerepe van a sportnak is. „A sportolás, mint eszköz, elősegíti nemcsak a mozgásbeli képességek javulását, hanem az elfogadás és a változó körülményekhez való fogyatékos-specifikus alkalmazkodást is. A fogyatékosok sporttevékenységének hatása integrálódik a szocializáció folyamatába, hatással van az alapvető tartási és mozgási formákra, cselekvésformákra, a mozgáskreativitás fejlődésére” (Benczúr, 2012) A mozgáskorlátozottaknak sporttevékenységek körébe sorolható többek között a kerekesszékes gyorsasági verseny, a vívás, az íjászat, az asztali-tenisz, a tenisz, míg a csapatsportok közül a kosárlabda. Nem javasoltak a hirtelen, nagy erőfeszítéssel járó atlétikai sportágak, valamint versenyszerű úszás és a vízilabda.

Az 1933-ban megjelent Magyar Pedagógiai Lexikonban Tóth Zoltán elmélete szerint „a gyógyító nevelés területén legtagabb a gyógytorna szó jelentése, amelyet a gyógyító nevelés nem gyógytorna címen tárgyal. Megfogalmazása szerint a testi hibák, rendellenességek és fogyatékoságok gyógyító nevelése a gyógypedagógia különböző fogyatékosági területein diagnosztikai és prognosztikai, valamint terápiás szempontjai a testi nevelés sajátosságait jelentik és a testi nevelés tanában jelenjen meg”. (Kemény, 1933) Ez azt jelenti, hogy a gyógypedagógiai nevelésben a gyógytorna elméleti és gyakorlati ismereteit, tevékenységeit integrálni szükséges. Ebből is látszik, hogy elődeink e sajátos mozgásterápiás tevékenységet nem csak a testi fogyatékosok nevelésében tartották szükséges pedagógiai, gyógypedagógiai tevékenységnek, hanem a más fogyatékosági csoportok nevelésében is.

2) *Érzékszervi fogyatékosok* körébe tartoznak a látássérültek (vakok és gyengénlátók) és a hallássérültek (süketek és nagyothallók).

A *látássérült* gyermekeknél a testkultúra kialakítása, a tartáshibák megelőzése, a helyes testtartás megtanítása, folyamatos fejlesztése, a játék, a mozgás-ritmus, a tájékozódási képesség intenzív fejlesztése kiemelt szerepet kap. Nagy élményt jelent már az óvodában is – bármely fogyatékosági csoportba tartozó gyermeknek – a közösségben végzett játékos-mozgásos tevékenység, amely egyidejűleg elősegíti a szocializációt, a spontán tanulást. A látássérült gyermekek fejlesztése, fejlesztő foglalkozásokon, illetve rehabilitációs célú foglalkozásokon történik, egyéni fejlesztési terv alapján. A ritmus és a tájékozódási képesség fejlesztésében ajánlott – új terápiás módszer – a táncterápia, amely során adott a lehetőség a testvázlat kiépítésére, a különböző testhelyzetek tudatos érzékelésére, változtatására, a testrészek mozgatására, a saját testhez viszonyított irány- és térbeli helyzet felismerésére. Mindezek fejlesztésére – kiegészítő tevékenységként – ajánlható a kosárlabda, mint csapatsport. A csapatjáték során a látássérülteknek lehetőségük van megtanulni a gyors fordulásokat, akár a pillanatnyi egyensúlyvesztésből visszanyerni az egyensúlyukat. Megtanulhatják az esést és az abból való gyors felállást. Az esés gyakorlására kiváló sportág még a cselgáncs is, mert szintén lehetőség van – a koordináció és egyensúlyérzék fejlesztése mellett – megtanulni ügyesen esni, és a váratlan helyzeteket kivédeni.

A *hallássérült* fogyatékosági körbe tartozóknál ránézésre a fogyatékoság jelei nem észlelhetők, náluk a kommunikációnak vannak súlyos gátjai. Minél korábbi életkorban, már az egészen kicsi gyermeknél nagy figyelmet kell fordítani a nyelvi kommunikáció megalapozása mellett, az egyensúlyérzék fejlesztésére. Az óvodás és iskolás korban jelentős lehet a táncterápiában alkalmazott – a mozgásvégrehajtás szempontjából közvetlenül felhasználható – hallási jelzések információértéke is. A zene, a tánc dinamikája, a hanghatások lényeges információt adnak a mozgáskoordináció számára. Ők azok, akik számára javasolt az integrált sportolás, a halló társakkal való közös játékban, csapatsportban való részvétel. A siketek és nagyothallók az épek között is tudnak kiváló eredményeket elérni egyéni sportokban, de az is fontos, hogy egymást között is versenyezzenek.

Az integrált sportolásnak, illetve a csapatsportokban való részvételnek szociális és kommunikációs jelentősége is van.

3) Az *autizmussal élők* problémájának lényege a szociális-kognitív és kommunikációs készségek fejlődésének zavara, amely áthatja a személyiség fejlődésének egészét, amely általában fogyatékos állapothoz vezet. Az autista gyermekek fejlesztő foglalkozásain, a mozgásos tevékenységek során az utánzás, nagymozgás, finommotorika, a mozgáskoordináció és egyensúlyérzékelés fejlesztése emelhető ki – más egyéb fejlesztések mellett – igazodva a gyermek egyéni igényeihez. Számukra szükségesek a kiegészítő terápiák is, így a lovasterápia, a zeneterápia, a táncterápia, a játék, a rehabilitációs úszás, a gyógytorna és a gyógytestnevelés.

4) A *beszéd fogyatékoság* esetén a beszéd, mint összetett funkcionális rendszer igen sok ponton sérülhet, ezért a különböző kórformái miatt a rehabilitációs feladatok is eltérőek. A speciális beszéd technikai és tartalmi fejlesztését szolgáló logopédiai terápiás foglalkozások mellett szükséges a speciális mozgás- és ritmuskorrektció fejlesztése, a koordinációs készség fejlesztése, a test- és a beszédszervek laza izomműködésének kialakítása, a helyes légzéstechnika kialakítása. A mozgásfejlesztés teremti meg a beszédterápiához szükséges mozgásos készségek alapjait.

5) Az *értelmi fogyatékosok* többsége súlyos mozgászavarral is küzd, és gyakran az életkortól függetlenül a fejlődés kezdeti szintjét mutatják. E szint megismeréséhez fel kell térképezni a tanulók erőnlétét, álló képeségét, izomtónusát, a csontrendszeri integritást (esetleges funkcionális vagy organikus rendellenességeket) azokat a szomatikus tényezőket, melyek kiemelt figyelmet igényelnek a későbbi fejlesztés során. „A mozgás fejlődéséhez szükség van az érzékelés-észlelés fejlődésének megfelelő alakulására, hogy kellő feltételeket teremtsen az aktivitáshoz, a mozgáshoz”. (Márkus, 2005) A szomatikus elváltozások, funkcionális szinten akadályozzák a mozgásfejlődést. A mozgásfejlesztés folyamatában a funkciók kölcsönös függőségi viszonyban állnak. Az értelmi fogyatékosok esetében is hatalmas motiváló erő a pozitív mozgásélményhez juttatás, a sport. A sport általi állóképesség és mozgásügyesség fejlesztése nagymér-

tékben hozzájárulhat ahhoz, hogy az értelmileg fogyatékos fiatal a későbbi életkorban akár a munkára is alkalmassá váljon.

6) *Súlyosan-halmazottan fogyatékosok* túlnyomó többsége idegrendszeri sérülésből adódóan súlyos fokban mozgáskorlátozott, ezért a mozgásfejlesztésüket gyógytornász, konduktor végzi, szükség esetén egyéni terápiás foglalkozással egészítve. „A mozgásnevelés elsődleges feladata: a motoros aktivitás csökkenése miatt kialakult szenzomotoros depriváció csökkentése, a kialakult fejlődési elmaradások pótlása, passzív mozgatással és facilitált mozgások kiváltásával. Mozgásnevelésük kiindulópontja a pozicionálás, a mindennapos tevékenységekhez szükséges helyes és biztonságos testhelyzetek kialakítása”. (Márkus 2005) A cél, az elmaradt vagy károsodott tartási és mozgási funkciók fejlesztése, javítása, a lehető legmagasabb szintű mozgásos önállóság elérése.

A „fogyatékos sport”

A fogyatékosok, vagy fogyatékosokká váltak életében nagy eredménynek számít, ha olyan területen érnek el eredményeket, amelyben akadályozottságuk alapvető módosító feltételként van jelen. Ennek egyik fontos területe a sportolás a személyiség teljes fejlesztése szempontjából – minden fogyatékosági forma, típus esetében – kiemelkedő jelentőséggel bír. A fogyatékosok körében a sportban elért sikerek erősítik az önbizalmat, az átlag feletti sportteljesítmény még kiugrási lehetőséget is biztosít, mindezek mellett óriási jelentősége van az életesélyek, a társadalmi elfogadás szempontjából is.

A sportteljesítményekkel, a fogyatékosok is el tudják magukat fogadtatni a társadalommal, ők is lehetnek példák az épek és a fogyatékosok körében egyaránt. A fogyatékosoknak – legyen az gyermek, fiatal, vagy felnőtt – óriási élményt jelent, ha a sportteljesítményük által hazai, nemzetközi sportversenyekre, vagy akár a paraolimpiára is eljuthatnak. Elismert tény, hogy a mozgás, a sport a fogyatékosok számára fontos életminőség-fejlesztő tevékenység, hathatós rehabilitációs eszköz. A sportolás közzismert egészségmegőrző hatása mellett a baráti, társas kapcsolatok, a közösségi beilleszkedés, a személyes fejlődés, az önértékelés, az aktív kikapcsolódás, a tartalmas szórakozás lehetőségeit is biztosítja.

A fogyatékosok rehabilitációja igen nehéz és hosszú út, amely akkor mondható eredményesnek, ha olyan területen is elérnek eredményeket, amelyben akadályozottságuk alapvető módosító feltételként van jelen.” (Benczúr, 2000) Ennek egyik fontos területe a „fogyatékos sport”.

Összegzés

A mozgásnak kiemelt jelentősége van a gyermek fejlődésében, képességeinek kibontakoztatásában. A mozgásfejlődés szinte az élet első pillanatában megkezdődik. A mozgás fejlődése elősegíti a gyermekek testi, érzelmi, értelmi és szociális fejlődését. A mozgás nagymértékben segíti az észlelést, a tapasztalatszerzést, alapját képezi a magasabb gondolkodási funkcióknak. A fogyatékosok körében a mozgásfejlődés, és a különböző mozgásképességek fejlesztése terén jelentős visszamaradás tapasztalható. A fogyatékossgal járó tünetek nem csak a személyiséget érintik, hanem a mozgásfejlődés folyamatára is negatív hatással vannak. A korai életkorban megkezdett mozgásfejlesztés az egyes részképességek fejlődésére is hatással van.

A preventív-gyógyító mozgás a fogyatékosok fejlesztésében kiemelkedő jelentőségű. A mozgásfejlesztéshez, a mozgásneveléshez speciális ismeretekkel rendelkező gyógytestnevelő, gyógytornász, szomatopedagógus és a konduktor kreativitása és spontaneitása szükséges. Az ő feladatuk a mozgásnevelés optimális kínálatának megválasztása, a mozgásfejlesztő tevékenység folyamatos értékelése és korrekciója. A mozgásos, fejlesztő foglalkozások nem pusztán a mozgás fizikai funkciói szempontjából eredményesek, hanem lelki és csoportkohéziós vonatkozásaiban is. Az élményeket és ingereket szolgáltató aktivitásra építő mozgásos tevékenységek, fontos szerepet játszanak a különböző fogyatékosági csoportok képességfejlesztésében, életminőségük javításában.

Irodalomjegyzék

- Andrásné Teleki Judit (1996): A gyógyító testnevelés kialakulása, fejlődése, napjaink tendenciái, *Kandidátusi disszertáció, MTA Könyvtár, Budapest, 5.*
- Judit Andrásné Teleki (2014): Equal opportunities for groups with special needs – people with disabilities – in education, training and employment on the labour-market, *Social Co-existence – Personality Development – Training, Debrecen University Press, (5–17) ISBN 978 963 318 4394*
- Benczúr M.-né (2000): Sérülésspecifikus mozgásnevelés. *Mozgáskorlátozottak mozgásterápiája, adaptált testnevelése és mindennapos tevékenységre nevelése, ELTE BG Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 244.*
- Benczúr Miklósné (2012): Gyógypedagógia – rehabilitáció – adaptált testkultúra és sport, *Vas Imre emlékelőadás 17.*
- Benczúr M.-né (2003): Az egészséges életre nevelés fogyatékos-ság-specifikus sajátosságairól, *In: Benczúr M.-né (szerk.): Adaptált testnevelés és sport. I. FONESZ. Budapest, 33–56.*
- Csattos Márta (2007): Az elemi rehabilitáció magyarországi története, szolgáltatási formák, *Látássérült személyek elemi rehabilitációja IV. ELTE GYFK, Budapest.*
- Csányi Yvonne (2001): Mozgáskorlátozott gyermekek integrált oktatás-nevelése: Útmutató szülőknek és szakértői bizottságoknak, *ELTE – BGGYTF, Budapest.*
- Farmosi István (2011): Mozgásfejlődés, Dialóg Campus Kiadó, Budapest – Pécs.
- Gardi Zsuzsa (1995): Mozgásterápia és gyógytorna, *In: Bálint G.–Bender T.: A fizioterápia elmélete és gyakorlata. Springer Hungarica Kft. 65.*
- Gardi Zsuzsa (2008): Alapozó gyógytorna, Elmélet és gyakorlat, *Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, ISBN:2050000014857*
- Horváth M. (1926): Gyógypedagógia és gyógytorna, *In: Magyar Gyógypedagógia, 7–10 sz. 114–115.*
- Illyés Sándor (szerk.) (2000): Gyógypedagógiai alapismeretek, *Felsőoktatási Tankönyvtámogatási Program, ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolai Kar, Budapest, 666.*
- Kálmán Zsófia–Könczei György (2002): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig, *Osiris Kiadó, Budapest.*
- Kemény Ferenc (szerk.) (1933): Magyar Pedagógiai Lexikon, *I. rész. A–J, Révai Kiadó, Budapest.*

- Márkus Eszter (2005): A súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek nevelésének elméleti és gyakorlati problémái, *Doktori értekezés, ELTE PPK Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest, 151.*
- Mesterházi Zsuzsa (szerk.) (2001): Gyógypedagógiai lexikon. *ELTE BGGYFK. Budapest, 132.*
- Popper Péter (szerk.) (1983): Exploráció és terápia, *(Pszichológiai műhely), Akadémiai kiadó, Budapest.*
- Irányelvek a sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai neveléséhez és a sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásához (a 2/2005.(III.1.) OM rendelethez) *Budapest.*
- Mozgásfejlesztés – Mozgásnevelés <http://www.kerekvilag.suli-net.hu/iskola/mozgfejleszt.php> Letöltés: 2015. 01. 09.
- Táncterápia kialakulása, fejlődése http://tancterapia.net/cikk-gyujtemeny_merenyi.htm / Letöltés: 2015. 01. 15.

DUPress

DINAMIKUS ELJÁRÁSOK A TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTT GYERMEKEK KOGNITÍV POTENCIÁLJÁNAK ÉRTÉKELÉSÉBEN

János Réka¹–Batiz Enikő²–Farcas Susana³

A formatív diagnosztika kialakulása

Anastasi (1976, 297 o.), az Amerikai Pszichológiai Társaság elnöke, a pszichometria egyik vezető kutatója, a tesztelés helyzetét értékelve írta: „A pszichológiai tesztelés elkülönült a mai pszichológia lényeges irányzataitól. A pszichometrikusok a felmérési eszközök kidolgozási technikáinak finomítására fordították minden erejüket, és lassan megfedkeztek a mért viselkedések pszichológiai vetületeiről. Jóllehet a pszichológiai tesztek lényege a viselkedések (magatartások) mérésére vonatkozik, jelenleg ezek nem megfelelő módon olvasztották magukba a pszichológiai fejleményeket. Úgy tűnik, a pszichometrikusok lemondanak pszichológiai ismereteikről és aprólékos, elegáns statisztikai módszerek tanulmányozására koncentrálnak.”

A pszichológiai tesztekkel kapcsolatosan napjainkban is számos kritika fogalmazódik meg. Az idők folyamán alternatív tesztek is megjelentek, azonban ezeknek az alkalmazása nem széleskörű. A formatív diagnosztika, dinamikus tesztelési eljárás megjelenése elsősorban Vigotsky és Piaget nevéhez fűződik, elméleteik hozzájárultak az alternatív diagnosztikai eszközök kialakításához (Szamosközi, 2009).

Vigotsky szociokulturális elméletének tükrében a gyermek kognitív eszközei a felnőttel való interakciók során alakulnak ki, a magasabb rendű mentális folyamatok funkcionalitása az információ átadás minőségének is függvénye (Kozulin, 2003). Vygotsky elméletének értelmében a kultúra az,

¹ János Réka – Babes-Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, Alkalmazott Pszichológia Intézet; reka.janos@ubbcluj.ro

² Batiz Enikő – Babes-Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, Alkalmazott Pszichológia Intézet; eniko.batiz@ubbcluj.ro

³ Farcas Susana – Babes-Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, Alkalmazott Pszichológia Intézet; susana.farcas@ubbcluj.ro

ami a gyerekek számára biztosítja azokat a pszichológiai eszközöket, amelyekkel fel tudják építeni a kognitív előfeltételeket és ki tudják alakítani a magasabb szintű kognitív folyamatokat, amelyek szükségesek az alkalmazkodáshoz (Vygotsky, 1978). Vygotsky határozza meg és írja le a legközelebbi fejlődési zóna fogalmát, amely a későbbi *dinamikus (formatív) felmérési eszközök* kidolgozásának a kiindulópontja (Kozulin, 2003).

Haywood és Tzuriel meghatározásában a dinamikus felmérés egy interaktív felmérés, amely magába foglalja a szándékos és tervezett mediált tanítást, valamint a tanítás későbbi teljesítményre gyakorolt hatásának felmérését (Haywood & Lidz, 2007). A formatív diagnosztikai eszközök – a klasszikus pszichometrikus tesztekkel szemben – képesek a hiányos, egymástól független kognitív funkciók differenciált felmérésére (Feuerstein és mtsai., 1979; Tzuriel, 2000).

A konvencionális, normatív tesztek nem szolgálnak pontos információval az egyén tanulási képességeiről, a változó folyamatokról vagy a kognitív folyamatok plaszticitásáról, mint ahogy azt a formatív eszközök teszik (Fabio, 2005). A formatív diagnosztikai eszközök a kognitív profitot, valamint a taníthatóság mértékét és mikéntjét térképezik fel.

Sternberg és Grigorenko (2002) részletesen elemzik a különböző dinamikus megközelítéseket és a következőképpen csoportosítja őket: *Strukturális Kognitív Módosíthatóság* (Structural Cognitive Modifiability), *Tanulási Potenciál Tesztelése* (Learning Potential Testing), *Tesztelés Tanulás és Traszfer által* (Testing via Learning and Transfer), *Tanulási Teszt Megközelítés* (Learntest Approach), *Határok tesztelése* (Testing the Limits) és *Információ Feldolgozás* (Information Processing). Az 1-es táblázatban összefoglaljuk a legismertebb dinamikus felmérési eszközök főbb jellemzőit. Haywood a dinamikus felmérés három alapelvét foglalja össze: (1) a teszhelyzet restrukturálása, (2) a teszttel való tanulás és (3) a metakognitív beavatkozás, általánosítható kognitív műveletekkel (Haywood és Lidz, 2007).

*1. táblázat: A dinamikus felmérési megközelítések összehasonlítása
(Saját forrás)*

	Transzfer tesztek (Campione és Brown)	Tanulási tesztek (Guthke)	Kognitív változtathatós- ág (Feurstein)	Tanulási potenciál kiértékelése (Budoff)
Kiinduló állapot és általános elvek	A dinamikus kiértékelést egy tág elméleti alappal közelítik meg (Vygotsky, tanulás elméletek, transzfer kutatások) CÉL: A tanulási és transzfer képességek általános modelljének kidolgozása (az individuális különbségek alapján)	A tanulási potenciál mértéke, tanulási zavart mutató, tanulásban akadályozott tanulóknál (enyhén értelmi fogyatékos gyerekeknél) jobban előrejelzi az iskolai sikert, mint a klasszikus IQ tesztek CÉL: A tanulási tesztek prediktív validitásának vizsgálata	Vygotsky, Piaget elmélete CÉL: Meghatározni a gyermek teljesítményének a maximumát és a deficités kognitív funkciókat (LPAD) Mediálást biztosítani: lehetőséget a minimális segítséggel való boldoguláshoz	A speciális oktatásban részesülő gyermekek differenciálása (nyerők és nem nyerők) aszerint, hogy milyen mértékben profitálnak a tréning szakaszban kapott ismeretekből
Kiértékelés célja	Tanulás és transzfer mutatók kiszámítása	Tanulás mértékének felmérése	Kognitív módosíthatóság, pozitív tanulási tapasztalat biztosítása	Tanulási potenciál meghatározása
Tanulási potenciál mértéke	A kapott utalások vagy segítségek száma ahhoz, hogy a gyermek elérje a teljesítmény kritériumot a transzfer feladatban	A kapott utalások vagy segítségek száma ahhoz, hogy a gyermek elérje a teljesítmény kritériumot a tanulási feladatban	A feladatban való előrehaladás a vizsgálatvezetővel való interakció folyamán	A pre- és posztteszt közötti különbség kiszámítása, mely a kettő között kapott instrukció nyereségeként van meghatározva

A klasszikus pszichometrikus tesztek és a dinamikus felmérés összehasonlítása

A klasszikus pszichometrikus tesztek és a dinamikus felmérési eljárások több szempont mentén különböznek egymástól. A két eltérő felmérési technika a kiinduló elméletek, a tesztek felépítése, az alkalmazott módszer, a vizsgálatvezető szerepe valamint az eredmények értelmezése szintjén különbözik egymástól. A következőkben a korábban felsorolt szempontok alapján mutatjuk be a különbségeket.

Kiinduló elméletek. A klasszikus pszichometrikus tesztek, de legfőképpen az intelligencia tesztek abból az alapfeltételezésből indulnak ki, hogy a kognitív rendszer működése stabil, állandó és nem változtatható (Sternberg, 2014). Ezzel szemben a dinamikus felmérés a strukturális kognitív változtathatóságra alapoz. A formatív tesztek kidolgozói különbséget tesznek a gyermek kognitív képességei és a tanulási képesség között.

A tesztek felépítése és az eljárás. A klasszikus pszichometrikus tesztek általában egy feladat (item) sorozatból állnak, melyek a mért viselkedés reprezentatív kifejeződései. A dinamikus próbák leggyakrabban 3 logikailag izomorf (preteszt, tanítási fázis és posztteszt) itemsorozatot tartalmaznak. A preteszt célja a felmérésben résztvevő gyermekek aktuális kognitív fejlettségi szintjének megállapítása. A tanítási szakasz célja azoknak a deklaratív, procedurális és metakognitív ismereteknek a biztosítása, melyek szükségesek a próbák megoldásához. Ebben a felmérési szakaszban aktív interakció van a felmérést végző személy és a felmérésben résztvevő gyermek között, így lehetőség nyílik a kognitív működés folyamatainak körvonalazására, illetve a gyengébb teljesítmény okainak feltárására (pl. ismerethiány, alulmotiváltság, fejlődési rendellenesség, stb.). A posztteszt során az előző szakaszban megszerzett ismeretek és kompetenciák felhasználásának mértékét és mikéntjét lehet mérni. A transzfer megvalósulása jelzi, hogy a gyermek „felfedezi” azt, hogy a posztteszt feladatai valamiképpen ugyanarra a „kognitív kulcsra” nyílnak, mint a pretesztben elvégzett feladatok. Ez az egységes kulcsra nyíló stratégia kidolgozása a latens kognitív potenciál egyik alapvető prediktora. A formatív eszközök az iskolai tanulás „miniatürizált” helyzetének a modellezését jelentik, individualizált körülmények között (János, 2014).

A vizsgálatvezető szerepe. A klasszikus pszichometrikus tesztek alkalmazásakor a vizsgálatvezető egy jóindulatú, de semleges magatartást alkalmaz, a dinamikus próbák felvételére az aktív együttműködés jellemző. Az egyik alapvető különbség abban nyilvánul meg, hogy a normatív tesztek felvétele és az eredmények rögzítése nem függ a vizsgálatvezetőtől, a dinamikus próbák alkalmazásának sikeressége a mediáló személy szakértelmének, rátermettségének is következménye.

Az eredmények értelmezése. A klasszikus pszichometrikus tesztek eredményeképpen egy pontszámot kapunk, mely segítségével a teljesítményt összehasonlítjuk más gyermekek teljesítményével, és diagnosztikai kritériumokkal látjuk el. A dinamikus felmérés folyamán a gyermek teljesítményét saját korábbi szintjeihez viszonyítjuk (kognitív profil). A két felmérési eljárás közötti eredmény értelmezést egy orvosi hasonlaltal lehet szemléltetni: a klasszikus normatív tesztek lázmérőként működnek, jelzik, hogy valami baj van, a dinamikus próbák a további vizsgálatokat szimbolizálják, azaz a láz okainak megtalálását.

Számos pszichológus és gyógypedagógus gyakran számol be arról, hogy a teszten nyújtott teljesítmény nem tükrözi a gyermek valós értékét, felül- vagy alulértékeli teljesítményét. A dinamikus eszközök alkalmazása nem minden gyermek esetében indokolt. A dinamikus felmérést akkor javasolják a szakemberek, amikor a standardizált normatív tesztek eredményei alacsonyak, de más forrásból származó információk (tanítók, tanárok, szülők) nem támasztják alá ezt. Olyankor is ajánlani lehet a dinamikus felmérést, amikor az iskolai teljesítmény valamilyen kognitív, tanulási, vagy érzelmi és motivációs akadályokba ütközik. Gyakran a nyelvi problémákkal küzdő gyermekek kognitív kiértékelése is hatékonyabb dinamikus felmérési és értelmi potenciált vizsgáló eszközökkel. A kulturális különbségekből származó teljesítmény deficitiek kimutatására is alkalmasak az alternatív próbák (Lidz és Haywood, 2014, Haywood és Lidz, 2007).

A Feuerstein Tanulási Potenciált Mérő Eszközcsomag (Learning Potential Assessment Device – LPAD)

Vigotsky és Piaget kognitív fejlődéstudáselméleteit Feuerstein (1979, 1980) terjesztette ki, megalkotva a Strukturális Kognitív Változtathatóság modelljét. Feuerstein Izraelbe bevándorlók gyermekeit mérte fel klasszikus normatív pszichológiai tesztekkel, és meglepő eredményeket tapasztalt: a gyermekek nagyon nagy százaléka értelmi akadályozottnak bizonyult. Ez a felismerés indította el a hosszú kutatói és gyakorlati munkájában egy új elmélet és vizsgálati módszer kidolgozásában (János, 2014). A Strukturális Kognitív Változtathatóság megközelítési mód Tomasello (1999) ontogenezisről felállított ideáit támasztja alá. Az elmélet értelmében a kognitív fejlődést biológiai és szociokulturális tényezők határozzák meg. Ehhez a két faktorhoz rendeli hozzá Feuerstein a mediált tanulási tapasztalat fogalmát (Feuerstein és mtsai., 2006). A mediált tanulási tapasztalat segítségével ki lehet küszöbölni a genetikai, biológiai és szociokulturális tényezők hatásait, a kognitív rendszer átalakulási, megváltoztathatósági tulajdonsága által. *„Nem a kromoszómáké az utolsó szó”* – vallja Feuerstein (Feuerstein, 2006, 25 o.). Az elmélet egy alternatív felmérési eszközcsomag (Learning Potential Assessment Device, LPAD) kidolgozását vonta maga után, mely nem a kognitív fejlődés pillanatnyi fejlődési szintjére fókuszál, hanem feltérképezi a változtathatóság lehetőségeit és a gyermekek kognitív potenciálját is.

Az LPAD módszer a gyermekek, illetve a felnőttek kognitív potenciáljának felmérésére alkalmazható. Az LPAD eszközei két különböző szinten méri a kognitív működést: (a) a gondolkodás fluid folyamatainak felmérése; (b) a kognitív folyamatok funkcionálási szintjének mérése. A megfelelő strukturált tanítás biztosítja a gyermek vagy felnőtt kognitív módosíthatóságát és a hasonló problémák hatékonyabb megoldását (Feuerstein és mtsai, 2002).

Az LPAD eszközeinek alkalmazása lehetővé teszi a jól fejlett, illetve a hiányos kognitív képességek azonosítását, a kognitív elvek és stratégiák tanítására adott válasz felmérését valamint a kognitív deficitek leküzdéséhez szükséges befektetés formáinak és mértékének felbecsülését (Feuerstein és mtsai, 2002).

Az LPAD folyamatorientált, ezért nem kizárólag egy számértékben fejezi ki a teljesítményt, hanem egy kognitív profil segítségével, amelyben a következő eredményeket veszik figyelembe: (a) A gyermek vagy felnőtt jelenlegi kognitív működésének szintjét (észlelés, logikai érvelés, figyelem, általános problémamegoldó képességek), illetve a vizsgálatvezetővel történő interakciók (mediálás) során nyújtott teljesítményt; (b) értékeli a vizsgálatban résztvevő fogékonyságát a mediálás bizonyos formáira, megállapítva, hogy milyen típusú és mennyiségű mediálás szükséges a kijelölt feladat elvégzéséhez; (c) megmutatja az egyén módosíthatóságát, a pre- és poszttesztben kimutatható teljesítmény különbség által (Poehner, 2008).

A vizsgált személyek kognitív térképének megrajzolásában az alábbi 7 paramétert alkalmazzák, melyek lehetővé teszik a kognitív teljesítmény értelmezését és részletes elemzését:

1. A *tartalom*. Ez a paraméter az itemek familiaritására vonatkozik. A megszokott, familiáris helyzetek értelmezése egyes gyermekek számára nehézséget jelenthet.
2. A *modalitás vagy nyelv*, mely segítségével a mentális működést vizsgáló item kifejezésre kerül. Az LPAD eszközök a verbális, képi, és számokra támaszkodó, vagy ezek kombinálását megjelenítő modalitásokat tartalmaznak.
3. A *mentális működés fázisai*. Ez a paraméter lehetőséget nyújt a kognitív deficitok és erősségek információfeldolgozási szintjei mentén történő elemzésére (lásd 2. táblázat).

2. táblázat: Kognitív térkép (Saját forrás)

Input/ Bemeneti szint	Elaboráció/ Feldolgozás	Output/ Kimeneti szint
Tiszta, pontos észlelés	A probléma pontos meghatározása	Tiszta és pontos nyelvhasználat
Szisztematikus exploráció	A releváns kulcsingerek kiválasztása	Gondolkodás válasz előtt
Precíz, pontos címkézés	Az információ internalizálása/ belsővé tétele	Nyugodtság
Idő- és téri tájékozódás	A mentális mező átfogó felidézése	Pontosság az adatok és információk közlésében
Több információforrás egyidejű figyelembe vétele	A kapcsolatok felismerése és megértése	Pontos vizuális transzportáció/ információ átvitel
Pontosság, teljesség, hitelesség az adatgyűjtésben	Spontán összehasonlító viselkedés	Adekvát verbális eszközök
	Kategorizáció	
	Inferenciális gondolkodás	
	Tervezés	

Az **input szakasz**hoz tartozó folyamatok elemzésekor feltérképezésre kerül az észlelés pontossága, az exploráló viselkedés szisztematikussága, a címkézés precizitása, az idő- és téri tájékozódás pontossága, az állandóság megőrzése, a több információforrás figyelembevételének képessége, valamint az adatgyűjtés hitelessége és teljessége.

A kognitív **feldolgozási szakaszban (elaboráció)** felmerülő problémákra is fényt deríthetünk a tanítási szakaszban. A kognitív térkép megalkotásakor a különböző elaborációs folyamatokra fókuszálunk.

Az **output**, azaz a válasz közlésével kapcsolatosan, az LPAD eszközök eredményeinek kiértékelésekor lehetőség nyílik a tiszta és pontos nyelvhasználat, az impulzív viselkedés, az adatok és információk közlésének precizitása, az adekvát nyelvi eszközök alkalmazásának, a pontos vizuális áthelyezés, valamint a virtuális kapcsolatok projekciójának elemzésére.

1. A mentális működésben résztvevő kognitív folyamatok (analógiás gondolkodás, inferenciális gondolkodás, összehasonlítás stb.)
2. Komplexitási szint

3. Elvonatkoztatási szint
4. Hatékonyság

Az LPAD alapját leggyakrabban klasszikus normatív tesztek képezik, melyeknek 3 logikailag izomorf változatát alkalmazzák. Az LPAD eszközei között megtalálhatóak saját fejlesztésű kognitív próbák is. Napjainkig az LPAD-nak 2 csomagját dolgozták ki, az LPAD-Basic eszközöket, melyek óvodás gyermekeknél és értelmileg akadályozott személyeknél alkalmazható, valamint az LPAD-Standard eszközöket, melynél a célcsoport: iskoláskorú gyerekek és felnőttek.

1. ábra: Mediált tanulási tapasztalat alapkritériumai (Feuerstein, 1979)



Az LPAD-Basic tesztbatteria eszközei a kognitív fejlődés és fejleszthetőség 4 területét ölelik fel: 1) a perceptuális-motrikus fejlődés, 2) az emlékezet, 3) a fogalmak fejlődése és 4) absztrakt gondolkodás.

Az LPAD-Standard eszközcsoomag 15 próbát tartalmaz, melyek az észleléssel, figyelemmel, emlékezettel, problémamegoldással és logikai

következtetéssel kapcsolatos kognitív folyamatokat mérik. Az eszközök felépítése a dinamikus próbák hármas szerkezetét követi – preteszt, tanítási fázis és posztteszt. A tanítási szakaszban a mediált tanulási tapasztalat alapkritériumait be kell tartani (1. ábra).

Az LPAD eszközök segítségével kialakított kognitív térkép lehetőséget nyújt olyan célzott beavatkozásra, melyek a deficitális kognitív és meta-kognitív működések megváltoztatását célozza (Maior, 2014). A feuersteini fejlesztő programok és a mediált tanulási tapasztalat részletesebb leírása a következő fejezetben található.

Egy rövid esetleírás következik, amely szemlélteti az LPAD Standard egyik eszközének alkalmazását: Rey Komplex Ábra.

Hunor 13 éves fiú, 2002-ben született. Előzetes szakértői vélemény szerint a következő diagnózist állapították meg: figyelemhiány és hiperaktivitás zavar (*diagnosztikus besorolás* a BNO szerint F90.2, kombinált típus), amelyhez diszlexia (F81.0) társult. A rendelkezésünkre álló információk alapján (tanári és szülői beszámoló) a fejlesztése nehéz, mivel nagyfokú motivátlansága miatt a foglalkozásokon kevés alkalmammal vett részt, a feladatokat elutasította. Az iskolai teljesítménye gyenge: megbukott magyar és román nyelvből.

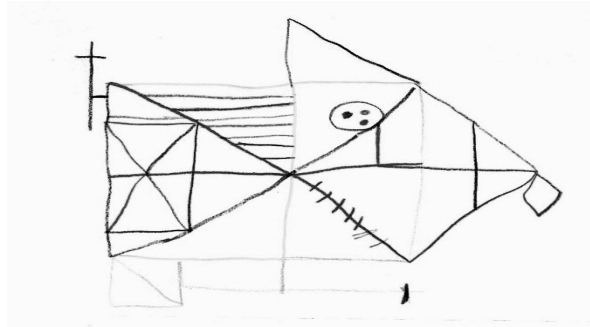
A Standard Raven Progresszív Mátrixok (SPM) Intelligenciatesztet alkalmaztuk, amely téri-vizuális feldolgozáson alapuló szabályelvonatkoztatási- és alkalmazási képességet, a logikus gondolkodást, az összetett információkon alapuló következtetés képességét méri, azaz, hogy a személy mennyire képes átlátni az ingereket és megtalálni közöttük az összefüggéseket. Az eredmény gyenge kognitív működést (IQ=75), átlag alatti intellektuális teljesítményt jelöl.

A vizsgálat során a Rey-Osterrieth komplex ábrát alkalmaztuk, amit a téri-vizuális percepció, valamint a memória vizsgálatára dolgozták ki. Emellett a megoldásában a formaészlelés és a téri vizuális figyelem, a vizuo-motoros koordináció is szerepet játszik (Stern, 1994). Először klasszikus normatív teszt formájában, majd dinamikus (LPAD Standard eszközöként) alkalmaztuk.

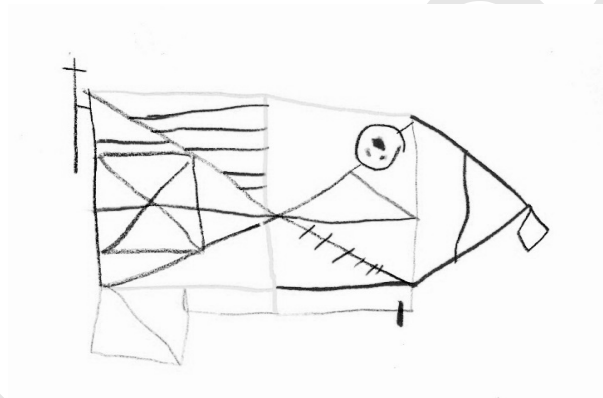
Hunor teljesítménye a másolás fázisában (34 pont) 100%-os (lásd: 2. ábra), míg a felidézésnél 90%-os (28 pont), tehát a téri-vizuális észlelése

és téri-vizuális memóriája jó. Rövid idő után, a késleltetési fázisban az ábra néhány elemére már nem emlékezett (lásd: 3. ábra).

2. ábra: Rey-Komplex Ábra másolási fázis (Saját forrás)



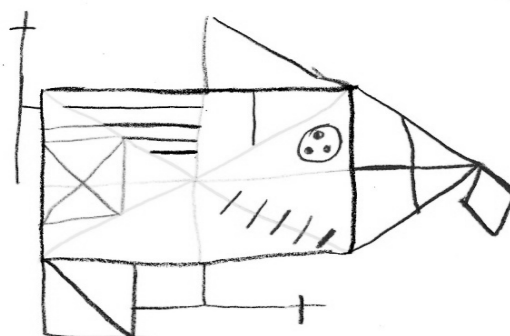
3. ábra: Rey-Komplex Ábra emlékezeti fázis (Saját forrás)



Az általa használt színek sorrendjét tekintve elmondható, hogy a másolási fázisban egy részletből kiindulva rajzolta meg az ábrát – Osterrieth (1994) szerint a részletek juxtapozíciója típusba (IV. típus) sorolható. Az emlékezeti fázisnál Hunor ugyanazt a stratégiát használta: balról jobbra haladva a részletekből építette fel az ábrát, centiméterről

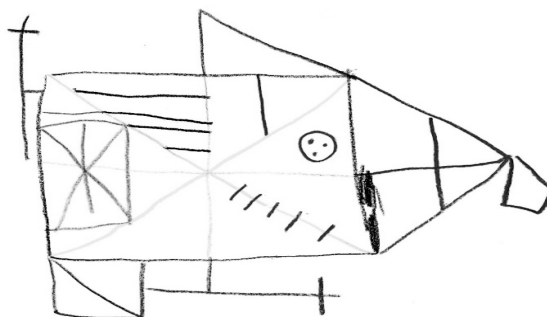
centiméterre egymás mellé illesztette a kép elemeit. Összehasonlítva a két fázisban nyújtott teljesítményt, megállapítható, hogy megőrizte ugyanazokat a mechanizmusokat a felidézési fázisnál, mint amit a másolásnál használt. A megfigyelt viselkedéses jellemzők a következők: nehezített kitaratás, motoros nyugtalanságra utaló jelek (lábmozgatás, hintázás).

4. ábra: Rey-Komplex Ábra - Tanulási fázis-mediálás (Saját forrás)



A kognitív funkciókat tekintve már az input szintjén történt mediálás (tanulási fázis): elősegítettük a formák/elemek világos észlelését és a tulajdonságaik meghatározását, két forrásból származó információ alkalmazását: méret és alak figyelembe vételét. A feldolgozási fázisban mediáltuk a tervező viselkedést: tudatosítottuk a rajzolás folyamatát, lépéseit (hogyan kezdjük, hogyan fejezzük be), rendszereztük az információkat. A kimeneti fázisban: a pontosság szükségességére hívtuk fel a figyelmet a vonalak megrajzolásában, továbbá az elemek megtervezésében: az elemek közötti összefüggések projektálására. Az impulzivitás csökkentésére a viselkedés kontrollját és szabályozását is mediáltuk: a gyors, meggondolatlan cselekedetek helyett megterveztük az elemeket a meghúzásuk előtt. A kompetenciaérzés mediálására is sor került, összehasonlítottuk az első másolást a tanulási fázis utáni ábrával, megbeszéltük a jó teljesítmény okát, elősegítve a reális önértékelés és a pozitív énkép kialakítását.

5. ábra: Rey-Komplex Ábra – Tanulás (mediálás) utáni emlékezeti fázis (Saját forrás)



A mediálás következtében Hunor stratégiaváltást alkalmazott, ami cselekvésmódosításhoz vezetett. Így sikerült az integráció, az új stratégiával: először megrajzolta az ábra alapját, a téglalapot választotta referencia-keretként, majd ebben elhelyezte a kisebb elemeket, a részleteket; az eredetileg össze nem tartozó elemeket egységes egészzé alakította. Mindez azt bizonyítja, hogy Hunor magas tanulási potenciállal rendelkezik és pozitív tanulási tapasztalatok által sokat fejlődhet, teljesítménye javulhat, minimális mediálással, felnőtt segítséggel is képes gyorsan tanulni.

Az eredményeket összegezve megállapíthatjuk, hogy a gyengén átlagos övezetbe tartozó értelmi képességek mellett, a tanulást megalapozó kognitív képességek egyenetlen fejlettsége tapasztalható. Ebben a komplex munkamemória, a végrehajtó funkciók, az önmonitorozás gyengesége és a figyelemhiány meghatározó szerepet játszik, ami kedvezőtlenül befolyásolja tanulmányi eredményeit, a verbális feldolgozást, a verbális készségek működését. A tanulási sikertelensége a tanulás iránti motiváció folyamatos csökkenését idézte elő, ami csak nehezítette az iskolai tanulást. Összességében megállapítható, hogy Hunor tanulásban akadályozott, a felállított diagnózis alapján kevert specifikus fejlődési zavara miatt (BNO F38) mint egyéb pszichés fejlődési zavarral (tanulási zavarral) küzdő, sajátos nevelési igényű tanuló. A feuersteini eszközök segítségével, pozitív tanulási tapasztalat biztosításával, Hunor potenciálja kamatoztatható és fejlesztéssel

egy átlagos iskolai teljesítmény elérhető. Javasolt a verbalitást mozgósító tárgyakkól (magyar, román nyelv) felzárkóztató foglalkozások tartása mellett a motivációs szint növelése majd megerősítése, önmonitorozás, impulzivitáskontroll fejlesztése, kompetenciaérzés növelése.

Irodalomjegyzék

- Anastasi, A. (1967). Psychology, psychologist, and psychological testing. *American Psychologist*, 22(4), 297–306.
- Fabio, R. A. (2005). Dynamic Assessment of Intelligence is a Better Reply to Adaptive Behavior and Cognitive Plasticity. *The Journal of General Psychology*, 132 (1), pp. 41–64.
- Feuerstein, R. (1979), Cognitive modifiability in retarded adolescents: Effects of instrumental enrichment, *American Journal of Mental Deficiency*, 83(6), pp. 539–550
- Feuerstein, R., Feuerstein, R. S., Falik, L. H., Rand, Y. (1979). *The Dynamic Assessment of Cognitive Modifiability. The Learning Propensity Assessment Device: Theory, Instruments and Techniques*. ICELP, Jerusalem.
- Feuerstein, R., Rand, Y. & Hoffman, M. B. (1979). *The Learning Potential Assessment Device: Instruments and techniques*. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R., Rand, Y., Huffman, M. B., & Miller, R. (1980). *Instrumental Enrichment: An intervention program for cognitive modifiability*. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R., Feuerstein, R. S., Falik, L. & Rand, Y. (2002). *The Dynamic Assessment of Cognitive Modifiability. The Learning Propensity Assessment Device: Theory, Instruments and Techniques*. ICELP Press. Jerusalem.
- Feuerstein, R., Rand, Y. & Feuerstein, R. (2006). *Don't Accept Me as I am. Helping the Low Functioning Person Excel*. ICELP Press, Jerusalem.
- Grigorenko, E. L., Sternberg, R. J. (1998). Dynamic Testing. *Psychological Bulletin*, Vol. 124(1) pp. 75–111.
- Haywood, H. C., Lidz, C. S. (2007). *Dynamic Assessment in Practice. Clinical and Educational Applications*, Cambridge University Press.
- János R. (2014). Effects of schooling on level of cognitive functioning and analogical reasoning modifiability. *Transylvanian Journal of Psychology*, Special Issue, Dec., Clinical and educational applications of Reuven

- Feuerstein's Mediated learning Experience Theory: current scientific evidence, pages 109–132. Editura Presa Universitară Clujeană.
- János R., Farcas S., Batiz E. (2014). Competence at school. Assessment of learning potential, activation of learning potential and school adjustment. Method of R. Feuerstein. Paper presented at VI. Edition of National Conference of School Psychologists, Constanța, Romania
 - Kozulin, A., Gindis, B., Ageyev, V. S., Miller S. M., (2003). *Vygotsky's Educational Theory in Cultural Context*. Cambridge University Press.
 - Lidz, C. S., Haywood, H. C. (2014). From Dynamic Assessment to Intervention: Can we get there from here? *Transylvanian Journal of Psychology*, Special Issue, Dec., Clinical and educational applications of Reuven Feuerstein's Mediated learning Experience Theory: current scientific evidence, 80–108.
 - Maior E., Farcas S., János R. (2014). Creating bridges: mediators in school. Paper presented at VI. Edition of National Conference of School Psychologists, Constanța, Romania;
 - Osterrieth, P. (1944). Le test de copie d'une figure complexe. *Archives de Psychologie*. 30:206–356.
 - Poehner, M. E. (2008). *Dynamic Assessment. A Vygotskian Approach to Understanding and Promoting Development*, Springer.
 - Stern, R. A., Singer, E. A., Dukec, L. M., Singerc, N. G., Morey, C. E., Daughtrey, E. W., Kapland, E. (1994). Boston qualitative scoring system for the Rey-Osterrieth complex figure: Description and interrater reliability. *Clinical Neuropsychologist*, Volume 8, Issue 3, pages 309–322.
 - Sternberg, R. J., & Grigorenko, E. L. (2002). *Dynamic testing: The nature and measurement of learning potential*. New York: Cambridge University Press.
 - Sternberg, R. J. (2014). The current status of the Structural Cognitive Modifiability in relation to theories of intelligence. *Transylvanian Journal of Psychology*, Special Issue, Dec., Clinical and educational applications of Reuven Feuerstein's Mediated learning Experience Theory: current scientific evidence, pages 9–13.
 - Szamosközi I. (2009). *Evaluarea potențialului intelectual la elevi*. Presa Universitară Clujeană.
 - Tomasello, M. (1999). *The Cultural Origins of Human Cognition*. Cambridge Mass: Harvard University Press.

- Tzuriel, D. (2000). The Cognitive Modifiability Battery (CMG): Assessment and intervention. In C. S. Lidz & J. G. Elliott (Eds.). *Dynamic assessment: Prevailing models and applications* (pp. 375–406). Amsterdam: JAI/Elsevier.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

A MEDIÁLT TANULÁSI TAPASZTALAT ALKALMAZÁSA A TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTT GYERMEKEK FEJLESZTÉSÉRE

Kiss Szidónia¹–Orbán Réka²–Maior Edit³

A mediált tanulási tapasztalat

Feuerstein (1998) a *kognitív strukturális modifikabilitás* (Theory of Structural Cognitive Modifiability) elméletének egyik legfontosabb megállapítása, hogy az ember képes a kognitív struktúráinak megváltoztatására annak érdekében, hogy alkalmazkodni tudjon a mindennapi élet változó kihívásaihoz. Ebben a kontextusban az ember nyílt rendszerként jelenik meg, aki egész életében változásokkal szembesül, és képes alkalmazkodni, amennyiben a mediálás mennyisége és minősége megfelel szükségleteinek. A változás két – emberi és környezeti – interakciótól függ: a direkt tanulástól, valamint a mediált tanulási tapasztalattól (Feuerstein, 1979, 1998, Feuerstein és mtsai., 2008).

A mediált tanulási tapasztalat (Mediated Learning Experience – MLE) alapelveinek meghatározásakor Feuerstein és munkatársai, az eltérő kognitív fejlődés okait kutatva, egyenlő fontosságot tulajdonítottak az organikus faktoroknak (a tanuló), illetve a környezeti hatásoknak (a tanulási kontextus). Az organikus faktorok közé sorolhatók az öröklött, genetikai faktorok, a fejlődési szint és az érdeklődés. A környezeti faktorok közé sorolhatók a szenzoriális ingerlés (ingerszegény környezet), az alacsony szociális és gazdasági státusz, illetve az oktatáshoz való hozzáférés. Az elmúlt század második felétől kezdve egyre gyakoribb jelenség, hogy a tanítás és tanulás felgyorsulásával, felületes a gondolkodás, elmarad

¹ Kiss Szidónia – Babes-Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, Alkalmazott Pszichológia Intézet; szidonia.kiss@ubbcluj.ro

² Orbán Réka – Babes-Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, Alkalmazott Pszichológia Intézet; reka.orban@ubbcluj.ro

³ Maior Edit – Babes-Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, Alkalmazott Pszichológia Intézet; edit.maior@ubbcluj.ro

az elmélyülés és interiorizálás, ami nélkül az ismeretek nem rögzülnek sikeresen és tartósan. A gyorsan változó környezeti feltételek mellett a szülőknek időhiány miatt nincs lehetőségük a gyerekekkel tanulni, ismételni, a gyerekek másokra vannak bízva vagy magukra vannak hagyva (Feuerstein és mtsai, 2009).

A kognitív struktúrák kialakulása és fejlődése gyerekkorban kezdődik. A mediált tanulási tapasztalat hozzásegíti a gyermekeket a mentális műveletek tanulásához és alkalmazásához. Ennek érdekében a korai beavatkozás során a mediálásnak három célra kell összpontosítania: (1) az alap tartalom vagy mentális műveletek fejlesztése és javítása, annak érdekében hogy a gyermek jobban tudjon alkalmazkodni a környezeti változásokhoz; (2) az elmaradások és diszfunkciók hatásának megelőzése, vagy a lehetséges rizikó (genetikai, fejlődési, környezeti) faktorok kizárása; (3) azon elvesztett, vagy kevésbé kialakult funkciók helyreállítása, amelyek nem időben alakultak ki, vagy külső körülmények miatt hiányosak (agyi sérülés, kulturális vagy szociális depriváció) (Feuerstein és mtsai, 2012).

A MLE elmélete értelmében a változás eléréséhez szükséges egy *direkt tanulási tapasztalat* (amikor a tanulás azonnali következménye az ingerrel való szembesülésnek) és egy *mediált tanulási tapasztalat*, amikor egy *humán mediátor* közvetíti az ingereket (Feuerstein, 1979, Feuerstein és mtsai, 2008). Feuerstein kiegészíti a piageti „organizmus (O) – inger (S) – válasz (R)” triászt: az inger és egyén közé a mediátor (H) kerül (Feuerstein, 1979, Tzuriel, 2000). Az egyén és az inger közé ékelt beavatkozás a *mediálás*, amelynek célja, hogy megváltoztatva a szervezetre ható ingert, felkeltse a gyermek érdeklődését, tudatosságát, érzékenységét, miközben megfigyeli és befolyásolja a viselkedését (az R-t).

A mediálási folyamatban a mediátor szinte bármilyen stratégiát alkalmazhat: megváltoztathatja az inger frekvenciáját, irányát, erősségét, a sorrendet, lebonthatja az alkotó részeire, ismerős kontextusokhoz hasonlíthatja, értelmezheti, annak érdekében, hogy kognitív szempontból elérhetővé tegye a gyermek számára. Mindezen stratégiák célja a kognitív funkciók kialakítása és fejlesztése (Batiz, 2010).

A gyerekek kognitív fejlődése szempontjából nagyon fontos az aktív szülői bevonódás, illetve a társak által mediálás (Klein, 1996). A mediálás

egy komplex folyamat, amely a mediátor és a mediált személy sajátosságai (kognitív szint, motiváció, érzelmi fejlettség), valamint a helyzet jellemzői által egyaránt meghatározott. Az alapelvek több kontextusban is alkalmazhatók, különböző kutatások anya-gyerek kapcsolatban (Klein, 1996, Lidz, 1991, Tzuriel, 2013), társak általi tanulásban (Tzuriel és Shamir, 2007, 2010) testvérekkel való interakció során, tanár-diák interakció kontextusában (Tzuriel és mtsai., 1998) vizsgálja a mediálás hatásait. A transzcendencia mediálása a legerősebb prediktora a kognitív változtathatóságnak. A társak általi mediálásra alapuló programok kompenzálhatják a családon belüli mediálás hiányosságait, növelhetik az iskolai teljesítményt, transzfer valószínűségét. Ugyanakkor a mediálás alapelveinek megtanulása és azok alkalmazása egy másik gyerekkel való interakció során fejlesztő hatással van mindkét gyerekre: a mediátor önmaga is jobb tanulóvá válik, azáltal, hogy mást tanít (Tzuriel és Shamir, 2007, 2010).

A sikeres mediálás főbb alapelvei: a szándékosság és kölcsönösség, a transzcendencia és értelem. A mediálásban részesülő gyermek tulajdonságaitól, illetve a helyzettől függően mediálni lehet: a viselkedés szabályozását és kontrollját, a kompetencia érzést, pszichológiai egyediséget, megosztást, célkeresést, tervezést, újdonságokat, komplexitást, az énváltozásokat, alternatíva keresést, hovatartozás érzését (Feuerstein, 1998, Feuerstein és mtsai, 2008).

Feuerstein (1998, Feuerstein és mtsai., 2006, 2008) a következőképpen írja le a mediálás alapelveit (*1. táblázat*):

1. táblázat: A mediált tanulási tapasztalat alapelvei (Saját forrás)

Alapelvek	Mit tehetnél?	Mit kellene elkerülni?
A szándékosság és kölcsönösség mediálása – a mediátor arra koncentrál, hogy megértse és segítse a tanulót abban, hogy jobban átlássa és megértse a saját kognitív folyamatait, megismerő funkcióit – nyitottság a tanuló megnyilvánulásaira	– a célok meghatározása: „Most azt szeretném, ha közösen...” – összpontosítás a célra: „Figyelj csak, szerinted itt mit kell tenni?” – kölcsönösség: „Nézd csak, én ezt így gondolom, te mit gondolsz?” – válaszoljunk a gyerek kérdéseire – motiválás, gyermek érdeklődésének felkeltése; pozitív megerősítés: „Ügyesen dolgoztál ebben a feladatban, szépen rajzoltál...” – alkalmazkodás a gyermek fejlettségi szintjéhez, pld. segítünk neki meghúzni egy egyenes vonalat + hagyjunk a gyerekeknek időt a válaszra – nyitottság: „Ezt hogy gondold?”, „Megismételnéd még egyszer?”	– Bevezető nélkül elkezdni, mielőtt a lecke céljait illetve a kontextust tisztáztuk volna – parancsolni, utasítani, kritizálni a gyereket, negatív visszajelzés/ csak a digitális eszközök által szolgáltatott visszajelzés – megoldani (tanár vagy digitális eszközök) a gyerek helyett a feladatot, problémát – természetesnek tekinteni a pozitívumokat (visszajelzés mellőzését, elmaradását)
A transzcendencia mediálása – túllépni az interakciók „itt- és-most” jellegén – a tanultak (tapasztalat és leckék) transzfere, általánosítása más helyzetekre/ tanulási szituációkra + összefüggések keresése	– kiemelni valami hasonlót a múltból: „Milyen más helyzetben találkoztál már ezzel...” „Milyen más helyzetben próbálhatod megszervezni/ összerendezni/ az információkat/környezetet?” – a dolgok és események egymáshoz való viszonyítása – általánosítani, következtetni egy általános szabályt vagy elvet – kiemelni, mi fontos és miért	– eljárások tanítása a kapcsolatok kiemelése nélkül – megoldani (tanár vagy digitális eszközök) a gyerek helyett a feladatot, problémát
A jelentés mediálása – kihangsúlyozni, értelmezni a tanuló teljesítményét, ennek	– megerősíteni a megoldást, tudatosítani a tanulóban a folyamatot, annak az eredményét, a stratégiák alkalmazását és	– semlegesnek maradni – természetesnek tekinteni a pozitívumokat (visszajelzés mellőzését, elmaradását)

Alapelvek	Mit tehetnél?	Mit kellene elkerülni?
jelentőségét – a mediátor segít a tanulóknak reflektálni a megoldásra, a teljesítményre, a folyamatra és a felhasznált stratégiák általánosítására	mindezek jelentőségét/fontosságát: „Most, hogy erre rájöttél, használhatod a... megoldásában”, – lelkes hozzáállás: „Nagyon örülök, hogy...”, „Nagyon vártam már, hogy...” – non-verbális jelzések alkalmazása: testmozgás, arckifejezés, hanglejtés, digitális eszközök használata (zene, emotikonok) – új és régi ismeretek összekapcsolása (nyelvtanulás, szorzótábla énekléssel, stb.)	
A kompetenciaérzés mediálása – megteremteni a feltételeket a kompetenciaérzés kialakulására és fenntartására – folyamat-orientált teljesítményértékelés – pozitív énkép kialakítása – pozitív visszajelzés által kialakítani a pozitív önértékelést – olyan helyzeteket kell teremteni, melyekben a gyermeknek lehetősége nyílik a jó teljesítményre és alkalma lesz megtapasztalni a sikert	– sikerélmény biztosítása - kerüljük a túl nehéz feladat és túl könnyű feladatokat – kompetenciaérzés megerősítése: „Biztos voltam benne, hogy meg tudod csinálni!”, „Ne add fel, képes vagy rá!” – tudatosítani a feladatok megoldásának folyamatát, menetét, lépések meghatározása (hogyan kezdjük, és hogyan fejezzük be) – együtt dolgozni, először közösen, majd a gyerekekre bízni: „Nézzük csak meg közösen a feladatot. Melyik az első lépés? Milyen adatokra van szükségünk? Fontosak-e ezek? Van-e valakinek valamilyen ötlete a stratégiára vonatkozólag? Mi tűnik nehéznek? Miért?”; „Hogyan jutottatok el az eredményre? Ellenőrizzük együtt, hogy helyes-e?”, „Nézzük meg ezt együtt, mert így sokat tanulhatunk, a hibákból is, a helyes válaszokból is” – Visszajelzések a feladatról:	– hagyni a tanulókat önállóan dolgozni, függetlenül attól, hogy sikerül-e vagy sem megoldani a feladatot – kizárólag a hibákra fókuszálni: „10-ből 8-at nem jól oldottál meg. Mikor tanulsz már meg? Mi lesz belőled?” – szomorú képet vágni a rossz eredményekhez – csak bírálni az eredményt – lebecsülni a részvételt, ha a végeredmény nem megfelelő: „Ha nem tudsz jól mondani, inkább hallgass!” – a gyerek tanulási eredményét kizárólag a jegyek alapján elbírálni – túldicsérni

Alapelvek	Mit tehetnél?	Mit kellene elkerülni?
	pozitívumok kiemelése, folyamat értékelése – eredmények megbeszélése és jelentésük tisztázása – reális önértékelés kialakítása – úgy dicsérni, hogy közben konkrétan kiemelni a helyes tetteit (nem elég csak azt mondani, hogy ügyes vagy, mert nem tudja, hogy mit csinált jól, az egész feladatot vagy egy részét): „Nagyon szépen leírtad ezt a mondatot!”	
A viselkedés kontrolljának és szabályozásának mediálása – kezdeményező viselkedés megerősítése – önellenőrzés kialakítása és gyakorlása – problémás viselkedés gátlását, impulzivitás kontrollját elősegítő eljárások, stratégiák bemutatása, gyakorlása – tudatosítani az elvárás és lehetőségek közötti viszonyt és megtalálni a megfelelő egyensúlyt a túl lassú illetve a túl gyors feladatvégzésben – kialakítani a gyermekben a flexibilitást és plaszticitást, ezáltal modulálni tudja a	Gátlás: – rámutatni a lehetséges kockázatokra vagy a nehézségekre: „Ez egy új és összetett feladat, de meg tudjátok majd oldani. Emlékeztetek, valami hasonlót már végeztünk?”, „Mit kellene először tenni? Elemezzük a feladatot. Hogyan kell majd eljárunk?”, „Szeretném, ha először gondolkodnátok és ellenőriznétek, ha minden helyes, és utána mondanátok a válaszokat.”, „Figyelem: tudjátok, hogyan sikerülhet ezt megoldani? Mire van szükség?” – adjunk a gyerekeknek eszközt az önellenőrzésre, előzzük meg az impulzivitást: „Egy percig hadd gondolkodjam”, „Mondd magadnak, hogy először gondolkodj, mielőtt válaszolsz!” „Mi segített az összpontosításban? Mi zavart a megoldás közben?” – kompetenciák tudatosítása, megerősítése – folytonos szabályozó visszajelzések: „Igen, egy kicsit elsietted ezt a vonalat meghúzni. Most próbáld meg egy kicsit lassabban. Jó. Most folytasd.”	– megbeszélés nélkül nekifogni a feladatnak – elvenni a ceruzákat – állandóan ellenőrizni a gyereket, uralkodó, tiltó, parancsolgató módon – tipikus mondatokat: „Nem tudsz gyorsabban mozogni? Hányszor kell neked elmagyarázni?” – mindig hagyni azt a gyereket érvényesülni, aki először jelentkezik – kiabálni: „Állj! Ne csináld ezt/azt!” anélkül, hogy megmagyaráznád miért – csak büntetni – sürgetni a gyereket, hogy nekifogjon a feladatnak

Alapelvek	Mit tehetnél?	Mit kellene elkerülni?
gátlásait vagy impulzivitását, kialakítva a megfelelő (elvárt) viselkedési mód kognitív előfeltételeit	Sokkal szebbre sikerült ez a vonal, mint az előző!” + késleltetni az azonnali jutalmazást	
A megosztási viselkedés mediálása – tapasztalatokat megosztó viselkedés elősegítése, gyakorlása – másokkal való kapcsolat-teremtés elősegítése	– játszd el: nem tudod a választ és kérd: „Tudnál-e nekem segíteni ebben? Hogyan kellene, innen folytassam? Elvégezzük együtt?” – tapasztalatok, élmények megosztásának bátorítása: „Ki tudnál jönni a táblához és megmutatni a megoldásodat, hogy mindenki lássa és tanuljon belőle?” – tárgyak, események megnevezése – szókincs gazdagítása – a kritikus gondolkodás és a helyes érvelésbátorítása – stratégiák közös megbeszélése: „Mindenki ugyanezt a stratégiát használta? Tudnál-e gyorsan egy másikat találni? Mi lehet még egy jó megoldás?” – saját tapasztalatok megosztása (kölcsonösség, példamutatás): „Cseréljétek ki a szomszédotokkal a munkátokat és nézzétek meg, ha ugyanaz az eredmény. Ha nem, beszéljétek meg, mi a különbség.” – részvétel bátorítása + bátorítani egymás válaszainak ellenőrzését + mások véleményének tiszteletben tartására tanítani – padok körbehelyezése (mindenki mindenkit lásson)	– Csak egy egyszerű választ adni minden magyarázat nélkül – elfogadni egy választ indoklás nélkül – hagyni az interakciót mindig a tanáron keresztül haladni – minden választ jeggyel értékelni, minősíteni – kizárólag az egyéni munkára fektetni a hangsúlyt – az ellenőrzést egyedül végezni (anélkül, hogy az önértékelést és a társak értékelését bátorítanánk)

Alapelvek	Mit tehetnél?	Mit kellene elkerülni?
Az egyéni különbségek, differenciálás mediálása – az egyediség, az emberek közötti különbségek és hasonlóságok tudatosítása – bátorítani az egyedi, eredeti és kreatív válaszokat	– elfogadni különböző véleményeket és elősegíteni adekvát kifejezésüket – „Mit gondoltok erről?, Milyen más válaszok lehetségesek?, Hogyan tudnád ezt másképpen mondani?” – adaptálni a feladat nehézségi szintjét, összetettségét és elvontsági fokát, a tanuló szükségleteihez, fejlettségi szintjéhez – tisztelni minden gyereket, mint egyéniséget + egyéniesített fejlesztési és nevelési terv kidolgozása a SNI gyermekek számára – bátorítani az eredeti megoldásokat: „Mindenkinek megvan a maga útja, mindenki másképp csinálja.” – az önálló gondolkodás és önálló munka bátorítása: „Te hogyan gondolsz? Próbáld meg egyedül megoldani.”	– Csak egy, helyes választ elfogadni – mindig a miénk legyen az utolsó szó – minden gyerektől ugyanazt kérdezni/kérni – mindenkire ugyanazt a standardot és normákat alkalmazni – kirekeszteni egy gyereket az osztályból, mert nem tud a többivel lépést tartani – bírálni a gyereket, akinek eredeti megoldása van – mindig egy számunkra valamilyen szempontból különleges gyerek mellett állni
A célkitűző, tervező és célirányos viselkedés mediálása – tudatosítani azt, hogy az emberek viselkedése általában célirányos – célkitűzés, cél eléréséhez szükséges lépések kidolgozása, tervezés, monitorizálás tudatosítása, mediálása	– célokat kitűzni + megbeszélni: hogyan érhetnek el bizonyos célokat – a célok eléréséhez szükséges lépéseket, stratégiákat megbeszélni „Mi lenne az első lépésed?”, „Elemezzük a használt stratégiákat. Mit tettél? Amit tettél segít-e a célod elérésében?”, „Hogyan képzeled, hogy eljutsz oda?”, „Ha el akarod érni, mit kell először tenned? És utána?” – megtanítani tevékenységek tervezésére – ellenőrizni a célok elérésének	– a gyerek „miért” kérdését semmibe venni – a gyereknek feladatot adni, anélkül, hogy tudnák, miért kell elvégezniük (tanárként is legyen világos a cél) – a gyereket egy kész program, általunk kitűzött célok elé állítani, anélkül, hogy az ő ötleteit figyelembe vennénk – helyette célt kitűzni

Alapelvek	Mit tehetnél?	Mit kellene elkerülni?
	sikerességét (önellenőrzés): „Nézzük meg, sikerült-e elérni a célt... Hogyan jártál el? Mit változtatnál?”	
A kihívások keresése, új és komplex információkkal szembeni nyitottság mediálása – az új, ismeretlen és összetettebb helyzetekkel szembeni elfogadás, nyitottság bátorítása – az újjal szembeni ellenállás moderálása	– az ismert gyakorlatok mellett, adjunk új feladatokat is: „Ez egy nehéz feladat. Nézzük meg együtt és elemezzük. Milyen lépéseket kell tenni?” + sikerélményt biztosítani – biztosítani: nem baj, ha téved, abból tanulhat: „Nincs semmi baj, ha hibázol csak tanulsz belőle. A legjobban a hibákból lehet tanulni.” – emeljük ki a gyerekek sikeres problémamegoldását biztosító kompetenciáit – Írjuk le és beszéljük meg az elsajátított ismeretek által biztosított előnyöket – új helyzetekkel, helyekkel megismertetni	– felkészítés, megfelelő utasítás nélkül új és összetett helyzet elé állítani a gyermeket – egy gyereket „gyengének” nevezni, amikor hibázik, téved vagy ellenáll
A személy változó entitásként való elfogadásának mediálása, a változásra való képesség tudatosítása – tudatosítani, hogy az emberek állandóan változnak – tudatosítani, hogy az ember képes megváltozni, tanulni, fejlődni, megváltoztatni saját magát, közben törekedni arra, hogy megtartsa az egyediségét	– egy aktív-változtatható környezet megteremtése, amelyben a gyerekek a változó körülményekhez alkalmazkodni tudnak, és lehetőségük van a tanulásra – tudatosítani, hogy az emberek nem fejlődnek egy előre kialakított sablon szerint, hanem a körülményektől függően és ez erőfeszítésbe kerül + megmagyarázni a gyerekeknek a változást +beszélgetni arról, hogy minden emberi lény változik, fejlődik, tanul „Mit gondoltál, amikor először tanultál? Gondoltad, hogy valaha is meg tudod tanulni? Hogyan tanultad meg mindezt?”, „Mi más	– passzív-nemtörődöm környezetet, ahol a változást elkerülik, ahol minden állandó és változatlan – kihangsúlyozni, hogy az emberek nem változnak – „A génekből már születésünkkor eldőlt minden.”, „Mit vársz, tudod, hogy milyen. Soha nem fog megváltozni...” – megerősíteni a hibás általánosítást, sztereotípiák elkerülése (mint pl. a belgák, az angolok...)

Alapelvek	Mit tehetnél?	Mit kellene elkerülni?
– Ha nem hisz a gyermek a változtathatóságban, akkor kevésbé fog új tevékenységekbe kezdeni	tanultál, amit nem tudtál azelőtt?” Használjuk a gyerek példáit, ez bátorítja őket és szüleiket. – a kulturális különbségek feltárása, bemutatása: „Nézd meg milyen sokat változtunk 100 év alatt, hogyan éltek az emberek akkor és most.”	
Az optimista alternatívák választásának mediálása, optimista kimenetek keresésének mediálása – a hatékony megoldás megtalálásában, a pozitív, alternatív kimenetelben való bizalom kialakítása, megerősítése – a kitartás fejlesztése	– bizonytalan kimenetelű, nehéz helyzetekben segíteni a gyereket az új információ források keresésében a cél elérése érdekében: „Keressük meg együtt a probléma megoldásához szükséges információkat.” – Vetítsük előre a pozitív megoldást még akkor is, ha nem látjuk a végkimenetelt, vagy amikor lehetetlen a végeredményt előre jelezni – adjuk meg a gyerekek a lehetőséget, hogy kifejezze az érzéseit, és biztosítsuk arról, hogy bízunk benne, hogy megoldja – hangsúlyozzuk a gyerek képességeinek szerepét a probléma megoldásában – hasonlítsuk össze a teljesítményt olyan korábbi helyzetekkel, amelyek látszólag megoldhatatlannak tűntek, de a végkimenet sikeres volt – segítsünk megfogalmazni a lehetséges megoldásokat: „Mi lenne számodra jobb? Ki az, aki segíteni tudna? Min tudunk változtatni? Mi az, amit tudsz tenni?”	– a pesszimista hozzáállást – kizárólag a negatív oldalakra, végkimenetelekre, sikertelenségekre, a hasonló múltbeli tapasztalatokra koncentrálni – előkészület nélkül hagyni a gyereket szembenézni a feladattal – a gyerek hiányosságaira fókuszálni

Alapelvek	Mit tehetnél?	Mit kellene elkerülni?
Valahova tartozás érzésének mediálása – alapja: hogyan látja a gyermek önmagát másokhoz viszonyítva – kapcsolatteremtés generációk között, kihangsúlyozni, hogy a gyermek egyidőben különböző csoportok tagja: szűk családi kör, kiterjedt család (rokonság) – különböző generációk, iskola, barátok, klubok, kultúra, csoportszabályok és jellemzőik tudatosítása	– megbeszélni a különböző csoportokhoz tartozó szokásokat, szabályokat, értékeket, kulturális hagyományokat, ezek eredetét és értékét + csoportos élmények, sikerek biztosítása + jogok és kötelezettségek megbeszélése, tisztázása, tudatosítása – csoporttagok feladatainak és a szerepeknek a tudatosítása, egymásra figyelés „Hallgassuk meg... Most rajta van a sor, hagyjunk neki időt, ha akar valamit mondani.” „Mindenkinek lesz feladata az osztályban. Nem mindenki ugyanazt a feladatot oldja. Majd megcseréljük a feladatokat.” – tolerancia fejlesztése, gyakorlása – lehetőséget biztosítani, hogy mindenki megtalálja a helyét a csoportban	– a kapcsolattartás elhanyagolását – a speciális gyermeket jobban elkényeztetni, mint a többit – ugyanazt elvárni minden gyermektől – kizárni egy gyermeket az osztályból/csoportból/feladatból, mert nem tudja helyesen elvégezni/megoldani

Feuerstein Eszközgazdagító Program (Instrumental Enrichment (IE) és Feuerstein Instrumental Enrichment-Basic (FIE-B))

Az IE és FIE-B eszközök nagy része papír-ceruza formátumú. Alkalmazzuknak célja a kognitív deficitok korrekciója, valamint a meglévő kognitív struktúrák megváltoztatása. Az eszközök a strukturális módosíthatóság és a mediált tanulási tapasztalat elméletein alapszanak.

Az eszközöknek két fő célja van: (1) tartalomra vonatkozó cél: a meglévő és hiányzó ismeretek, tartalmak azonosítása, kialakítása (2) folyamatra vonatkozó cél: egyetemes kognitív funkciók és műveletek kialakítása, fejlesztése.

A hosszú távú cél az önálló gondolkodás képességének a kialakítása. A diák, aki egy kompetensebb személy segítségével sajátítja el bizonyos

ismereteket, stratégiákat, módosítja kognitív rendszerét és annak működését, eljut arra a szintre, hogy a saját tanára legyen, saját tanulási tapasztalatait irányítsa, tehát saját maga mediátora lesz. A kognitív repertoár gazdagításán és a deficit korrekción kívül fontos alapelemek tehát a reflektív gondolkodás gyakorlása, a változásra való képesség elősegítése, a belső motiváció és kreativitás fejlesztése, és nem utolsósorban a saját aktivitás lehetőségeinek, fontosságának és célszerűségének a kialakítása a tanulási tapasztalatok során.

Az IE fejlesztő eszközöket 9–10 éven felüli gyermekek és felnőttek számára dolgozták ki, a FIE-B az óvodáskorú gyerekek, alacsony szociális és gazdasági státuszú gyerekek, tanulásban akadályozott, speciális nevelési igényű gyermekek, illetve különböző kognitív deficitekkel rendelkező felnőttek kognitív aktiválására és újrastukturálására alkalmas eszköz. A feladatok érdekesek, színesek, a gyerekek élvezik őket, hatékonyaknak bizonyulnak a motiváció és önbizalom erősítésében is (Sternberg, 1984). Mindkét eszközgazdagító program hangsúlyozza a kognitív és affektív működés kapcsolatát, azonban a FIE-B külön eszközöket, programokat is magában foglal, amelyek célzottan az érzelmi-szociális készségek fejlesztésére irányulnak. A szociális kompetencia, az érzelmi-szociális helyzetek tudatosítása és adaptív megértése, értelmezése, a jelzések, információk és kérések konzisztens és pontos használata, mind a mediált tanulási tapasztalat által fejleszthetők (Tribus és Falik, 2001).

Az eszközök általános alkalmazási időkerete heti 3-5, egy órás alkalom, 2-3 éven keresztül. Mindegyik eszköz fokozatosan nehezedő itemeket foglal magában. Az időkeret a diák egyéni sajátosságai függvényében változik. Az eszközök a kognitív, affektív funkciók, működés megváltoztatására, illetve a teljesítmény javítására irányulnak. Mindegyik eszköz specifikus kognitív funkciókat és az ehhez kapcsolódó deficitiek korrekcióját célozza. A deficitiek különböző szinteken jelentkezhetnek: input, elaboráció és output szinten.

Az eszközök alkalmazása történhet egyénileg vagy csoportosan, fejlesztő programok keretén belül vagy akár iskolákban, a tananyag részeként. Minden alkalmazási formának megvannak az előnyei és hátrányai (csoportos alkalmazás esetén előny az együttműködés, pozitív attitűd kialakítása, szociális készségek fejlesztése, míg egyéni alkalmazás esetén nagyobb

mértékben figyelembe vehetők az egyéni sajátosságok, igények) (McAuliffe és Dembo, 1994, Shamir, Tzuriel, és Rozen, 2006).

Az IE eszközöket a 2. táblázat illusztrálja.

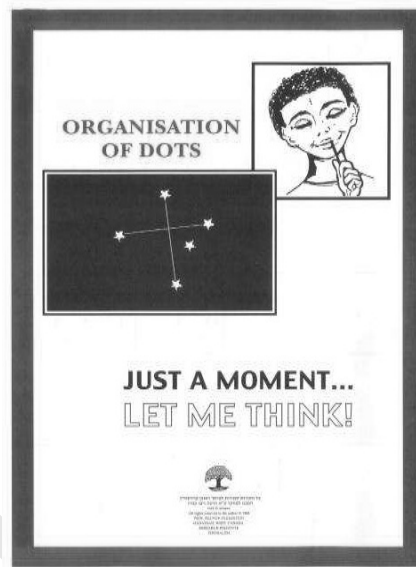
2. táblázat: Az IE eszközök által fejleszthető kognitív funkciók összefoglalása (Saját forrás)

Eszköz	Fejleszthető kognitív funkciók
Pontok szervezése	– kapcsolatok, reprezentációk alkotása, két vagy több információforrás egyidejű figyelembevétele, pontos verbális megfogalmazás
Térbeli tájékozódás I és II	– térbeli helyzetek, referenciapontok azonosítása, pozíciók relativitása, pontos megfogalmazás, vizuális áthelyezés, két vagy több információforrás egyidejű figyelembevétele, szisztematikus explorálás, adatgyűjtés, hipotetikus gondolkodás, személyes nézőpontból váltani a külső, állandóra, külső, stabil támpontok figyelembevételével.
Összehasonlítások	Pontos észlelés, spontán összehasonlítás, hasonlóságok és különbségek azonosítása, szisztematikus explorálás, tervezés, szervezés, kategorizálás, összegzés, két vagy több információforrás egyidejű figyelembevétele, pontos verbális megfogalmazás
Analitikus észlelés	részek, köztük levő viszonyok, egészlegesség észlelése. Kognitív funkciók: összehasonlítás, két vagy több információforrás egyidejű figyelembevétele, hipotetikus gondolkodás, pontosság, szisztematikus keresés, stratégia meghatározás és választás stb.
Kategorizáció	– kategóriaalkotásban szerepet játszó alapelvek azonosítása és stratégiák megtanulása

Eszköz	Fejleszthető kognitív funkciók
Instrukciók	– instrukciókövetés, átírás, hiányos instrukciók kiegészítése, új instrukciók alkotása
Időbeli kapcsolatok	– kronológiai, biológiai idő, időviszonyok, és a különböző kimentelek értékelésében és előrejelzésében betöltött szerepének megértése
Numerikus sorozatok	– különböző számsorozatokban megjelenő alapelvek azonosítása és megértése
Családi kapcsolatok	– mindennapi életben és munkakörnyezetben előforduló kapcsolati hálókat befolyásoló különböző egyéni szerepek, hierarchiák megértése és azonosítása
Illusztrációk	– problémák spontán azonosítására, tudatosítására, ok-okozati kapcsolatok következtetésére fókuszáló eszköz
Tranzitív kapcsolatok és szillogizmusok	– absztrakt, kritikai gondolkodás fejlesztésére kidolgozott eszközök, „nagyobb, több, egyenlő, kevesebb” fogalmakkal leírt kapcsolatokból kiinduló következtetések, bizonyítékokra épülő logikus következtetés levonás
Reprezentációs Stencil Design	– komplex ábrák és annak elemeinek azonosítása, majd az elemek mentális reprezentálása, egymásra tévése a komplex ábra kialakítása érdekében (szín, alak, méret, pozíció figyelembevételével).

Minden eszköz fedőlapján egy gondolkodó kisfiú képe található, egy felirattal: „Egy pillanat, hadd gondolkodjam...”. A mediálás része ennek az ábrának a megbeszélése („Mit látsz a képen? Mit csinál a kisfiú? Vajon miről gondolkodik?, Vajon miért rágja a ceruzát?” stb.), melynek célja a feladatvégzésre való felkészítés, a feladatok jellegének a kikövetkeztetése, illetve egy pozitív tanulási légkör megteremtése, a mediátor és a mediált személy közötti kapcsolat kialakítása, megalapozása (1. ábra). Az eszközök képi és-vagy verbális formában kerülnek feldolgozásra.

1. ábra. A pontok szervezése eszköz fedőlapja (© Feuerstein)



A FIE-Basic programban alkalmazott eszközök 4 nagy területre fókuszálnak: 1. Az észlelési, motrikus, figyelmi és tervezési funkciók fejlesztését célzó eszközök (*Pontok szervezése – alapprogram, Háromcsatornás Figyelmi Tanulás*), 2. A téri tájékozódás fejlesztését célzó eszközök (*Téri tájékozódás – alapprogram*), 3. Az érzelmi folyamatok fejlesztését célzó eszközök (*Érzelmek felismerése, azonosítása, Az empátiától a cselekvésig, Gondolkodj és tanuld meg megelőzni az*

erőszakot), 4. Az elvont, integratív gondolkodást fejlesztő eszközök (*Az egységtől a csoportig, Az abszurditás összehasonlítása és felismerése I-II, Kérdésfeltevés megtanulása az olvasottak megértéséhez*). A továbbiakban röviden ismertetjük a FIE-B eszközöket.

Az észlelést, motorikus készségeket, figyelmet, tervezési folyamatot és fogalomalkotást fejlesztő eszközök

1. Pontok szervezése – Alapprogram

A tanulónak egy zürzavarban fel kell fedeznie a rendet, egy ponthalmazban meg kell találnia és ki kell alakítania az értelmet (pontok összekötése, hogy azok vonalakat, szögeket, zárt alakzatokat, négyzeteket, átfedésben levő és térben elforgatott alakzatokat eredményezzenek). A pontfelhőben történő „rendrakás” egy modell alapján történik, a megoldáshoz szükséges a tervezés, a szisztematikus információkeresés, az impulzivitás kontrollja is.

2. Háromcsatornás Figyelmi Tanulás

Az eszköz különböző mértani alakzatokból áll, a „három csatornás” jellege pedig az alakzatok felismerésének három egymásután alkalmazott modalitására vonatkozik: a tapintás, grafomotoros és vizuális. Ez a szűkebb feldolgozási mód segít a komplex és elvont információk szervezettebb és módszeresebb észlelésében.

A téri tájékozódást és téri fogalmakat fejlesztő eszközök

Téri tájékozódás – Alapprogram

A gyermekeknek azonosítania kell a környezet tárgyainak egymáshoz viszonyított helyzetét, a különböző viszonyfogalmak alapján: fel/le, jobbra/balra, bent/kint, fent/lent stb. A feladatok elvégzése felismerést, megnevezést (címkézés, instrukciók követése) és motoros válaszok (rajz) produkálást feltételezi.

Érzelmi-szociális képességeket fejlesztő eszközök

1. Az érzelmek azonosítása

Különböző életkorú, nemű és etnikumú emberek érzelmeket tükröző arcki-fejezéseinek az azonosítására, illetve a bemutatott érzelmek és különböző helyzetek közötti kapcsolatok felismerésére, adekvátságára (helyzetek szociális és érzelmi árnyalatainak, az érzelmi állapotok és a kognitív műveletek közti összefüggések megértésére) fókuszál.

2. Az empátiától a cselekvésig

A gyermekeknek négy szociális/viselkedési helyzetet kell elemezniük, a megjelenő érzelmeket, illetve a képen ábrázolt cselekvés és a megjelenő érzelmek közötti kapcsolatot kell azonosítaniuk, ugyanakkor a megadott alternatívák között meg kell találniuk a legempatikusabb választ („Mit kellene tennem, amikor ilyen helyzetet látok?”, „Hogyan reagálok egy hasonló helyzetben?”).

3. Gondolkodj és tanuld megelőzni az erőszakot

Az eszköz különböző konfliktushelyzeteket mutat be, több megoldási lehetőséggel. A tanuló induktív és deduktív érvelést alkalmazva, tárgyalja a különböző helyzetek várható kimeneteleit, érzelmi és viselkedéses következményeit.

Elvont, integratív gondolkodást fejlesztő eszközök

1. Egységtől a csoportig

Az eszköz segítségével az egységek, egységek csoportja (például 2 háromszög alkot egy csoportot, 2 négyzet 1 csoportot), egység, mint csoport (a háromszögek és négyzetek 2-es csoportja), és az egységek száma (2 darab háromszög/négyzet) fogalmainak és tartalmainak, illetve az ezeken belül végzett műveleteknek – a számolástól az összegző szervezési eljárásokig - az elsajátítását, fejlesztését célozzuk.

2. Az abszurd összehasonlítása és felfedezése

Az eszköz különböző abszurd helyzeteket mutat be, a tanulónak fel kell fedeznie az okait. A feladat különféle ellentétes jellemzők összehason-

lítását igényli – nagy-kicsi, erős-gyenge, kövér-sovány, idős- fiatal stb. A mediátor a tanuló által ismert tartalomra összpontosít, és segíti őt a lényeges részletek azonosításában, az információ szervezésében, hipotézisek felállításában, a feltételezések tesztelésében, a válaszok indoklásában. A tanuló fokozatosan képessé válik a módszeres összehasonlításra, mely során figyelembe kell vennie a lényeges részleteket és a potenciális eredményeket, meg kell értenie miért és hogyan következnek be az események, illetve hol kell megváltoztatnia azokat, hogy reálisak legyenek.

3. Az abszurd összehasonlítása és megtalálása: II. szint

Életkortól függetlenül a fejlettebb kognitív szinten levő tanulóknak ajánlott eszköz, mely a gondolkodás műveleteit, a szervezési stratégiákat fejleszti, kérdéssorozatok, információk, kategóriák összehasonlítása, elemzése által.

4. Kérdésfeltevés megtanulása az olvasottak megértéséhez

Az eszköz rövid történeteket foglal magában, melyek alapján a tanulónak kérdéseket kell megfogalmaznia, címet kell adnia a történetnek, illetve meg kell fogalmaznia a lehetséges kimeneteleket, a tartalmi részletekre és a történet logikai folytonosságára alapozva.

Az IE eszközök alkalmazásának feltételei és hatásuk az affektív és kognitív működésre

Az eszközök alkalmazása egy specializált képzéshez kötött, melyet akkreditált Feuerstein központokban lehet megszerezni illetve az évente szervezett nemzetközi workshopokon. A mediátorok kiképzése valamint az eszközök alkalmazása is időigényes. A programcsomag alkalmazását követően különböző kutatásokban nem sikerült egyértelmű transzferhatást kimutatni (főként iskolai teljesítmény és mindennapi problémák megoldására nézve) (Sternberg, 1984). Az eszközgazdagító program alkalmazásának hatásairól az egyik legteljesebb munka Shiell (2002) nevéhez fűződik.

Shiell (2002) metaanalízisében 1979–1996 között megjelent 36 tanulmány elemzése során (a Feuerstein eszközöknek a kognitív, affektív működés és teljesítményre gyakorolt hatására vonatkozó tanulmányok) a következő következtetéseket vonja le:

- IE program alkalmazása pozitív változásokat eredményez a verbális ($d=1,41$) és vizuo-motoros képességeket ($d=0,71$) mérő teszteken mutatott teljesítményben,
- Hat a vizuális észlelésre ($d=0,42$) és nonverbális képességekre ($d=0,24$),
- Aktivizálja az általános kognitív működést ($d=0,58$)
- Hat az általános iskolai teljesítményre ($d=0,26$),
- Növeli a felelősség érzést és kötelességtudatot a saját teljesítmény iránt ($d=0,33$).
- Nem mutatható ki szignifikáns hatás az általános és tanulással szembeni motiváció és attitűd, önbizalom, énkép, elismerés, elfogadás, viselkedés (1-2 év után követésben) tekintetében.

A programok alkalmazásának sikeressége nagymértékben függ a mediáló személy képességeitől és felkészültségétől is. Bár az IE és FIE-B eszközök hatékonysága vitatott a szakirodalomban, pozitívként tekinthető a tanárok attitűdváltozása – azok a tanárok, akik megismerik és alkalmazzák a mediált tanulási alapelveket és az ezekre épülő eszközöket, pozitívabban viszonyulnak a „problémás” diákokhoz, nagyobb mértékben bíznak abban, hogy az ő képességeik, készségeik is fejleszthetők, hogy kognitív működésük megváltoztatható és hogy nekik, tanárként ebben szerepük lehet (Blagg, 1991).

Irodalomjegyzék

- Batiz, E. (2010). A kommunikáció szerepe a dinamikus felmérésben és a mediált tanulási tapasztalat által feltételezett mediálási folyamatban, *Tudásmenedzsment*, XI. évfolyam, 2. Szám, 31–37. o.
- Blagg, N. (1991). *Can we teach intelligence? A comprehensive evaluation of Feuerstein's Instrumental Enrichment Program*, Lawrence Erlbaum, New Jersey
- Feuerstein, R. (1979). *Ontogeny of Learning in Man. Brain Mechanisms in Memory and Learn From the Single Neuron to Man*, M.A.B. Brazier, Raven Press, New York
- Feuerstein, R. (1998). The theory of Structural Cognitive Modifiability, in José Maria Martinez, Joseph Lebeer, Garbo, R., (1998), *Is Intelligence Modifiable?* Editorial Bruno, Madrid
- Feuerstein, R., Feuerstein R. S., Falik, L., Rand, Y. (2006). *Creating and Enhancing Cognitive Modifiability: The Feuerstein Instrumental Enrichment Program*, ICELP Publications, Jerusalem
- Feuerstein, R., Feuerstein, R., Falik, L. (2008). *LPAD. Learning Propensity Assessment Device – Standard. Examiner's Manual*, Third Edition, ICELP, Jerusalem
- Feuerstein, R., Rand, Y. & Feuerstein R. S. (1988). *Don't Accept Me as I Am. Helping the Low Functioning Person Excel*, Revised and enlarged edition, ICELP Publications, Jerusalem
- Feuerstein, R. R., Feuerstein R., Falik, L. H. (2009). *The Feuerstein Instrumental Enrichment Basic Program*, The International Center for the Enhancement of Learning Potential, Jerusalem
- Feuerstein, R. S., Feuerstein, R., Falik, L. H. (2012). Early Assessment and Intervention for Children at Risk: The LPAD-B and the FIE-B, In Batiz E. (ed.) *A pszichológiáról és azon túl ...*, Presa Universitară Clujeană
- Klein, P. S. (Ed.). (1996). *Early intervention: Cross cultural experiences with a mediational approach*. New York: Garland
- Kotta I., Batiz E. (2012). A mediált tanulási tapasztalat alkalmazási módszerei: a formatív diagnosztika és a videotréning, In Batiz E. (ed.) *A pszichológiáról és azon túl ...*, Presa Universitară Clujeană
- Lidz, C. S. (1991). *Practitioner's guide to dynamic assessment*. New York: Guilford Press
- McAuliffe, T. J., & Dembo, M. H. (1994). Status rules of behavior in scenarios of peer learning. *Journal of Educational Psychology*, 86(2), 163–172.

- Shamir, A., Tzuriel, D., & Rozen, M. (2006). Peer mediation: The effects of program intervention, math level, and verbal ability on mediation strategies and improvement in math problem solving. *School Psychology International*, 27, 209–231.
- Shiell, J. L. (2002). A meta-analysis of Feuerstein's Instrumental Enrichment. Doctoral thesis.
- Sternberg, R. J. (1984). How can we teach intelligence? *Educational Leadership*, 42, 38–48.
- Szamosközi I. (2009). *Evaluarea potențialului intelectual la elevi*. Presa Universitară Clujeană, Kolozsvár
- Tribus, M., Falik, L. H. (2001). *Mediating the development of character through mediated learning experience*. Paper presented at UNIVOC Conference. Winnipeg, Manitoba.
- Tzuriel, D., (2000). Dynamic Assessment of Young Children, Educational and Intervention Perspectives, *Educational Psychology Review*, vol. 12, No.4.
- Tzuriel, D. (2013). Mediated learning experience strategies and cognitive modifiability. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 13, 59–80.
- Tzuriel, D. (2014). *Mediated Learning Experience (MLE) and Cognitive Modifiability: Theoretical Aspects and Research Applications*. Erdélyi Pszichológiai Szemle, Special Issue: Clinical and educational applications of Reuven Feuerstein's Mediated Learning Experience Theory: current scientific evidence.
- Tzuriel, D., Shamir, A. (2007). The effects of Peer Mediation with Young Children (PMYC) on children's cognitive modifiability. *British Journal of Educational Psychology*, 77, 143–165.
- Tzuriel, D., Shamir, A. (2010). Mediation Strategies and Cognitive Modifiability in Young Children as a Function of Peer Mediation with Young Children Program and Training in Analogies versus Math Tasks. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 9, 48–72.
- Tzuriel, D., Weiss, S. (1998). The effects of mother's acceptance/rejection attitudes, children's personality and mothers' mediated learning strategies on cognitive modifiability. *Early Development and Parenting*, 7, 79–99.

DUPress

MENEDZSMENT FELADATOK A KÖZOKTATÁSI INTÉZMÉNYEKBE

Móré Mariann¹–Kozák Anita²

A hagyományos iskolavezetői szerepet (pedagógiai feladatok, tanügyigazgatás, munkáltatói jogok stb.) mára már felváltotta a problémaközpontú, menedzser szemléletű vezetés, amelynek pontosan kell értékelnie a külső elvárásokat, fel kell ismernie az ezekre adható válaszokat, illetve meg kell találnia a megvalósításukhoz szükséges eszközöket. A feladatok többségét az intézmények vezetői nem tudják egyedül ellátni, egyre jellemzőbb a projektfeladatok megoldására szerveződő csoportok létrehozása, az együttműködés kényszere. A dinamikusan változó külső körülmények és az elvárások szükségessé teszik azt, hogy a közoktatási intézmények minden dolgozója ismerje az oktatásmenedzsment alapkérdéseit. A tanulmány áttekinti az intézményi menedzsment történetét, kapcsolatát a vállalati menedzsmenttel, betekintést nyújt a nemzetközi gyakorlatba, az új köznevelési törvény elemzése során pedig bemutatja azokat a jogokat és lehetőségeket, amelyek napjainkban meghatározzák a menedzsment feladatokat a hazai közoktatási intézményekben ma meghatározzák a menedzsment feladatokat.

Bevezetés

Az társadalmi és gazdasági szervezetek működését az adott társadalom intézményi berendezkedése nem csupán befolyásolja, hanem irányítja és szervezi is. Az irányítási forma elterjedése a demokratikus szövetségi rendszerek kialakulásának szerves következménye. Az intézményi menedzsment mára önálló vezetési irányzattá – paradigmává – vált, kialakult

¹ Móré Mariann – DEGYFK Intézményi Menedzsment, és Vezetési Tanszék; morem@ped.unideb.hu

² Kozák Anita – DEGYFK Intézményi Menedzsment, és Vezetési Tanszék; kozakanita86@gmail.com

empirikus ismeretanyaga, eljárásai valamint módszerei. A vonatkozó elméleti ismeretanyag két szintet különböztet meg az intézményi menedzsmentben. A makroszint egy-egy társadalom, vagy nagyobb rendszer intézményi berendezkedését, struktúráját s ezen keresztül a társadalom és gazdaság működtetését, összehangolását, szervezését, vezetését, ellenőrzését jelenti. A mikroszinten az egyes intézmények vezetésének és működtetésének feladatait értjük alatta. A cikk ez utóbbi szinten közelíti meg ezt a kérdést, tehát a közoktatási intézmények, mint szervezetek vezetési sajátosságait vizsgálja, elemzi.

1. Fogalmi megközelítések

Az intézményi menedzsment fogalmának megértéséhez mindenekelőtt át kell tekintenünk tisztáznunk kell annak fogalmi előzményeit: az intézmény és a menedzsment fogalmának társadalomtudományi (és nem jogi) megközelítéseit. Elsősorban azt kell tisztáznunk, hogy intézmények mennyiben tekinthetők azonosnak vagy eltérőnek minden más szervezethez képest, s ezzel vezetésük, menedzselésük módszereiben és struktúrájában alkalmazhatók-e a szervezetekre érvényes metódusok.

1.1. A szervezet fogalma

Általánosságban elmondhatjuk, hogy a szervezet olyan tudatosan összeállt embercsoport, amelynek tagjai kapott vagy közösen elhatározott célok érdekében fognak össze. A szervezet több személy tevékenységének észszerű koordinációja, valamely közös, kinyilvánított szándék vagy cél megvalósítása érdekében, a munkamegosztás és a tevékenységi körök megosztása, a tekintély és a felelősség hierarchia alapján (Schein, 1978). Weber (1987) szervezet fogalmának megalkotásakor a társadalmi kapcsolatokból és az ebből következő hierarchikus rendből indul ki. Szervezetnek nevezi a szabályokkal korlátozott vagy zárt társadalmi kapcsolatokat abban az esetben, ha a kapcsolatra vonatkozó szabályokat az biztosítja, hogy vannak olyan emberek (vezető, vagy vezetést végző csoport), akik érvényt tudnak szerezni a korlátozásokból fakadó rendnek. Weber elsősorban azzal foglalkozott, hogy mi biztosítja leginkább a szervezeti hatékonyságot, s arra a következtetésre jutott, hogy leginkább az

un. bürokratikus modell alkalmas erre. A bürokratikus szervezetet az alábbi tulajdonságok jellemzik:

- a munka megosztása
- a hatalom hierarchiája
- formális kiválasztás
- formális szabályozás
- karrierorientált viselkedés

Strukturálisan két nagy szervezeti csoportot különböztetünk meg: formális és informális alakzat. A formális szervezet formákban megjelenített részlegekből, munkakörökből, hatáskörökből és folyamatokból áll. Az informális szervezet spontán szerveződő kapcsolatokat, szabályozatlan együttműködéseket, folyamatokat jelent (a későbbikben majd utalunk arra, hogy ezek a szervezeti formák nem egymástól élesen elhatárolt módon léteznek, a szervezeten belüli egységekben is előfordulhatnak). Dajnoki (2006) vizsgálatai alapján a szervezeti forma hatással van a különböző vezetési feladatok fontosságának megítélésére is. Csepeli (2003) a szervezeteket a tulajdonlás és a haszon jellege szerint két fő csoportba sorolja: köztulajdonban és magántulajdonban lévő szervezetek. Tanulmányunk szempontjából a köztulajdonban lévő szervezetek a mérvadóak, amelyeknek feladata a közösség szolgálata. Ezeknek a szervezeteknek nincs olyan tulajdonosi háttére, amely a haszonszerzésben érdekelt, ezért a pénzügyi értelemben vett veszteség nem kérdőjelezi meg létezésüket, ugyanis költségvetésük közvetve vagy közvetlenül az államtól függ. A köztulajdonban lévő szervezetek lehetnek termelő és szolgáltató szervezetek, ez utóbbiakat a szerző közszolgálati szervezeteknek nevezi, s ebbe a körbe tartoznak az oktatási intézmények is. A szervezetek osztályozásának egyik másik módja Csepeli szerint, ha a szervezeti célokból indulunk ki. Eszerint a következő típusokat különböztethetjük meg:

- gazdasági szervezetek (termelés, szolgáltatás)
- védelmi szervezetek (hadsereg, rendőrség, szakszolgálatok)
- társadalmi szervezetek (társaságok, pártok)
- közhatalmi szervezetek (állam, önkormányzat, igazságszolgáltatás)
- közszolgálati szervezetek (iskola, egyetem)

- egészségügyi és szociális intézmények
- vallási szervezetek

A szerző elismeri, hogy az osztályozás nem egyértelmű, hiszen vannak szervezetek, amelyek több kategóriába is besorolhatók (pl. börtön, érdekvédelmi szervezetek).

1.2. Az intézmény fogalma

Általánosságban elmondhatjuk, hogy az intézmény közösségi célra létesített, személyi keretekkel rendelkező társadalmi vagy állami szervezet, amely irányítja vagy befolyásolja az egyének cselekedeteit. Weber (1987) azt állítja, hogy az intézmény kifejezést gyakran használják a társadalmi csoport és a társadalmi szervezet fogalmához hasonló értelemben. Meghatározása szerint az intézmény olyan szervezet, amelynek tervszerűen lefektetett rendje van, s ezt minden cselekvésre rákényszerítik. Ilyen értelemben intézmények a vállalatok, önkormányzatok, egyetemek, oktatási szolgáltatást nyújtó szervezetek (Goffman 1981). Perrow (2002) összegezte azokat a legfontosabb elemeket, amelyek az intézményeket megkülönböztetik az általánosságban vett szervezetektől:

Szervezet	Intézmény
eszköz szemléletű nézőpont: racionális, gépesített, amit szakemberek irányítanak sodródó szemléletű nézőpont: opportunizmus célra irányuló vezetés nélkül	elkötelezett közösség, világos identitástudattal és céllal rugalmasság közösségi értékek által

Az intézmény fogalmának széles körű értelmezéseit foglalta össze Farkas (2007). Megállapítása szerint az intézmény jelentheti:

- elvárások illetve szabályok sajátos rendszerét
- a viselkedés megfigyelhető szabályszerűségeit
- a beállítottságok, értelmezési hajlandóságok valószínűségét
- csoportot vagy szervezetet
- a társadalom valamely szféráját vagy alrendszerét

Az intézmény elvárásokból és szabályokból áll, amelyek befolyásolják a cselekvő egyének viselkedését. Parsons (1951) szerint az intézmény egymást kiegészítő szerepmintákból, szereplevárásokból épül fel, amelyeknek stratégiai jelentősége van az adott társadalmi rendszerben. Farkas (2010) az intézmények fogalmát a típusok szerint összegezve határozza meg. Megkülönböztet közösségi társadalmi és testiségi intézményeket. Jelen tanulmány szempontjából a társadalmi intézmény fogalma a meghatározó. A definíció alapján azt mondhatjuk, hogy a társadalmi intézményre a formálisan szervezett munkavégzés jellemző, amely egyebek mellett a szervezett oktatás tanulás területén is beazonosítható. Mead (1973) a közösség szerveződésének biztosítékeként azonosította az intézményt, véleménye szerint a társadalom intézményei a társadalmi cselekvés meghatározott megnyilvánulásai, amelyek lehetővé teszik, hogy a társadalom tagjai megfelelően cselekedjenek. Pete-Szilcl (2007) a szocializáció szempontjából megítélve állítja, hogy az intézmények stabil háttérként működnek, gondolkodási és viselkedésmintákat közvetítenek. A társadalmi norma az intézményekben tradícióként jelenik meg biztosítva annak legitimációját. Mintzberg (2010) szervezeti modelljében professzionális hivatali szervezetet és adhokráciát különböztet meg. A koordinációt mindkét típusban a tagok által birtokolt professzionális jártasságok és készségek biztosítják. A professzionális hivatali szervezetben a szellemi foglalkozásuk autonóm módon dolgoznak, az együttműködés a képzettség viszonylagos egységén és a belsőleg kialakított készségeken alapul. Az adhokráciát ezzel szemben a kölcsönös alkalmazkodás jellemzi. A közoktatási intézmények ebben a megközelítésben professzionális szervezetnek tekinthetők, amelyekben az operatív feladatokat ellátók súlya és önállósága jelentős, emellett a munka (oktatás) olyan magas fokú szakmai önállóságot igényel, amely alig standardizálható. A nevelési-oktatási folyamatok bonyolultsága egyre szükségesebbé teszi a fokozott együttműködést és koordinációt. Weick (1976) szerint az oktatási intézmények olyan laza kötődésű szervezetek, amelyekben pl. a teljesítmények megfelelő ellenőrzésének lehetetlensége vagy annak hiánya miatt a kitűzött célok és a szükséges cselekvések nem feltétlenül kapcsolódnak össze.

1.3. A menedzsment fogalma

Weber (1987) szervezet és intézmény fogalmának meghatározásakor utaltunk arra, hogy a szervezet/intézmény létezése ahhoz kapcsolódik, hogy van-e vezető, azaz létezik-e olyan személy/csoport aki a rendnek érvényt kíván szerezni. Ez a megközelítés teszi lehetővé, hogy megvizsgáljuk azt a kérdést, mi kell ahhoz, hogy a vezető képes legyen a rendet megteremteni. A XIX. században a vezetői tevékenységek integrált leírásaként jött létre a menedzsmenttudomány, amely az eredményes és hatékony csoportos tevékenység, az egyéni és szervezeti működés tudománya. Frederick W. Taylor (1856–1915) 1911-ben „A tudományos irányítás alapelvei” c. műve alapján azt mondhatjuk, hogy a menedzsment nem más, mint pontosan tudni mit akarunk az emberektől, majd megnézni, hogy azt legolcsóbban csinálták-e meg. A menedzsment tehát az a folyamat, amelyet egy vagy több személy végez mások tevékenységének koordinálására, olyan eredmények elérése érdekében, melyeket egyikük sem tudna egyedül elérni. A menedzsment szervezeti célok és rendelkezésre álló erőforrások függvényében végzett tevékenységek összessége, melyek a tervezés, szervezés, vezetés, ellenőrzés feladataira irányulnak. Míg Taylor a termelés és a végrehajtó munka szervezésének kérdéseivel foglalkozott, addig Henri Fayol (1841–1925) 1916-ban megjelent „Ipari és általános vezetés” c. leghíresebb munkájában részletesen elemzi a vezetés feladatait, a vezetéshez szükséges képességeket, a vezetés elveit, és annak teendőit. Állítása szerint a vezetés meghatározza a vállalat átfogó cselekvési tervét, kialakítja a vállalat szervezetét, koordinálja és összehangolja erőfeszítéseit. Fayol (1984) a vezetés teendőiként a tervezést, szervezést, irányítást, koordinálást és ellenőrzést jelöli meg. A menedzsmenttudományt a 2. világháborút követően a sokszínűség jellemzi. Számtalan irányzat jelenik meg, amelyek egy része már az emberi és társadalmi szükségleteket, a kapcsolatok fontosságát is hangsúlyozzák.

Általánosságban elmondhatjuk, hogy mára a menedzsment a szervezetek/intézmények irányításával, a tervezési, szervezési, ellenőrzési, hatalomgyakorlási és döntési folyamatokkal kapcsolatos tevékenységek összessége. Dajnoki (2014) felhívja figyelmet arra, hogy az ismert menedzsment területek 2006-tól kiegészülnek az esélyegyenlőségi emberi erőforrás

menedzsmenttel. Az eredményesség és a siker döntő mértékben a vezetésen múlik, s az ő tevékenységének három fontos eleme van:

- feladatok
- problémák
- emberek

A vezetői tevékenység egyik legfontosabb eleme a probléma kezelése, amelynek folyamata:

- a probléma felismerése
- a tennivalók meghatározása
- a probléma megoldása
- a szervezet erőforrásainak bevonása

A vezető alapvetően nem a munkafolyamatokkal foglalkozik, hanem azokkal az emberekkel, akik a munkatevékenységet végzik, „ráveszi” őket arra, hogy a szervezet céljai érdekében végezzék munkájukat. A vezető tehát olyan személye, aki a vele együttműködők viselkedésének befolyásolása révén irányítja a feladatok elvégzését, amiből következően rá az alábbi kötelezettségek érvényesek:

- beszámoltathatóság
- felelősség
- számonkérési jog

A szervezetben a vezetés viszonylatában egyenlőtlenség alakul ki, hiszen a vezető olyan a vezetettek által is elismert kompetenciákkal rendelkezik, amelyekkel azok nem rendelkeznek. Erre a hatalomra és a hatalom gyakorlásának igényére szükség van a befolyás gyakorlásához. A vezetés alapja a hatalom, amelynek forrásai:

- az erőforrások birtoklásából eredő hatalom (gazdálkodás, személyzeti munka)
- a pozícióból eredő hatalom (kényszerítő, kapcsolati, jogi, kinevezői, jutalmazói)
- a személyiségből eredő hatalom (szakmai, információs, tudásból eredő, befolyásból eredő)

A hatalom azok javára csoportosítja át a belső erőforrásokat, akik a környezeti változásokhoz való alkalmazkodást leginkább biztosítják. Csepeli (2003) szerint hatalom nincs akarat nélkül, az akarat azonban a hatalomnak csupán szükséges, de nem elégséges feltétele. Az akaratból

akkor lesz hatalom, ha megfelelő mértékű erőn alapszik. Az akaratérvényesítés része az erő felismerése, birtoklása, fenntartása, a vezetés pedig a hatalom gyakorlásának technikája.

1.4. Oktatásmenedzsment

Az oktatásmenedzsment önálló irányzatként az 1960-as években az Egyesült Államokban, majd a '70-es években az Egyesült Királyságban jelent meg. Az 1980-as évek angol oktatási reformjai meghatározóvá váltak az oktatásmenedzsment, mint önálló tudományterület fejlődésében. Az Egyesült Királyságban a '80-as évek végén elfogadott Oktatási Reformtörvény az iskolát irányító testületekre és az igazgatóra bízta az iskolák fenntartásának és vezetésének feladatát. Az intézményi szintű irányítás a pénzügyi menedzsment feladatokat átruházta az intézményt irányító testületekre, és lecsökkentették az irányító hatóságok szerepét. Országos hatáskörű ellenőrző szakfelügyeleti rendszert hoztak létre, a szülőknek megadták a szabad iskolaválasztás lehetőségét. Az intézkedések eredményeként az iskolák az „oktatási piac” szereplőivé váltak, ahol a családok az intézmények által nyújtott kínálatból választhattak. Iskolavezetők számára fejlesztő programokat szerveztek, elismerve ezzel, hogy a szervezett vezetőképzés ugyanúgy része a sikeres intézményi működésnek, mint a tanárok számára nyújtott szakmai továbbképzés. A fejlett európai államok többségében hasonló folyamatok zajlottak le, amelynek eredményeként 1991-ben létrehozták az European Network for Improving Research and Development in Educational Management (ENIDERM) szervezetet, amely európai oktatásfejlesztők és iskolai menedzsmentben érintett oktatók számára teremtette meg a hálózatos együttműködés lehetőségét. Az oktatásmenedzsment fontosságát Tony Bush (1998) foglalta egységes keretbe. Megállapítása szerint az oktatásmenedzsment az oktatási intézmények belső működésével és a környezettel való viszonyával foglalkozik, valamint kiterjed a vezető testületek működésére is, de a hasonlóságok ellenére a menedzsmenttudomány egy különálló ága azért, mert:

- az oktatási intézmények céljait nehezebb meghatározni, mint a gazdasági szervezetekét, nincs nyereségérdekeltség, termékbővítési kényszer; vannak viszont egyéni (tanulói) és társadalmi érdekek, s ezek gyakran kerülnek konfliktusba egymással

- nehéz igazolni, hogy a tevékenység (oktatás) elérte-e a célját, mert a siker olyan egyszerűen pénzben, mint a gazdálkodó szervezeteknél; célok és sikerek nélkül nehéz módszereket kidolgozni
- az oktatási intézményekben a tanuló, mint kliens áll a fókuszban, éppen az, akivel a nehezen megfogalmazható célokat el kell érni, akinek a fejlesztése közös érdek még akkor is, ha ő annak gyakran ellenáll
- az intézmények alkalmazottainak azonos a szakmai háttere és végzettsége, munkájuk nagyfokú autonómiát igényel; szakmai beágyazottságukat nem csupán az intézmény, hanem egyéb testületek is biztosítják; a tanároknak képesnek kell lenniük arra, hogy részt vegyenek a döntéshozatalokban
- a tanár diák viszony szinte minden pontjában eltér a szolgáltató szervezetekben létező ügyintéző-kliens viszonytól; a diák nem választhatja meg tanárait, annak ellenére, hogy legalább 10 évet eltölt az intézményben, nem változtathatnak a tanárok által diktált szabályokon, ill. ez a „hűség” (hosszú ügyfélkapcsolat) semmiféle előnyökkel nem jár a számára
- a vezetők döntéshozatalát megnehezíti az intézmény belső szerkezete: tagozatok, szertárak, módszertani műhelyek, a tanév naptári évtől való eltérésének rendje
- a vezetők bár csökkennek, de nem szűnnek meg a napi rutint jelentő oktatási és az ezzel járó adminisztratív teendői, a döntéshozatalba szükségszerűen bevonásra kerülő többi alkalmazott pedig a normál tanítási teher mellett kell végezze ezt a tevékenységet
- a vezetőnek egy hierarchizált szervezeti struktúrában kell demokratikus viszonyokat teremteni

Az oktatási intézmények sajátossága, hogy az eltérések ellenére számtalan menedzsment elképzelést adaptáltak sikeresen az oktatásban (minőségmenedzsment, emberi erőforrás menedzsment), de mindenekelőtt arra kellett választ keresniük a kutatóknak, hogy az intézmény vezetőjére szakemberként vagy hivatalnokként tekintsenek-e. Bush szerint több kutatás is megerősíti, hogy az igazgatók úgy tekintenek magukra, mint vezető pedagógusokra, nem pedig, mint menedzserekre vagy irányító

szakemberekre. A szerző Hughest idézi, aki kifejlesztette a „szakember, mint irányító” modellt. Ez az elv azon a kettős szerepen alapul, amely az adminisztratív vezető (sikeres menedzselés a külvilág felé) és az első számú szakember (szakmai irányítás képessége) elvárásokból következik. A modell alapfeltétele egy rugalmas struktúra, amely olyan együttműködésre épül, amelyben mindenki részt vesz a célok meghatározásában és megerősítésében, motiválja a tanárt és a diákot és a külső képviselőket is. Leginkább a változásmenedzsment alapelvei fedezhetők fel ebben a megközelítésben, amelyben a vezető képessé teszi a munkatársakat arra, hogy felelősségi körükben döntést hozzanak, s az így leadott felelősség alapján a vezetőnek marad ideje arra, hogy szakmai vezető szerepét betöltse. Az oktatási intézmények menedzselésének új megközelítése az ún. közmenedzsment. Chrappán (2011) megállapítása szerint az oktatási intézményekben is felfedezhető az a felfogás, hogy érvényes és eredményes lehet a piaci módszerek alkalmazása vállalkozói forma megjelenése, a fogyasztóközpontúság. A szerző utal arra, hogy a Magyarországon elterjedt közmenedzsment felfogás eltér a nemzetközi trendektől, ahol annak alkalmazása eredményeként a kimeneti teljesítmény javulásában lehet megtalálni.

2.Változó vezetői feladatok

A 2000-es évekre a világ szinte minden pontján új problémákkal, kihívásokkal találták szembe magukat az oktatási intézmények. A születésszámok csökkenése következtében fellépő drasztikus népességcsökkenés intézmények bezárását eredményezte. A gazdasági életben bekövetkező változások csökkenő bevételt, gazdasági nehézségeket, s ebből következően csökkenő szolgáltatási színvonalat eredményeztek. Csökkent a pedagógusok előlépési lehetősége, önbecsülése. A családok anyagi nehézségei kihatottak a nevelésre, megjelent az ifjúsági munkanélküliség, a társadalmi problémák jelentős része lecsapódott az iskolában, s ezek kezelésére nem voltak felkészülve a tanárok. Az összhatás kezelését/menedzselését az alkalmazottak a vezetőktől várják, ezért nem túlzás azt mondani, hogy mára a menedzseri kompetencia az oktatási intézmények vezetőivel szemben támasztott alapkövetelménnyé vált. A változások az intézmé-

nyeket a piaci szféra irányába tolták, megkezdődött a verseny a tanulókért. Az iskolák egyre inkább függésbe kerültek a szülői véleményektől, a helyi társadalomtól, ezért a vezetőknek egyre több időt kell fordítani ezeknek a kapcsolatoknak az ápolására, ugyanis csak így tudják biztosítani az intézmény jövőjét. A hosszú távú tervezés egyre nagyobb nehézségekbe ütközik, a vezető nem képes felbecsülni a pedagóguskínálat minőségét, nem képes átlátni azokat a forrásokat, amelyek a gazdasági nehézségek kezelésére megoldásként ésszerűnek látszanak. Bush (1998) megállapítása szerint a környezeti hatások erősödése azt eredményezi, hogy az intézményvezetőnek/ menedzsernek egyre kreatívabbnak és rugalmasabbnak kell lennie az intézménye fennmaradásának érdekében, ami azt eredményezi, hogy a vezetőknek egyre nagyobb szükségük van a oktatásmenedzsment elméleti és gyakorlati ismereteire. Benedek (1999) arra hívja fel a figyelmet, hogy a vezetőknek új típusú tudásra van szükségük, hogy megfeleljenek a megrendelői és fenntartói differenciált elvárásoknak. Az egyik legfontosabb elvárásként fogalmazza meg azt a gazdasági (és ebből következő egyéni) igényt, amely az iskolapadból kikerülő pályakezdő fiataaltól azonnal alkalmazható tudást vár el.

A felvázolt problémák kezelése jól elhatárolható menedzseri szerepek megjelenését hozza felszínre:

- stratégiai és operatív feladatok menedzselése
- pénzügyek menedzselése
- az intézmény és a munkatársak menedzselése
- az információ menedzselése
- a minőség menedzselése

3. Intézményi vezetés törvényi felhatalmazás alapján

Ebben a fejezetben áttekintjük a 2011. évi CXCV. Nemzeti Köznevelési Törvény életbelépésével összefüggő azon legfontosabb változásokat, amelyek az állami fenntartású intézmények vezetésével hozhatók összhangba. 2013. január 1-jével az óvodai nevelés kivételével megszűnt a helyi önkormányzatok 1990 óta fennálló kötelező köznevelési feladatellátása. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy az iskolák, kollégiumok, pedagógiai szakszolgálat fenntartói jogait az állam vette át, az önkormányzatok működtetői szerepet kaptak. A felsorolt intézménytípusok jogi személyisége magmaradt, de valamennyien az állami intézményfenntartó központ (Klebersberg Intézményfenntartó Központ, KLIK) költségvetési szervezeti egységeivé alakították. A fenntartói jogokat a KLIK gyakorolja, ez alól kivételt jelent az intézmény gazdálkodási jogköréről szóló döntés, amelyet az oktatásért felelős miniszter gyakorol, tehát az intézmények önálló gazdálkodási jogkörrel, költségvetéssel nem rendelkeznek. A pedagógiai-szakmai ellenőrzés a fenntartó joga, amelyben köznevelési szakértő vehet részt. A KLIK által fenntartott intézmények vezetőjét nyilvános pályáztatás útján az oktatásért felelős miniszter bízza meg legfeljebb 5 évre, de a vezetői pályázattal összefüggésben véleményezési jog illeti meg:

- a nevelőtestületet,
- a fenntartót,
- a települési önkormányzatot.

Intézményvezetőnek az nevezhető ki, aki:

- az adott intézményben a pedagógus munkakörben elvárt végzettséggel rendelkezik
- van pedagógus-szakvizsga képzettsége,
- öt éves pedagógiai gyakorlattal rendelkezik,
- az adott intézményben határozatlan időre-, teljes munkaidőre szóló munkaszerződése van.

A köznevelési törvény külön rendelkezik arról, hogy a kizárólag sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók nevelését, oktatását ellátó intézményben vezetői megbízást az kaphat, aki:

- gyógypedagógus,
- gyógypedagógiai tanár vagy terapeuta,

- konduktor,
- konduktor-tanító,
- konduktor-óvodapedagógus

végzettséggel-, továbbá pedagógus szakvizsgával rendelkezik.

A pedagógiai szakszolgálati intézményben az intézményvezetői megbízás feltétele:

- pszichológus végzettség,
- pedagógus szakvizsga,
- mesterfokozatú gyógypedagógus végzettség,
- öt éves szakmai gyakorlat pedagógus munkakörben,
- három éves gyakorlat vezetői gyakorlat pedagógiai szakszolgálati intézményben.

A pedagógiai-szakmai szolgáltató intézményben az intézményvezetői megbízás feltétele:

- mester fokozatú végzettség,
- intézményvezetői szakvizsga,
- tíz év szakmai gyakorlat,
- pedagógiai intézményben fennálló határozatlan időre szólóalkalmazás.

A törvény értelmében vezetői megbízás pályázat nélkül is betölthető, ha az intézményvezető ismételt megbízásával a fenntartó és a nevelőtestület is egyetért.

Az intézményvezető felett (akárcsak az alkalmazottak esetében) a munkáltatói jogkört a KLIK gyakorolja. A törvény részletezi a köznevelési intézmény vezetőjének felelősségét, hatáskörét. Az intézmény vezetője:

- felel a szakszerű és törvényes működésért, gazdálkodásért,
- felel az intézményi szabályzatok elkészítésért,
- képviseli az intézményt,
- felel a nevelőtestület vezetésért a pedagógiai munkáért,
- a munkarend megszervezésért,
- a társszervekkel való együttműködésért,
- munkáltatói jogokat gyakorol a bér gazdálkodás, a kinevezés és felmentés kivételével,
- szakmai ellenőrzést indíthat,
- felel az adminisztratív feladatok ellátásáért,

- munkaköri leírásokat készít,
- kezdeményezi a működtetéshez szükséges intézkedéseket,
- felel az adatszolgáltatásért.

Általánosságban elmondható, hogy a köznevelési intézmények szakmailag maradtak önállóak, ezek elemei:

- a pedagógiai program,
- a szervezeti és működési szabályzat,
- a házirend

elkészítésének és elfogadásának joga. Önállóságot élveznek az intézmények a tanulók ügyeivel kapcsolatban:

- felvételi döntéshozatal,
- átvétel,
- kötelező tanórai részvétel alóli felmentés,
- mentesítés,
- fegyelmi eljárás,
- fizetési kötelezettség alóli mentesítés engedélyezése.

Ezekből az önállóságot biztosító jogkörökből és az intézményvezető felelősségi- és jogköréből olvashatjuk ki a klasszikus vezetési elméletekben megfogalmazott feladatokhoz képest bekövetkezett változást.

4. Összegzés

A tanulmányban arra vállalkoztunk, hogy a közoktatási intézmények vezetési sajátosságainak megértéséhez áttekintjük a szervezetelmélet legfontosabb tényezőit. Meghatároztuk a szervezet fogalmát, lehatároltuk az intézmény definícióját. Az általános menedzsment ismeretekre támaszkodva foglalkoztunk az intézmények menedzselésének alapkérdéseivel, az oktatásmenedzsment, mint új irányzat kialakulásával. Az elméleti háttér elsősorban a nemzetközi megközelítésmódokat mutatta be, de törekedünk arra, hogy a kevés számú, de értékelhető magyar megközelítéseket is beemeljük a tanulmányba. Röviden utaltunk arra, hogyan változott az oktatásszervezés és irányítás a világ néhány fejlett államában. A nemzetközi alapok bemutatása mellett ismertettük, hogy bemutassuk milyen lehetőségeket teremt az intézmények menedzsmentszerű megközelítésére a magyar-

országi törvényi szabályozás. A 2011. évi CXC. Nemzeti Köznevelési Törvény rendelkezéseinek értelmezésével bemutattuk a magyar oktatási intézmények vezetőinek kiválasztási gyakorlatát, a vezetői jogokat és kötelességeket. Összevetve a hazai szabályozók adta lehetőségeket a menedzsment szakirodalomban leírtakkal, kijelenthetjük, hogy a magyar iskolák vezetői csak kevés hasznot remélhetnek annak megismeréséből. Megfosztották őket a vezetés alapjától – a hatalomtól – hiszen nem rendelkeznek annak legfontosabb forrásaival: az erőforrások birtoklásával (nem gazdálkodnak, jogfosztottak a személyzeti munka területén), korlátozottan van meg a pozícióból eredő hatalmuk (jogi lehetőségeiket csökkentették), egyedül talán a személyiségből eredő hatalmuk maradt meg. Korlátozott jogaik felvethetik a kérdést: adott-e minden eszköz ahhoz, hogy a nagyon gyorsan változó társadalmi-gazdasági környezet kihívásaira választ találjanak.

Irodalomjegyzék

- Benedek, I. (1999): Az intézményvezetés négy tétele. Okker Kiadó Budapest.
- Csepeli, Gy. (2003): A szervezkedő ember. Osiris Kiadó, Budapest.
- Perrow, C. (2002): Szervezetszociológia. Osiris Kiadó, Budapest.
- Dajnoki, K. (2006): Vezetési feladat vizsgálatok. „Agrárgazdaság, vidék, régiók – multifunkcionális feladatok és lehetőségek” XLVIII. Georgikon Napok és 15. ÖGA találkozó CD kiadványa, Keszthely.
- Dajnoki, K. (2014): HR sajátosságok feltárása vezetői mélyinterjúk alapján megváltozott munkaképességű személyeket foglalkoztató szervezeteknél. Közép Európai Közlemények, 2014/3–4. pp. 185–195.
- Chrappán, M. (2011): Kompetencia a közoktatásban. Educatio 2011/4. Pp. 550–560.
- Goffman, E. (1981): A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Schein, E. H. (1978): Szervezéslélektan. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
- Farkas, Z. (2007): Az intézmény fogalma, fedezete és formalitása. In: Miskolci Jogi Szemle 2. évf. 2.sz. pp. 33–54.

- Farkas, Z. (2010): Az intézmények fő típusai. In: Kultúra és Közösség. Felnőttoktatás, felnőttképzés. IV. évf. 1.sz pp. 84–101.
- Fayol, H. (1984): Ipari és általános vezetés. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
- Weber, M. (1987): Gazdaság és társadalom: A megértő szociológia alapvonalai. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Mead, G. H. (1973): A pszichikum, az én és a társadalom szociálbehaviorista szempontból. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Pete, K.–P. Szilczl, D. (2007): A kommunikáció intézményeiről. In: Horányi, Ö. (Szerk): A kommunikáció, mint participáció. Typotex kiadó Budapest.
- Parsons, T. (2000): A modern társadalmak rendszere, In: Felkai, G.–Némedi, D–Somlai, P. (Szerk): Szociológiai irányzatok a XX. században. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Bush, T. (1998): A menedzsment fontossága az oktatásban. In: Balázs É. (Szerk): Oktatásmenedzsment. Okker Kiadó, Budapest.
- Weick, K. E. (1976): Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. Administrative Science Quarterly, Vol. 21, No. 1. 1–19.
- 2011. évi CXCV. Nemzeti Köznevelési Törvény

A SAJÁTOS NEVELÉSI IGÉNYŰ GYERMEKEK INTEGRÁLT NEVELÉSE, MINT A TANÁRI PÁLYA EGY LEHETSÉGES KIMENETE

Bocsi Veronika¹–Rákó Erzsébet²

Bevezetés

Az elmúlt években jelentősen nőtt az integráltan nevelt sajátos nevelési igényű gyermekek száma. Míg a 2002/2003-as tanévben 12941 fő SNI-s általános iskolás gyerek nevelkedett ép társaival együtt, addig a 2012/2013-as tanévre a számuk 33791 főre nőtt. A középiskolai tanulók körében még intenzívebben emelkedett az együttneveltek száma. A gimnáziumban integráltan tanuló SNI-s gyerekek száma a 2002/2003-as tanévben 185 fő volt, ami 2012/2013-as tanévre 1987 fő lett. Hasonló mértékű növekedés figyelhető meg a szakiskolai és a szakközépiskolai oktatásban is. (11)

A pedagógusok kulcsszerepet töltenek be a sikeres integráció megvalósításában. Az empatikus hozzáállás mellett speciális szakmai felkészültség is szükséges ahhoz, hogy az együttnevelés sikeres legyen. Az integráltan nevelkedő gyerekek számának növekedése miatt lassan a pedagógusok mindennapjainak része lesz az SNI-s gyerekekkel való foglalkozás. Ezért szükségesnek tartottuk megvizsgálni, hogy a pedagógusképzésben részt vevő hallgatók hogyan viszonyulnak az SNI-s gyerekek oktatásához. A rászoruló embertársakkal kapcsolatos támogató vélekedés és magatartás igen fontos komponense lenne annak, amit egy felsőoktatásból eredményesen távozó fiataaltól elvárhat a tanulmányait lehetővé tevő társadalmi környezet. (Pusztai-Szabó, 2014.)

¹ Bocsi Veronika – DEGYFK Intézményi Menedzsment és Vezetési Tanszék; bocsiveron@gmail.com

² Rákó Erzsébet – DEGYFK Szociálpedagógia Tanszék; rakoe@ped.unideb.hu

Az elemzés módszertana

Tanulmányunk empirikus részében a Szaktárnet-projekt („Szaktárnet – Szakmai szolgáltató és kutatást támogató regionális hálózatok a pedagógusképzésért az Észak-alföldi régióban” c. projekt (TÁMOP 4.1.2.B.2-13/1). Vezető: Dr. Tóth Zoltán PhD. habil.) 2014-es lekérdezésén alapuló adatbázist használtuk fel. Ezen kutatás során a Partium régiójának felsőoktatási intézményeiben kerestük fel a pedagógusképzésben résztvevő hallgatókat. A lekérdezés három országra terjedt ki (Magyarország, Ukrajna, Románia), az érintett intézmények pedig a Debreceni Egyetem, a Debreceni Református Hittudományi Egyetem, a Nyíregyházi Főiskola, a Partiumi Keresztény Egyetem, a II. Rákóczi Ferenc Kárpátaljai Tanítóképző Főiskola, a Babeş-Bolyai Tudományegyetem Szatmárnémeti Kihelyezett Tagozata, a Babeş-Bolyai Tudományegyetem Székelyudvarhelyi Kihelyezett Tagozata, a Babeş-Bolyai Tudományegyetem Pszichológia és Neveléstudományok Kara, a Partiumi Keresztény Egyetem, illetve a Nagyvárad Állami Egyetem voltak. A lekérdezés túlnyomórészt magyar nyelven történt, azonban 9,8% a kérdőívet román nyelven töltötte ki. A kérdőív az alapvető demográfiai adatokon túl a számos területtel foglalkozott, és a kérdések érintették a pedagógiai munkával kapcsolatos elképzeléseket, a pedagóguspályát, a munkaértékeket, a gyermeknevelési értékeket stb. A minta elemszáma 306 fő volt, ami 31%-os lekérdezési arányt jelent.

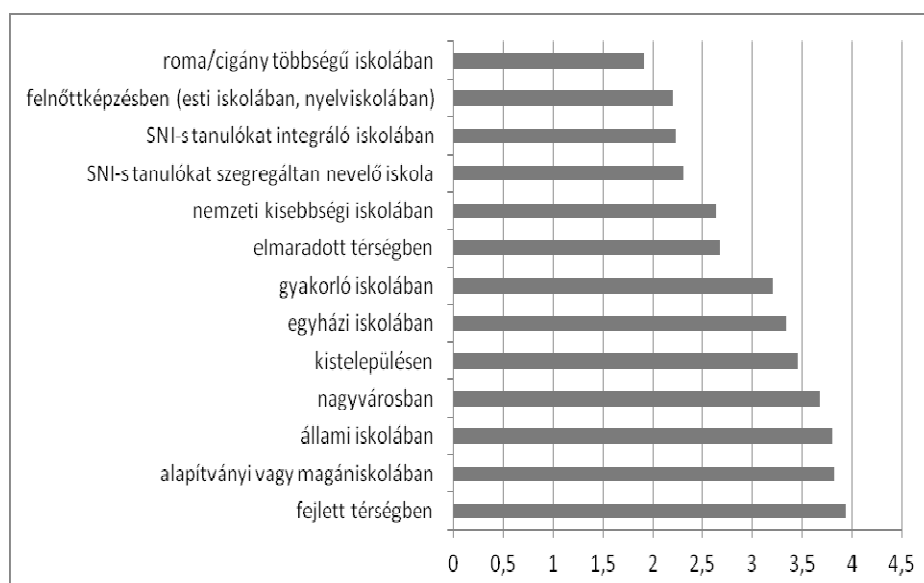
A kérdőív tartalmazott egy olyan kérdésblokkot, amelyben a megkérdezetteknek arra a kérdésre kellett választ adniuk, hogy milyen intézményben szeretnének dolgozni (nagyvárosi iskola, egyházi intézmény, állami intézmény stb.). A felkínált válaszlehetőségek közül az volt számunkra releváns, amely a sajátos nevelési igényű, (továbbiakban SNI-s) tanulókat integráló iskolákra vonatkozott. Arra voltunk kíváncsiak, hogy akik ezeket az intézményeket inkább választották (egy ötfokozatú skálán kellett megítélni, hogy tanítanak-e az adott iskolában), azok miben térnek el hallgatótársaiktól. Vizsgálódásunk során felhasználtuk a nem és a településtípus változóját, a szülők iskolai végzettségét, a szubjektív és az objektív anyagi helyzetet. (Az objektív anyagi helyzetet a következő kérdéssorral mértük fel: saját lakás/ház, hobbitelek/nyaraló, plazma/LCD tévé, számítógép, táblagép/e-book olvasó, mobilinternet, mosogatógép,

klíma, okostelefon, személyautó. A rendelkezésre álló tárgyak segítségével egy összevont indexet képeztünk, amely az objektív gazdasági tőkét mérte fel. A szubjektív anyagi helyzet felmérése során a diákoknak az átlag alatti, átlagos, átlag feletti válaszlehetőségek közül kellett választaniuk.) Ezen kívül felhasználtuk még a munkaértékeket felmérő kérdésblokkot, amely 17 itemet tartalmazott (például: a munka, amit végzek, hasznos legyen a társadalomnak, a munka felelősséggel járjon, a munka ne legyen megerőltető). Ezeket a diákoknak egy négyfokozatú skálán kellett értékelniük. Ezen kívül érintettük még a szabadidő-felhasználás dimenzióját (itt hétfokozatú skálán kellett a diákoknak a végzett tevékenységek gyakoriságát megbecsülniük, például olvasás, sporttevékenységek, bulizás stb.) A felhasznált technikák az átlagok elemzése, variancia-analízis, faktoranalízis és kereszttáblás elemzés voltak. Hipotézisünk az volt, hogy az SNI-s gyermekekkel való foglalkozásnak, mint életcélnak a szociokulturális bázisa inkább az egyetemista populáció hátrányosabb helyzetű részében lesz megragadható (szülők iskolai végzettsége alacsonyabb, kistelepülésről érkezők, alacsonyabb gazdasági tőkével való rendelkezés). Előfeltevésünk indoka az, hogy a szociális értékek nagyobb elfogadása szintén ehhez a rajzolathoz illeszkedik.

Az empirikus eredmények

Elemzésünk első lépésében arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a pedagógusképzésben résztvevő hallgatók körében mennyire népszerű azoknak az intézményeknek a választása, ahol SNI-s gyermekeket is kell oktatni. Az első ábra a diákok válaszait egy ötfokozatú skálán ábrázolja. A választások rámutatnak arra, hogy a pedagógia tudományterületen tanuló hallgatók legszívesebben magasabb státusú iskolákban és/vagy kedvező szociális háttérrel bíró gyermekeket oktatnának (fejlett térség, alapítványi vagy magániskola stb.), a lista végén pedig a roma gyermekeket, az SNI-s gyermekeket integrálókat – és némileg meglepő módon – a felnőttképzésben résztvevőket találjuk. A települési hierarchia nem jelenik meg élesen a választásokban, hiszen a kistelepülések éppen hogy elmaradnak a nagyvárosok iskolái mögött. A válaszokat jóval inkább a „szociális lejtőhöz” tudjuk illeszteni. Ha leválasztjuk azokat, akik inkább tanítanak SNI-s gyermekeket, 19,2%-ot kapunk.

1. ábra Az intézmények megítélése, ahol a hallgatók szívesen tanítanának (ötfokozatú skála átlagai, N=307) (Saját forrás)



A következő lépésben azt szeretnénk volna megvizsgálni, hogy az SNI-s gyermekek oktatását milyen szociokulturális háttérű csoportok fogadják el nagyobb mértékben. Hogy erre a kérdésre választ kapjunk, a nem, a településtípus, a szülők iskolai végzettsége, illetve a gazdasági tőke szubjektív és objektív mutatóját használtuk fel. Előzetesen azt feltételeztük, hogy a hátrányosabb helyzetű hallgatók inkább foglalkoznának az ilyen problémákkal élő gyermekekkel. Az intézmények választásának átlagait variancia-analízissel vizsgáltuk meg a kategoriális független változókat felhasználva, míg a gazdasági tőke indexértéke esetében lineáris regressziót alkalmaztunk. Szignifikáns kapcsolatot csupán egyetlen esetben találtunk. Az objektív gazdasági tőke indexének mutatója, illetve az SNI-s tanulókat integráló intézmények magasabb választása között negatív összefüggés található, tehát a kedvezőbb háttérrel bírók esetében ezen iskolák választása kisebb mértékű. (ANOVA, $p < 0,05$, sig.: 0,008).

Mivel a kemény változók hatása nem volt kellő mértékben kimutatható, olyan törésvonalakat kerestünk a hallgatói életvilágok esetében, amelyek a

gondolkodási struktúrákhoz és az életmódhoz köthetők. Választásunk két területre esett: a munkaértékekre és a szabadidő felhasználására. Célunk tehát, hogy ezeknek a területeknek a segítségével megragadjuk azt a hallgatói csoportot, amelynek esetében az SNI-s gyermekekkel való foglalkozás sokkal inkább preferált terület. (Nem célunk jelen tanulmány keretein belül az itt említett fogalmak definiálása, mivel ezek a szálak már szétfe-szítenék az írás kereteit. A munkaértékekről bővebben: Abu-Saad és Isralowitz 1997, Knafo és Sagiv 2004, Nordhaug, Gooderham, Zhang, Liu és Birkelund 2010, a szabadidő-felhasználásról bővebben Hunyadi 2005, Murányi 2010, a formális szervezeti tagságról bővebben: Szabó és Bauer (szerk) 2008, Bocsi 2012)

A munkaértékek segítségével faktorokat képeztünk, majd a faktorszakárokat varianciaanalízis segítségével vizsgáltuk meg úgy, hogy a két intézményi típust inkább elutasítók és inkább elfogadók csoportját leválasztattuk (akik az ötfokozatú skálán az egyes vagy a kettes, illetve a négyes vagy az ötös válaszlehetőséget jelölték meg. A munkaértékek rajzolatait az 1. táblázat mutatja be. A faktorokat varimax módszerrel rotáltuk, és principal components becslést használtunk. A modellek kialakításakor figyeltünk arra, hogy változónként a magyarázott információ ne csökkenjen egy egység alá. A megőrzött információmennyiség 56% volt. Az illeszkedő faktorstruktúrát úgy tudtuk elérni, hogy 16 itemet tartottunk meg. Az első faktor az „emberközpontú” nevet kapta, és szociális, önkiteljesítő, illetve családra és munkatársakra vonatkozó itemeket tömörített. Az anyagi-karrierista faktort a magas kereset, az előrejutás, illetve a tartós foglalkoztatottság kijelentései határozták meg. A harmadik faktor érdekes rajzolatot mutatott, mivel összekapcsolta a hatékonyságot a kötetlen és könnyed munkavégzéssel. Úgy véltük, hogy ki tudunk majd mutatni egy olyan faktort, amely a segítség itemeit tartalmazza, s ez a rajzolat lesz majd jellemző az általunk vizsgált intézményeket preferáló diákok esetében.

1. táblázat: A munkaértékek faktorszórjai (N=307) (Saját forrás)

	emberközpontú	anyagias-karrierista	kötetlen-hatékony
magas legyen az elérhető kereset	-0,016	0,828	0,223
egy állás biztos legyen (kicsi legyen az elbocsátás esélye)	0,387	0,674	-0,018
jó lehetőségek legyenek a munkahelyi előrelépésre	0,337	0,625	0,259
olyan munka legyen, ahol az ember szabadon dönti el, hogy mikor dolgozik	0,088	0,002	0,773
a munka érdekes legyen	0,636	0,341	0,149
a munkahely jó hangulatú legyen	0,733	0,301	0,111
a munka sikerélményt nyújtson	0,663	0,393	-0,001
emberekkel lehessen találkozni	0,719	0,237	-0,006
a munka hasznos legyen a társadalomnak	0,748	-0,031	0,065
a munka felelősséggel járjon	0,621	-0,108	0,205
a munka ne legyen megerőltető	0,030	0,106	0,760
a munka lehetőséget adjon arra, hogy segíthess másokon	0,734	0,052	0,147
barátságosak és segítőkészek legyenek a kollégák	0,665	0,273	0,054
a munka teljesítményközpontú legyen	0,164	0,326	0,590
a munka mellett a családnak is jusson idő	0,593	0,302	-0,119
a munka mozgalmas és változatos legyen	0,651	0,190	0,133

A munkaértékek faktorainak segítségével megvizsgáltuk az intézménytípus elfogadottságát. Egyetlen esetben találtunk szignifikáns kapcsolatot, az anyagi-karrierista faktor esetében. A kapott rajzolat egybecseng az objektívált gazdasági tőke eredményével, mivel az anyagi-karrierépítő gondolkodás inkább elutasított azoknak a hallgatóknak a körében, akik szívesen foglalkoznának SNI-s gyermekekkel. Úgy tűnik, hogy nem csupán a kedvező anyagi háttér, hanem az anyagi gondolkodás sem tekinthető olyan bázisnak, amely a sérült vagy gondokkal küzdő gyermekekkel való foglalkozás felé mozdítja a diákokat. Előzetes elvárásaink ugyanakkor nem teljesültek, hiszen a szociális munkaértékeket az első faktor foglalta magában, ugyanakkor ebben az esetben szignifikáns kapcsolatokat nem találtunk.

2. táblázat: Az anyagi-karrierista faktor faktorszóráinak átlagai a vizsgált intézmények megítélése szerint. (ANOVA-teszt, $p > 0,05$, $N = 307$)
(Saját forrás)

	a faktorszórák átlaga
inkább elutasítja az SNI-s gyermekeket integráló intézményeket	0,068
inkább elfogadja az SNI-s gyermekeket integráló intézményeket	-0,327
sig.	0,028

A hallgatók csoportjainak összevetésekor a szabadidő-felhasználás éles választóvonalat képez. Tudjuk, hogy a kötetlen időkeretek esetében jelentős a monitor-előtt végzendő tevékenységek mértéke, míg a hagyományos vagy magaskulturára irányuló elfoglaltságok a diákok kisebb hányadát érintik (Bocsi 2013). A szabadidő-struktúra feltérképezéséhez szintén faktoranalízist használtunk, és azt feltételeztük, hogy a magaskultúrát is magában foglaló rajzolat fog összekapcsolódni a tanulásban akadályozott vagy fogyatékos gyermekek elfogadásával. A szabadidős faktorokat a harmadik táblázat tartalmazza. A faktorokat varimax módszerrel rotáltuk, és principal components becslést használtunk.

3. táblázat: A szabadidős tevékenységek faktorszórjai (N=307) (Saját forrás)

	magaskultúrát preferáló	könnyed	sportcentrikus	modern passzív
tv-nézés vagy filmek nézése a neten	-0,300	0,238	-0,184	0,537
számítógépes vagy videojátékok	0,127	0,007	0,106	0,591
csapatsportok	0,232	-0,165	0,710	0,225
futás vagy séta	-0,093	-0,070	0,567	0,171
úszás	0,102	0,224	0,549	-0,228
extrém sportok	0,259	0,228	0,597	-0,110
biciklizés	-0,189	0,169	0,566	-0,009
sportrendezvény látogatása	0,208	0,164	0,616	-0,027
találkozás a barátokkal	0,178	0,613	0,095	0,246
chatelés, e-mailezés, közösségi oldalak	0,044	0,157	0,008	0,762
részvétel komolyzenei koncerten, hangversenyen	0,625	0,355	0,165	-0,188
bulizás, kocsmazás	0,055	0,645	0,227	0,329
shoppingolás, plázázás	-0,039	0,742	0,058	0,148
mozizás	0,143	0,706	0,071	-0,172
kiállítás, múzeum látogatása	0,652	0,375	0,118	-0,146
olvasás	0,537	-0,087	0,028	0,166
írás (pl. napló, versek)	0,717	0,044	0,073	0,164
más művészi és hobbitevékenységek	0,710	0,053	-0,001	-0,070

A modellek kialakításakor figyeltünk arra, hogy változónként a magyarázott információ ne csökkenjen egy egység alá. A megőrzött információmennyiség 49,7% volt. Az illeszkedő faktorstruktúrát úgy

tudtuk elérni, hogy 18 itemet tartottunk meg. A rajzolatok gyakorlatilag egyértelműek, hiszen jól elkülöníthetők a magaskultúra és a sport itemei, illetve egy, a kikapcsolódást szem előtt tartó tevékenység-halmaz, valamint az internethasználat különböző aktivitási formái.

4. táblázat: A szabadidős faktorok és a vizsgált intézmények megítélésének kapcsolata (ANOVA-teszt, $p > 0,05$, $N = 307$) (Saját forrás)

	magaskultúrát preferáló	passzív modern
inkább elutasítja az SNI-s gyermekeket integráló intézményeket	-0,157	0,134
inkább elfogadja az SNI-s gyermekeket integráló intézményeket	0,223	-0,422
sig.	0,037	0,002

A korábban is felhasznált logikát követve a faktorszakókat varianciaanalízis segítségével vizsgáltuk meg az intézmények választásának függvényében. Szignifikáns kapcsolatokat két-két esetben találtunk (a magaskultúrát preferáló és a passzív modern faktorok függtek össze a magyarázó változókkal). Előzetes elvárásaink teljesültek, hiszen a magaskultúrát magában foglaló faktor, amely olyan tevékenységeket tömörített, mint a színházba járás, a komolyzenei koncerten való részvétel vagy a vers- vagy naplóiírás, sokkal inkább volt jellemző azokra a hallgatókra, akik nyitottak az általunk vizsgált csoport irányába (4. táblázat). Ugyanakkor látni kell, hogy ez egy olyan tevékenység-struktúra, amely az elitképzés jegyeit mutató felsőoktatás esetében természetesnek, hiszen az értelmiségi lét alapvető vonásait foglalja magában. A tömegegyetemeken, illetve a hátrányosabb helyzetű hallgatói bázis esetében mindez visszaszorulhat, bár a karok profiljai is befolyásolják ezeket a rajzolatokat.

Összegzés

Tanulmányunkban arra vállalkoztunk, hogy beazonosítsuk azt a hallgatói csoportot, amely nyitott az SNI-s gyermekek irányába, és szívesen tanítanak későbbi pályájuk során olyan intézményekben, ahol ilyen tanulókkal kell foglalkozni. Az általunk felhasznált szociokulturális háttérváltozók köre nagyrészt nem magyarázta a hasonló intézményekben való oktatási hajlandóságot, ugyanakkor az objektívált gazdasági tőke kapcsán láthattuk, hogy az indexérték emelkedésével a diákok inkább más iskolatípusokat választottak volna. A munkaértékek elemzése szintén a materiális beállítottság szerepére mutat rá, és egy negatív előjelű kapcsolatra utal az SNI-s gyermekek, valamint a materiális munkaértékek között. Legvégül a diákok életmódjának segítségével próbáltuk megragadni azt a hallgatói csoportot, akik szívesen tanítanak hasonló intézményekben. Ebben az esetben azt láthatjuk, hogy egyfajta klasszikus hallgatóképet kapunk, tehát a magaskultúra dominanciáját és az IT technikák szerényebb mértékű felhasználását. Összességében azt mondhatjuk el, hogy a pedagógusképzésben résztvevő hallgatók elképzelt életpályájának ritkábban képezi állomását az SNI-s gyermekeket is integráló intézmény, mivel a választások inkább a magasabb szociális státusú iskolák irányába mutatnak. Azok a diákok pedig, akik hasonló célokkal jellemezhetők, kevésbé anyagiasságúak, gazdaságilag hátrányosabb helyzetűek, életmódjuk pedig sokkal inkább jellemezhető értelmiségi és tradicionális jegyekkel.

Irodalomjegyzék

- Abu-Saad, I. & Isralowitz, E. R. (1997). Gender as a Determinant of Work Values among University Students in Israel. *The Journal of Social Psychology*, 137 (6). 749–763.
- Bocsi V. (2012). Formális közösségek értékalapú vizsgálata hallgatói mintában. In: Juhász E.–Chrappán M. (szerk.). *Tanulás és művelődés*. Debreceni Egyetem Neveléstudományi Intézet, Debrecen. 53–60.
- Bocsi V. (2013). *Az idő a campusokon*. Belvedere Meridionale, Szeged.
- Bocsi V. (2014). *Töredezettség vagy összefonódás? Értékek a felsőoktatásban*. Habilitációs értekezés. Debreceni Egyetem, Nevelés- és Művelődéstudományi Doktori Program.
- Hunyadi Zs. (2005). A kulturális fogyasztás és a szabadidő eltöltésének néhány jellemzője. In: Enyedi Gy., Keresztély K. (szerk.) *A magyar városok kulturális gazdasága*. MTA Társadalomkutató Központ, Budapest. 91–109.
- Knafo, A. & Sagiv, L. (2004). Values and Work Environment: Mapping 32 Occupations. *European Journal of Psychology of Education*, 19 (3), 255–273.
- Murányi I. (2010). Egyetemisták szabadidős tevékenysége és mentális státusa. *Educatio*, 19. évf. 2. sz. 203–213.
- Nordhaug, O., Gooderham, P., Zhang, X., Liu, Y. & Birkelund, E. G. (2010). Elite Female Business Students in China and Norway: Job Related Values and Preferences. *Scandinavian Journal of Education Research*, 54 (2). 109–123.
- Pusztai G. & Szabó D. (2014): Felsőoktatási hallgatók és fogyatékosággal élő társaik. *Kapocs*, 13. évf. 4. sz. 23–37.
- Szabó A. & Bauer B. (szerk) (2009). Ifjúság 2008. Gyorsjelentés. www.mobilitas.hu/uploads/.../ifjusag2008_gyorsjelentés_090520.pdf
Utolsó látogatás: 2012.05.30.
- **Internetes forrás:**
- II: Statisztikai tájékoztató Oktatási évkönyv 2012/2013, EMMI, Budapest 2013.
- http://2010-2014.kormany.hu/download/c/93/21000/Oktat%C3%A1si_%C3-%89vk%C3%B6nyv_2012.pdf
- Utolsó látogatás: 2015. 05. 16

DUPress

A FEJLESZTŐ JÁTÉKOK MÓDSZERTANI ALAPJAI

Kovácsné Bakosi Éva²⁴–Pálfi Sándor²⁵

Írásunkban arra vállalkozunk, hogy felvázoljuk azt a módszertant, amely segítheti a fejlesztés szakembereinek munkáját a fejlesztő játékok alkalmazásában. Igen sok írás, gyűjtemény ismert már a fejlesztő játékok témakörében, de a képzést és a gyakorlati munkát segítő elméleti, módszertani összefoglaló még nem készült el. Ehhez a munkához kezdünk hozzá azzal, hogy kísérletet teszünk a tartalom felvázolásához. *Kiemelt kulcsfogalmaink* a fejlesztés, a játék, játék és tanulás, játékos tanulás, fejlesztő játék, módszertan.

1. A fejlesztés és hozzá kapcsolódó fogalmak

1.1. Fejlesztés. Mit értünk fejlesztésen?

A személyiség alakítására, fejlesztésére úgy tekintünk, mint a kompetencia alapú nevelés, oktatás legújabb kori EU-s paradigmájára. E folyamatban az öntevékenység, az aktivitás, a felfedezés, a motiváltság, az önérvényesítés, a belső kontroll, a kooperatív, empátikus, toleráns személyiség formálódik.

„A gyerek érési folyamatához igazított támasznyújtás, az életkorhoz igazított, adekvát tevékenységi formák aktivizálásával, melyek célja az éppen fejlődő pszichés struktúrák kibontakozásának, begyakorlásának, integrációjának segítése, a megfelelő szociális és tárgyi feltételek biztosításával.” (Porkolábné Balogh Katalin 1992. 32)

Az ilyen értelmezésű **fejlesztés** mellett már közel harminc éve belépett a fejlesztés bizonyos tevékenységcsoportjának megkülönböztetése, mely az elmaradt, megkésett fejlődésű funkciókkal, magatartási jellemzőkkel

²⁴ Kovácsné Bakosi Éva – DEGYFK Gyermeknevelési Tanszék; kovacsnebakosi@gmail.com

²⁵ Pálfi Sándor – DEGYFK Gyermeknevelési Tanszék; palfis@ped.unideb.hu

foglalkozik, de még nem tekinthető gyógypedagógiai akciónak. Fejlesztésre tehát ott van szükség, ahol a fejlődés nem következik be a normál fejlődési feltételek mellett. A felhalmozott tudást rendszerezve létrejött a fejlesztőpedagógia, mely Porkolábné dr. Balogh Katalintól ered.

A **fejlesztőpedagógia** azokkal a gyerekekkel foglalkozik, akik ép intellektussal rendelkeznek, mégis fejlődésük során valamely területen elmaradnak az életkorukban elvárható szinttől. Ez nem magyarázható értelmi képességük esetleges gyengeségével, sőt nagyon okosak is lehetnek, még sem tudnak megfelelően teljesíteni.

Lemaradásaik több területen mutatkozhatnak: a mozgásuk ügyetlenségében, koordinátlanságában, a figyelemkoncentráció gyengeségében, illetve a tanuláshoz kapcsolódó képességek alacsonyabb színvonalában.

Nem gyógypedagógia, mert nem sérült gyermeket fejleszt, de gyógypedagógus is lehet fejlesztőpedagógus. Nem pszichológia, de szükség lehet a fenti nehézségek miatt következményesen jelentkező szorongás, agresszió és egyéb pszichés problémák esetén pszichológus segítségére is.

Nem pedagógia, mert az óvodapedagógus, tanító és tanár sokat tehet a nehézségek megelőzésében, a terápiás időszak alatti megfelelő, támogató környezet megteremtésében, de nem tud speciális fejlesztő eljárásokat egyénileg nyújtani a rászoruló gyermekeknek. Velük a fejlesztő pedagógusok foglalkoznak. Kik ők, mire terjed ki kompetenciájuk? A fejlesztő pedagógusok olyan speciális felkészültséggel rendelkező szakemberek, akik korszerű gyógypedagógiai-pszichológiai ismeretek birtokában ismerik a fejlődés és a fejlesztés főbb elméleti koncepcióit, a személyiség és az értelmi fejlődés életkori és individuális jellemzőit, a tanulási nehézségek pszichológiai és pedagógiai diagnosztikai eljárásait. Jártasak a prevenciós és korrekciós fejlesztés gyakorlati formáinak alkalmazásában óvodai, iskolai csoportban és egyéni fejlesztési formában.

A kompetenciahatárok meghatározása érdekében tudatosítani szükséges, hogy a fejlesztő pedagógus nem iskolapszichológus és nem gyógypedagógus. Ha viszont azt a napi gyakorlatot megnézzük, ami éppen egy köznevelési intézmény mindennapjaiban található, akkor jelenleg azokkal az anomáliákkal találkozunk, hogy az egyes gyermek esetében, melynek fejlődési rendellenességét jelzik, a diagnózis felállítása, és a fejlesztés/terápia

kiejelölése mindenképpen a szakszolgálatnál dolgozó gyógypedagógus feladatai közé tartozik. Ezen szakemberek rendszeres időközönként látogatják a gyermeket a saját intézményében és foglalkoznak vele (heti 1-2 alkalommal), de a nagyobb, fennmaradó időben a gyermek pedagógusa, illetve a gyermek intézményének fejlesztő pedagógusa végzi el azokat a feladatokat, amiket a gyógypedagógus jelöl ki. Ma sajnos nem tudjuk a szükséges gyógypedagógus ellátottságot biztosítani ott ahol a fejlesztést igénylő gyerek éli mindennapjait. Ha viszont az első életévek korai gyógypedagógiai intervenciójáról beszélünk, akkor az már nem ruházható át másra, hiszen csak az adott terület gyógypedagógusa végezheti a fejlesztési terápiát, amiben éppen a korai évek sajátosságaira építve a játéktérapiáknak szerepe, növekedett meg, s a jelentősége éppen a hatékonyság tekintetében meghatározó. A korai gyógypedagógiai játéktérapiák másik specifikuma, hogy a szülőnek kiemelt szerepe van a terápiában, társa a szakembernek, majd folytatója az elsajátítható, a szülő által is vegezhető elemeknek, tevékenységeknek. Ebben éppen az anyagyermek szoros kötődés adja a fejlesztés egyik motorját.

Megemlítjük még a **korai fejlesztést**. A korai fejlesztés mind nagyobb jelentőséget kap, hiszen a korai felismerés és fejlesztés által sokkal kedvezőbbek a kilátások a hátrányok, a fejlődési elmaradások, működési rendellenességek fejlődésének. A korai fejlesztés az érintett kisgyerekeket és családjaikat érinti, akik támogatást kapnak a szükséges speciális fejlesztéshez. A korai fejlesztés az inklúzió szélesebb társadalmi elfogadásának alakulásában is szerepet kap.

1.2. A fejlesztést befolyásoló tényezők

- 1) A tevékenységre ösztönző tényezők. A hat alapvető késztetés (Tomkins)
 - Érdeklődés
 - Élvezet
 - Meglepődés
 - Kín
 - Félelem
 - Düh

2) A gyermeket motiváló szükségletek (Bábosik I.)

- **Játékszükséglet**
- Mozgásszükséglet
- A monotónia elkerülésének szüksége
- Az új információk szüksége

A fejlődési különbségek természetes gyökerei

- Biológiai különbségek (testi adottságok stb.)
- Az érés eltérő üteme (idegrendszer egyéni szerveződése...)
- A szociokulturális környezeti hatások örökletes hatása
- Pszichoszexuális eltérések

1.3. A fejlesztés stratégiái

A. típusú fejlesztési stratégiák

- Gyorsítás, léptetés
- Elkülönítés, szegregáció
- Gazdagítás, dúsítás
 - Külön intézményekben
 - A kreativitás kiemelt fejlesztése
 - A szükségesen túlmutató anyag-információ közvetítése
 - Pedagógusok, szülők képzése

B. típusú fejlesztési stratégiák

Preventív fejlesztési stratégiák

- a) A személyiség egészére törekszik hatni
- b) Az egyéni ütemre igyekszik toleránsan reagálni
- c) A személyiséget dinamizáló tevékenységek meghatározóak (mozgás, játék)
- d) Az ismert fejlődési rendellenességek, eltérések megelőzésére tevékenységeket tervez
- e) Célja: csökkenteni a korrekcióra szoruló gyermekek számát
- f) Fontosabb prevenciós területek:

- Percepciós nehézségek
 - Mozgásfejlesztés
 - Szocializációs eltérések
 - Kulturális eltérések
- g) Speciális változata: az életkorilag előrehozott fejlesztés, mely a tengerentúlról származik, s az anya kezébe adja azokat az eszközöket, tartalmakat, s főleg ismereteket, melyeket a gyermek otthoni környezetében a napirendjéhez, s napirendjébe illesztve tréningel.

Korrektív fejlesztési stratégiák

Jellemzők:

- a fejlődésben már bekövetkezett kedvezőtlen sajátosságok megszüntetésére törekszik, továbbá
- egy adott problémára koncentrálna a fejlesztést.

a) Nivelláló stratégia

- (1) Egy elvárt, általános fejlettségi szint elérésén munkálkodik
- (2) Célkitűzése: az egyéni különbségek mérséklése
- (3) Az adott fejlettségi állapottól függetlenül képes megtervezni a gyermek számára a fejlesztő tevékenységeket
- (4) A folyamat közbeni változtatás a felnőtt tolerancia szintjétől függ
- (5) Nem törekszik a gyermek érzelmi megnyerésére (a behódolást természetesnek veszi)

b) Algoritmusos stratégia

- (1) Az személyiség egyes területeinek, készségeinek különböző fejlettségi fokait előre rögzíti, majd a tevékenység tartalmát ehhez rendeli hozzá
- (2) Célja: a gyermek minél előrébb jusson a fejlettségi szinteken
- (3) A gyermek dönti el, melyik fejlettségi szintnek megfelelő tevékenységgel kezdi a folyamatot: tehát alacsonyabb szinttel is kezdheti

- (4) Addig halad előre a folyamatban, ameddig az adott helyzetben lehetséges és képes

A következő fejlettségi zóna stratégia

- a) A gyermek adott fejlettségi szintjének szakszerű ismeretére épít
- b) Célja: a gyermek saját erejéből jusson a következő fejlettségi szintre
- c) Az adott fejlettségi szint és következő szint közötti ún. „proximális zónát” használja a gyermek, mint létrát (ilyen állapotban van a játék közben is Vigotszkij szerint)
- d) A gyermek elaborációs késztetését is felhasználja

A transzferhatásra építő stratégia

- a) Elfogadja a személyiség különböző szintű fejlettségét
- b) A személyiség domináló pozitív területeire összpontosít: ebből következik a gyermek pozitív énképe
- c) Tétel: az erős készségek támogatásával, fejlődésével együtt fejlődnek az elmaradott területek is
- d) Az erős területek tevékenységének tartalma, a működésbe jövő, fejlődő készségek, képességek megteremtik a lehetőségét annak, hogy a kevésbé fejlett területeket magával húzza, mint a „mágnes”.

1.4. Fejlesztő program

A gyermek diagnózisa alapján kidolgozott fejlesztési munkaterv célokkal, feladatokkal, módszerek, eszközök megnevezésével időkeretek hozzárendelésével. E programba helyezhető el a játék, s tervezhető a játékosság is.

1.5. Fejlesztő helyzetteremtés, fejlesztő foglalkozás

A gyermek minden olyan tevékenysége felhasználható fejlesztésre, amely alkalmas a diagnosztizált terület (képesség, funkció, magatartás, tulajdonosság) mobilizálására, s a fejlődés elővételezésére. A fejlődés érdekében a pedagógus/fejlesztő szakember szándékosan hoz létre olyan fejlesztő helyzeteket, amely a gyermek/gyermekek diagnosztizált területének fejő-

désére hatnak. Ezek szinte valamennyi esetben a szabad játékon kívüli tevékenységek.

Ha ezek a helyzetek tervezett láncolatot alkotnak, akkor fejlesztő foglalkozásról beszélünk. A fejlesztő foglalkozások természetesen tartalmazhatnak játékot, játékokat, sőt játékos fejlesztési feladatokat is.

1.6. Spontán tevékenységből kiinduló fejlesztés

Itt végeredményben a gyermek által elindított, kezdeményezett tevékenységekről van szó, mi esetünkben elsősorban a játékra gondolunk. Feltörik a kérdés, hogyan illeszthető össze a gyermeki spontaneitás és a fejlesztés direktívája?

Ez az a szakmai kérdés, mely a játék alapvető lényegét, a játék szabadságát érinti. Perlai Rezsőné (2002, 11.) általánosan fogalmaz: „A gyermek minden olyan szabadon választott tevékenysége felhasználható fejlesztésre, amelynek folyamatába bekapcsolódhatunk, játéukban szerepet vállalhatunk.” Pintér Éva (1992. 95.) viszont ki is emeli a játék szabadságára utaló szempontot a játék alkalmazásakor: „A fejlesztésnél azonban feltétlenül figyelembe kell vennünk a játék általános sajátosságát, mely szerint az a gyermek önként választott szabad tevékenysége. A gyermek szabadságának és az óvodapedagógus tudatos fejlesztő munkájának együttesen kell érvényesülni a gyakorlatban.” Utal erre Körmöci Katalin is (2002. 11.): a fejlesztés elősegítése „... sohasem jelentheti a gyermeki játék intimitásának megtörését, vagy folyamatának megakasztását, sem az óvodapedagógus rátelepedését a gyermek játékfolyamatára, sem pedig azt, hogy különféle hatalomérvényesítő módszerekkel a gyermek igényeit elnyomja, elképzelését feladásra kényszerítse.”

Tudjuk, hogy a pedagógus, s így a fejlesztő szakember is a játékhoz szükséges feltételeket tudatosan teremti meg, szükség és a gyermeki igény szerint alakítja, ill. segít annak megteremtésében figyelembe véve a célzott gyermekek célzott fejlesztését. A spontán, szabad játék fejlesztési célok érdekében történő további befolyásolásával viszont nagyon óvatosan kell bánnunk. Megtaláljuk ezt a kíváncsi Demeter Lázár Katalin írásában (2008. 12.) a gyermek spontaneitásából kiinduló fejlesztés leírásában: „...a fejlesztés a gyermek által választott tevékenység belülről történő

átalakítása nyomán valósul meg. A fejlesztőpedagógus bekapcsolódik a gyermek tevékenységébe, s nagy körültekintéssel és toleranciával előmozdító változásokat eredményez.” Hozzá kell tennünk, hogy még a bekapcsolódás is legalább olyan körültekintést kíván, mint a közös játék további folytatása (aminek természetesen meg kell maradni a játék kereteiben, s nem vihető át irányított tanulásba).

2. A játék, mint nevelési, fejlesztési eszköz a fejlesztést igénylők körében

A játék fejlődést támogató funkciója egyértelműen bizonyított. Azok a normál fejlődésű gyermekek, akik eleget és jókat játszanak, különösebb beavatkozás és segítő fejlesztés nélkül egészségesen fejlődnek. A speciális, különös bánásmódot igénylő gyermekek pedig a játék sajátos jellemzői miatt (szabadság, expresszivitás, következmény nélküliség stb.) a játék és a játékoság alkalmazásával sikeresen fejleszthetők. Ez utóbbi esetben azonban az eltérő fejlődés eltérő hatásrendszer alkalmazását kívánja meg a játék, játszás során.

A játék fejlesztési eszköz a pedagógus/fejlesztő szakember kezében akkor is, ha a gyermek játéka kiegyensúlyozatlanságot mutat. Ilyen játéktípusok a következők (Körmöci, 2002):

- **Agresszív vagy romboló játék:** A saját játékában vagy mások játékában zavarásban az agresszivitás, a rombolás, az erőszakosság a témaválasztásban vagy a tevékenység stílusában mutatkozik meg. Az így játszó, általában negatív érzelmeket közvetítő gyermek indulatos, féktelen, dobál, rombol, durva, a tettlegesség jellemzi.
- **Gátolt játék:** nagyfokú gátlásosság, önállótlanág, félszesség, félénkség jellemzi. A gyermek főként szemlélődik, mozdulatai bizonytalanok, ritkán játszik társas térben, de akkor is elsősorban végrehajtja a rábízott cselekvést, alkalmazkodik, idomul, önálló akarat nélkül cselekszik.
- **Kapkodó játék:** Az elmélyülés hiánya tapasztalható. Figyelemzavar állhat a háttérben. A gyermek nem tud a tárgyra, cselekvésre koncentrálni, figyelme szétszórt, mindig más vonja el, csak rövid ideig képes

megmaradni egy-egy játéktevékenység mellett. Sűrűn váltogatja a tevékenységet és az eszközöket.

- **Kényszeres játék:** mintegy kényszeresen ismételteti a műveleteket, jellemző a merevség, a „rátapadás” az azonos tevékenységre, mozdulatra, az így játszó gyermek nem kezdeményez, ötletszegény, gyakran utánoz, nehezen befogadó.

Csak bizonyos feltételek teljesülése mellett lesz a játék a fejlődés elősegítésének eszköze. Ezek a feltételek a biztonság, az optimális ingerlés, a türelem, a bizalom, a szeretet, szükséges az intim, személyes zóna figyelembe vétele, a differenciált tér és elhelyezés, továbbá speciális eszközök.

2.1. A fejlesztő játék

A játék „...királyi út nemcsak a fejlődés megismerésében, hanem a fejlesztés megszépítésében is.” (Méri Ferenc)

A fejlesztő játék mítosza, reneszánsza, divatja figyelhető volt meg az elmúlt évtizedekben, amit a szakképzések, szakirodalmak szaporodása is alátámaszt. Emiatt is fontos, hogy a játék fejlesztő munkában történő hasznosításakor keressük azon elemeket, amelyek természetes módon konvergálnak a játékkal és melyek azok^{*}

A fejlesztő játék fogalma, értelmezése, célja

A fejlesztő játék fogalma: A játéknak azt a formáját, megjelenési módját tekintjük fejlesztő játéknak, amely a pedagógus/fejlesztő szakember által tudatosan alakított feltételek mellett, kezdeményezett vagy más formában inspirált körülmények között a gyermek/kek lemaradt, megkésett fejlődését célzott területen kívánja játék által fejleszteni, mely által a dinamizált területet magasabb működési szintre képes lépni.

Fejlesztő segítő játék. Valamennyi játékot, ill. játékformát érinti, hiszen minden olyan játék, amely a gyermek/ fiatal személyiségének fejlődésében pozitív, kedvező változást idéz elő, fejlődést segítő játéknak tekinthető.

^{*} Lásd: „Szabad játék vagy a fejlesztő játék elsőbbsége? (Óvodai Nevelés 2006.), Vajda Zsuzsa: „A fejlesztés járványa előbb-utóbb kimegy a divatból.” (ÓN. 2003. 4. sz.)

Játékos fejlesztő tevékenység

Mindazon pedagógus/fejlesztő szakember által a fejlesztés érdekében tudatosan tervezett, szervezett tevékenység, amely a tevékenységben felismerhető játékelem/játékelemek jelenléte által motivációs többletet ad a tevékenységhez.

A fejlesztő játékok célja:

- A gyermeki fejlődés katalizálása, a fejlődés serkentése
- A hátrányok leküzdése, kiegyenlítése, megszüntetése
- Sokszínű „élmény” biztosítása a pozitív énkép elemeinek erősítése, vagy kialakítása
- A fejlődési diszharmóniák és nehézségek oldása, ill. feloldása
- A játék transzfer hatásának elérése más tanulási tevékenységekben

2.2. A fejlesztő játék jellemzői az alábbi tényezők szerint is megragadhatóak

- A játék szabadsága
- A játékosok köre
- A játék személyes tere
- A játék minőségi mutatói
- Fejlesztő célirányosság

1. táblázat: A fejlesztő játékok általános sajátosságai (Saját forrás)

Mutató	Jellemző
Szabadság érvényesülése a tevékenység megválasztásában	A tevékenység (játék) elfogadásával <i>teljes mértékben</i> érvényesül a játék szabadsága (erőltetés és kényszer mellett már nem tekinthető játéknak)
A tevékenység céljának megválasztása és alakulása Belső–külső összhangja	Külső személy (pedagógus/fejlesztő szakember) választja meg, jelöli ki a célt, de a játékos számára a játék során belsővé válik (interiorizálódik)
Dinamikája	Statikus és dinamikus jellege egyaránt érvényesül a funkciók működésének függvényében
Motiváció	Elsődlegesen a tevékenység öröme jelenik meg, de szerepet kaphat a megfelelni akarás is. Mindkét motivációs forma (intrinsic és extrinsic) megfigyelhető. A tevékenység örömét kiválthatják a dramatikus elemek, a vonzó eszközök. A motivációja hol inkább játék jellegű, hol inkább megoldandó probléma jellegű
A tevékenységet kísérő érzelmek	A tevékenységet mindvégig öröm kíséri. A cél elérésének megghiúsulása gyakran jár frusztrációval, ami elkerülhető megfelelő cél megválasztásával. A cél elérése katarzissal jár, ebben segít az elismerés, dicséret, jutalmazás. Szorongással nem járhat!
Valósággal való kapcsolata	A valósággal, a környezettel, való kapcsolata megmarad, de megjelenik a „mintha” helyzet, tudat.

Mutató	Jellemző
Értékelés	A cél elérését mindig elismeri, megerősíti a környezet.
Aktivitás (A gyermek valamit alkot, valamit önmagából megjelenít, valamilyen alakító, formáló szereppel bír.)	Külső aktivitás jellemzi Külső aktivitás: látható, cselekvésben megragadható Belső aktivitás: adott pillanatban nem látható (fantázia, emlékképek, értelmi műveletek)
Variálhatóság A tevékenység sok irányban fejlődhet, folytatódhat	Kisfokú A célt el kell érni, viszont módosíthatják a hozzávezető utat.

2.3. A fejlesztő játék megjelenési formái, fajtái

- A játék tartalma szerint
- A gyermeki szabadság mértéke szerint
- A játékot elindító személy szerint
- A résztvevők száma szerint
- A játék játszásának helye szerint

2.4. A fejlesztő játék szerepe a fejlesztő tevékenységben és a gyermek fejlődésében

A játék segít a gyermeknek:

- Megérteni a világot.
- Megismerni a világot.
- Kapcsolatot teremteni a környezet tárgyaival.
- Kapcsolatot teremteni a kortársakkal, felnőttekkel.
- Megtapasztalni hatását a környezetre.
- Önmaga kipróbálásában, határainak, korlátainak felismerésében (önismerete alakulásában).
- Félelmek, feszültségek, szorongásának oldásában.
- Vágyak képzeletbeli teljesülésében.
- Kellemes érzéseinek újra élésében.
- Képességeinek fejlődésében
- A céltudatosság és sok más szem. jegy formálódásában
- A homeosztatikus egyensúlyi folyamat fejlődésében (optimális izgalmi és motivációs szint /arousal/ kialakulásában és fenntartásában)
- Az unalom elűzésében: a gyermek ingereket keres, vesz fel, állandó munkára serkenti az agyat az agy ingeréhségével magyarázható).

2.5. A fejlesztő játék alkalmazását befolyásoló tényezők

- A fejlesztő játékok erőtere
 - A konkrét életkörülmények az óvodában, iskolában
 - Személyes fontosság sajátosságai
 - Pozitív társas kapcsolatok
 - A gyermek megnyilvánulásainak következményei (általában erősítő hatásúak-e)
 - Tárgyi világ személyes birtokba vételének minősége
 - A gyermek életműködését szolgáló/segítő függőség által kialakított viszony
 - Jelen van-e az intimitás?
 - Sikerek és/vagy kudarcok jellemzik?

- Az intézményben szervezett valamennyi tevékenység fejlesztő hatása
 - A játék, átmenet más tevékenységekbe, a játék transzfer hatása
 - Azon tevékenységek, amelyben alakulnak, formálódnak, fejlődnek az elemi pszichikus folyamatok
 - Azok a tevékenységek, amelytől az intézményben legközvetlenebb módon függnek a pszichikum alapvető változásai. (Kora gyermekkorban ez a tevékenység a játék, iskolakezdéstől a munka világába való belépésig a tanulás, dolgozóként pedig a munka az elsődleges személyiségformáló tevékenység.)

2.6. A fejlesztő játék alkalmazásának módszertani kérdései

Az alkalmazás elvei

1. A megfelelő környezeti inger biztosítása
 - környezeti ingerek optimalizálása
 - az objektív feltételeknek (a tér, a berendezés, a tárgyak, eszközök játékszerek) a fejlesztésben résztvevőhöz igazítása
2. A rendszeresség érvényesülésének elve. (A szervezett játék rendszeres legyen.)
3. A változás, a fejlődésnyomon követésének elve
 - a gyermek konkrét és aktuális fejlettségét figyelembe veszi
 - terület (dinamizáló vagy defektáló) + mérték
4. Az individuális bánásmód, a gyermek tiszteletének elve
5. A játékjelleg megtartásának és tiszteletben tartásának elve (a játék sajátosságainak tiszteletben tartása)
6. A játékélmény biztosításának elve
7. A játékosság elve (választás, döntés, egyéni ötlet, kitalálás, ismétlés, próbálgatás, győzelem – azaz a játék elemeinek beépülése, megjelenése)

8. A komplexitás érvényesítésének elve (a hatás egyszerre több funkcióra irányul)
 9. A koraiság elve szerint a probléma észlelésére adott gyors szakmai válaszra utal (prevenció – korrekció)
 10. A fokozatosság érvényesítésének elve
 - Egyszerűtől a bonyolult felé
 - Párostól a csoport felé
 - Reprodukív utánzásos tanulástól – produktív felé
 - Rövid idejűtől a tartósabb tevékenység felé
- Másrészt:
- Kiindulás a szabad játékból, ezen belül először
 - Alkalmazkodó, ösztönző magatartás, majd
 - Követő, majd
 - Együttműködő (oldódás, lazítás, aktivizálódás segítése),
 - Stimuláló magatartás.
 - Folytatás:
 - Kezdeményezett játékok (természetes környezetben integráltan)
 - Kezdeményezett játékok (célzottan integráltan)
 - Kezdeményezett játékok szegregáltan
 - Játékfeladatok (képességfejlesztő foglalkozás és pszichés segítségnyújtás)
 - Játékos feladatok (képességfejlesztés és pszichés segítségadás)
11. Az optimális támogatás, segítségnyújtás elve
 12. A rendszerszemlélet érvényesítésének elve (közreműködő intézmények és személyek együttműködése)

Az alkalmazás szervezeti keretei

A szervezeti keretek megválasztásánál fontos rögzítenünk, hogy a fejlesztő játék rendelkezik a játék általános sajátosságaival, ám egy tényező speciális, még pedig a szakember tudatos választása, konkrét pszichikus területet aktivizáló játék tudatos szervezése nem biztosítja a

teljes spontaneitás a gyermek számára, de ha a vonzó játék ajánlatot elfogadta, attól kezdve már a játék jellemzőinek érvényesülniük kell. Ezt azt is jelenti összességében, hogy a túl nagy létszámban szervezett játékok nem biztosítják a fejlesztő szakember számára a belátható és precízen személyre szabott játék hatóerejét. Ezért az alábbi típusokra oszthatóak a szervezeti kereteiket tekintve.

- Mikro csoportban (3–6 fő)
- Páros keretben (kortárs, vagy felnőtt játékkal)
- Egyénileg játszható a tervezett játék

A játék alkalmazásának feltételei

- Objektív, tárgyi, környezeti feltételek
- Szubjektív a részt vevők érzelmi-akarati feltételek

4.1. A fejlesztő játékok játszásának metodikai lépései

1. Ráhangolás

- *Új játék esetén*
 - a játék menetének ismertetése
 - a játék kellékeinek megismerése
 - korábbi tapasztalatok, emlékek bevonása
 - kellékek, szerepek elosztása
 - próbajáték, megerősítés
- *Ismert játék esetén*
 - a játékban korábban megélt élmények, felelevenítése
 - a játék menetének közös megbeszélése
 - kellékek, szerepek elosztása

2. A játék folyamata

- A pedagógus szerepvállalásának eldöntése
 - résztvevő
 - játékvezető
 - „szurkoló”
- A játék többszöri játszásába új elemek beépítése

3. *Levezetés, a játék befejezése*

- A gyermeki pozitívumok keresése, kiemelése
- Kötetlen beszélgetés a játék tapasztalatairól
- A játék, a játszás folytatásának elővételezése

4.2. **A fejlesztő játék alkalmazásának tervezése**

A pedagógus folyamattervének szempontjai:

- Mire kell hatnunk? Hibás vagy gyengébb működések feltárása (megfigyelés, tesztek).
- A működési hiány mire vezethető vissza? Okok feltárása. (Rendszerszemlélet, szakemberekkel.)
- A fejlődés elősegítése:
 - Okok megszüntetése, mérséklése.
 - Terápia, fejlesztési program az intézményi életrendben (integrált, szegregált formák), benne a játék, játékok
 - A kiválasztott játék várható célzott hatása
 - A kiválasztott játék játszásának feltételei és annak megteremtése
 - A gyermek/gyermekek tevékenysége
 - A pedagógus/fejlesztő szakember személyes közreműködése a játékban

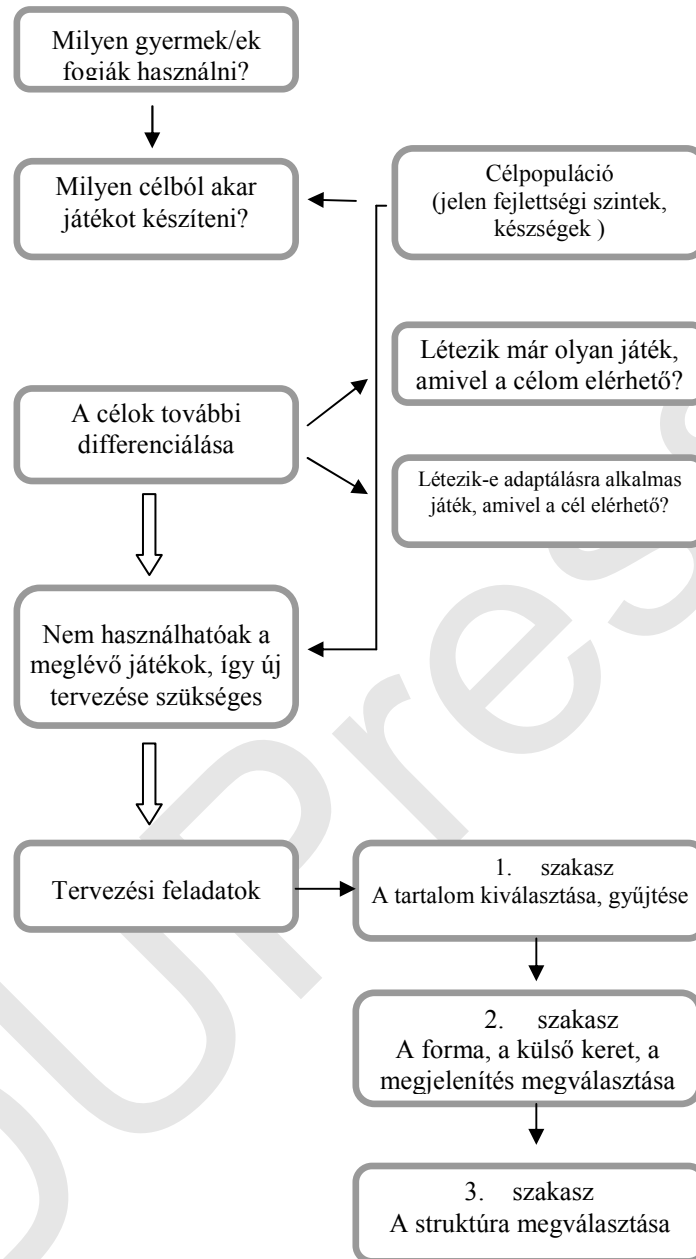
Annak elemzése, hogyan járulhat hozzá a játék az észlelés, érzés, gondolkodás – cselekvés funkcióegységének fejlődéséhez és melyek ezek a játékok.

A fejlesztő játék és annak eszköz igénye külön tervezést igényel abban az esetben feltétlenül, ha nem a már mások által kidolgozott, gyártott/forgalmazott eszközöket veszem igénybe.

Ha tehát olyan játékot tervezünk, melyet teljes mértékben a fejlesztő pedagógus készít, akkor elsőként azt kell megfogalmaznunk, mégpedig a lehető legkonkrétabban, milyen célt szeretnénk elérni a játék által

A tervezés modelljét az 1. sz. ábra szemlélteti.

1. ábra: A fejlesztő játékok tervezésének modellje (Saját forrás)



A struktúrák néhány típusa:

1. Terepjátékok (mozgásos)
 - csapatok egyszerre vetélkednek
 - csapatok felváltva szereznek pontokat
 - egyének, csapatok kipontozzák egymást
 - egy adott útvonalon kell a pontokat megszerezni, összegyűjteni
 - alapvető pszichomotoros készségek eléréséért folyik a játék
2. Egyszerű ludus játékok
 - lineáris
 - radiális
 - interaktív
3. Kártyajátékok
4. Táblajátékok

4.3. Szempontok a fejlesztő játékok alkalmazásához

- Derűs hangulatot keltsen a játék indulásakor
- A játék közben is tartsa fenn az oldott légkört
- A játékhoz szükséges magyarázat elhangzását követően a játék közben beszédével ne vonja el a gyerekek figyelmét a játékról
- A gyerekeket vonja be az új szabályok, elképzelések alkotásába, kipróbálásába
- Ha gyerekek nem élvezik a játékot változtasson a játékon (szabály, tartalom, eszköz, stb.)
- A gyerekek jól láthassák a pedagógus kommunikációját
- Problémahelyzetben építsen a gyerekek javaslataira
- Az eszközök egyaránt hozzáférhetőek legyenek a résztvevők számára
- Rendszeres hibajavítással ne zavarja meg a játékot
- A teljesítmény önmagában nem elegendő az értelmezéshez
- A játék során mellőzzük az utasítást, az zavarja a játékélmény létrejöttét
- A verbális kommunikáció kísérfen más percpíós lehetőséget
- A gyermeki kíváncsiság, érdeklődés befolyásolja a játék tartalmát, módszerét, ezért a motiváció kiemelt jelentőségű (tevékenységgel, eszközzel, kapcsolattal, társsal)

- A játék közbeni fáradékonyság követése segít a játészó személyéhez való igazodásban.
- A produkcióképesség rivalizáció hatásai károsak is lehetnek
- A divergens helyzetből indulva jusson el a gyerek a konvergens műveletekhez
- Választási, döntési lehetőséget is kínáljunk
- Biztosítsuk a gyermekek közötti kommunikációt a megoldási alternatívák érdekében
- Lehetőség szerint preferáljuk a kiscsoportos keretet
- A játék jól strukturált tevékenység legyen a gyerek számára
- Fokozatosan és következetesen emelkedjen a késleltetések ideje

4.4. A fejlesztő játékok élményszerű játészását akadályozó körülmények

- A szociális kényszer
- Fenyegető, megtorló, büntető intézkedések
- Szankciókkal kiépített légkör
- Hangsúlyozott teljesítmény elvárások a fejlődéssel szemben
- Sztereotip szereposztások, merev dominancia viszonyok

4.5. A pedagógus/fejlesztő szakember fejlesztő játék játészásához szükséges készségei, ill. felkészültsége

- Tervezési készség
 - a gyermek fejlettségi szintjének megállapítása
 - konkrétan teljesülő célok megfogalmazása
 - megfigyelési készség
 - *Részképességek*
 - + probléma meghatározási
 - + fejlesztési
 - + szervezési
- Motivációs készség (a gyermek egyéni motívumainak mozgósítása változatos eszközökkel)
- A beszélgetés készsége (kérdézési készség)

- Hatékony kérdések a divergens gondolkodás szolgálatában (ellenőrző, gondolkodtató)
- Segítés a felismerésben
- Játsszóképesség képességelemei
- Értékelési készség

Gondolatok sora bizonyítja számunkra, hogy nem lehet fejlesztő játékot rutinként kezelni, hivatkozva arra, hogy pedagógusként, szakemberként rendszeresen játszik gyermekekkel, így tehát tudja, mit jelent a játék. Sőt fontos lehet a korábbi játéktapasztalatok időnkénti újraértékelése is. Két kiemelt tartalomra bontottuk a fejlesztő játékok értelmezését. Kiemeltük, hangsúlyoztuk a játék egyetemes jegyeit és hatását, majd a fejlesztést és annak kevésbé tudatos stratégiáit is sorra vettük (megengedve az olvasónak, hogy a saját gyakorlataival, elképzeléseivel összevesse mindezt). Ezek után definíciós kísérletet tettünk a szakmai előzmények figyelembe vételével a fejlesztő játékok meghatározására. Sorra vettük azokat a módszertani kérdéseket, amelyek a fejlesztő játék tervezésétől a folyamatban lévő játék pedagógiai gondozásán át a fejlesztő szakemberszerep és képesség feltételeit, elvárásait fogalmazza meg. Írásunk a fejlesztő játékok tudatos, szakszerű alkalmazását ösztönző, segítő szándékkal készült, és nyitánya egy további, a fejlesztő játékok szakmai ismeretkörét bővítő munkának.

Irodalomjegyzék

- Fisher, Robert (2000): Tanítsuk gyermekeinket gondolkodni játékokkal. Műszaki Könyvkiadó, Budapest
- Demeter Lázár Katalin (2008): Játsszótárs. Drámajátékok és kreativitás a fejlesztőpedagógiában 5–10 éveseknek. Geobook Hungary Kiadó, Szentendre
- Einon, D. (2004): Kreatív játékok. Alexandra Kiadó, Pécs
- Fejlesztő pedagógia. A fejlesztés főbb elméletei és gyakorlati eljárásai. (2002) Szerkesztette: Martonné Tamás Márta ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
- „Hüvelykujjam alamafa...” Szerkesztette: Magyar Beck Anna (1999), Alexander Stúdió Bt. Budapest

- Kolozsváry Judit (2002): „Más” gyerek, „más” szülő, „más” pedagógus. OKKER Kiadó, Budapest
- Kovács György-Bakosi Éva (2007): Játékpedagógiai ismeretek. Szerzői kiadás, Debrecen
- Kovácsné Bakosi Éva: Az óvodapedagógus kezdeményezett játéka. = Újszerű játékformák, játéktípusok az óvodai nevelésben. = Játékpedagógiai tanácskozás 1992./Szerkesztette: Kovácsné Bakosi Éva/HOKF 1993. 87–103.
- Kovácsné Bakosi Éva: Az óvodapedagógus szerepe a játékban. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest – <http://www.oki.hu/cikk.asp?Kod=ovodai-bakosi-ovodapedagogus.html>
- Kovácsné Bakosi Éva: Mérészközök az óvodai játék és tanulás méréséhez. Debrecen, 2004.
- Körmöczy Katalin (2001): A gyermekek szükségleteire épített tanulás az óvodában. Fabula Humán Szolgáltató Bt., Budapest
- Körmöci Katalin (2002): A gyermeki játék és a tanulás. www.kormocikatalin.hu/?menu=30
- Kramp, Bärbel: A foglalkozástól a játékos tanuláshoz. = 6. Játékpedagógiai Fórum I. Szerkesztette: Kovácsné dr. Bakosi Éva. Hajdúböszörmény, 1992.
- Martonné Tamás Márta (2002): Fejlesztő pedagógia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Németh Erzsébet–S. Pintye Mária (1995): Mozdul a szó. Logopédiai Gmk, Budapest
- Pálfi Sándor (2013): A foglalkozástól a tevékenységig. Óvodai Nevelés 2013/6.
- Páli Judit: A folyamat játék, a végeredmény tanulás. Lépésben a változásokkal I. 1991–1992. Szerkesztette: Kovácsné Bakosi Éva. Hajdúböszörmény, 1992.
- Páli Judit (1993): Játék és gondolkodási stratégia. I., II., III. In: Bíró Antalné: Pszichológiától a pedagógiáig. Alex-typo, Budapest, 160–175.
- Perlai Rezsőné (2002): Fejlesztő játékok az óvodában. Magyar Óvodapedagógiai Egyesület, Budapest
- Perlai Rezsőné (2008): Gyermekünk óvodai élete a XXI. században. Fabula Humán Szolgáltató Bt., Budapest
- Perlai Rezsőné (2014): Az óvodáskor fejlesztő játéka. Flaccus Kiadó, Budapest
- Polcz Alaine (1974): Aktív játékdinamika és játékkerápia. Kézirat, Intaháza. Újabb kiadás: Polcz Alaine (1999): Világjáték. Pont Kiadó, Budapest
- Porkolábné Balogh Katalin (1992): Kudarc nélkül az iskolában. Alex-typo Kiadó, Budapest

- Porkolábné Balogh Katalin–Balázsne Szűcs Judit–Szaitzné Gregorits Anna (2004): Komplex prevenciós óvodai program. Trefort Kiadó, Budapest
- Réthy Endréné (2002): A speciális szükségletű gyermekek nevelése, oktatása Európában. Az integráció és inklúzió elméleti és gyakorlati kérdései. Magyar Pedagógia, 2002. 3. sz.
- Rosta Katalin (1995): Taníts meg engem. Logopédiai Gmk, Budapest
- Salné Lengyel Mária (2004): Segítség! Győztünk! Fejlesztő Pedagógia, (4–59) 5–6.
- Stöckert Károlyné: Játék és tanulás. Játékpedagógiai Fórum, 1991. Szerkesztette: Kovácsné Bakosi Éva. Hajdúböszörmény, 1992.
- „Szabad játék vagy a fejlesztő játék elsőbbsége?” Óvodai Nevelés 2006.
- Vajda Zsuzsa: „A fejlesztés járványa előbb-utóbb kimegy a divatból.” Óvodai Nevelés 2003. 4. sz.
- <http://fejlesztopedagogus.blogspot.hu/2012/08/mire-jo-egy-fejlesztopedagogus.html>
- <http://epa.oszk.hu/00000/00035/00100/2006-02-mu-Tobbek-Fejleszto.html>

DUPress

KORAI FEJLESZTÉS SZEMLÉLETE ÉS HAZAI GYAKORLATA

Kelemen Lajos¹–Mező Katalin²–Mező Ferenc³–Szilágyi Barnabás⁴

A korai fejlesztés és gondozás, illetve – ahogyan az Európai Közösség szakterminológiájában nevezzük – korai gyermekkori intervenció (early childhood intervention) egyre nagyobb hangsúlyt kap a különleges bánásmódot igénylő gyermekek nevelésében. Köszönhető ez többek között annak, hogy a prevencióval, a korai szűréssel, a szakszerű diagnosztikai és terápiás beavatkozással, sokkal nagyobb mértékű állapotjavulás érhető el, mint a későbbi életkorban történő segítségnyújtás. Állíthatjuk ezt bátran azért, mert az idegrendszer plaszticitása, az idegsejtek specifikus fejlődése, a szinapszisok számosságának alakulása korai életszakaszban jobb lehetőségeket teremt az idegrendszer éretlenségéből és diszfunkcióiból származó hátrányok leküzdésében (Katona, 1986).

Az orvostudomány fejlődésével egyre több a megmentett koraszülött, akiket pár évvel, évtizeddel ezelőtt még nem sikerült életben tartani (koraszülöttnak tekinthető az az újszülött, akinek terhességi kora kevesebb, mint 37 gesztációs hét). Nem ritka például, hogy a 24–28. terhességi hétben, csupán 500–1000 gramm születési súllyal is életben tudnak az orvosok tartani koraszülötteket. E koraszülöttek általában éretlen idegrendszerrel, fejletlen légzőszervvel és gyengébb immunrendszerrel jönnek a világra. A statisztikák 8–12% közé teszik a koraszülöttség arányát, és ez a szám fokozatosan nő (Kereki és Lannert, 2009).

A korai fejlesztés szükségességét erősíti az a tény, hogy egyre több terápiás eljárást ismerünk, s ez a tudásbázis egyre inkább megjelenik a védőnők, gyermekorvosok és szülészorvosok felkészültségében, sőt bátran mondhatjuk szemléletében. Az egészségügyi, (gyógy)pedagógiai, és a gyermekvédelmi intézmények közelednek egymáshoz, szükség szerint egyre inkább együttműködnek abban, hogy a korai fejlesztésre szoruló gyermekeket kiszűrjék, s a szükséges gondozást, fejlesztést biztosítsák (Mező és Mező, 2015).

Jelen tanulmányban arra vállalkozunk, hogy a főbb fogalmak tisztázását követően bemutassunk néhány, Magyarországon elterjedt és igazán hatékonynak számító terápiás eljárást a korai fejlesztés és gondozás világából. E terápiás eljárások a következők:

- Dévény-módszer (DSGM)
- Dr. Katona Ferenc neurohabilitációs programja
- Pető-módszer (konduktív pedagógia)
- Lakatos-módszer
- Szenzoros integrációs terápia (SZIT; ismert megnevezése még: Ayres terápia)
- Basális-stimuláció
- Alapozó terápia

A tanulmány célja, hogy az olvasó betekintést nyerjen a korai fejlesztés és gondozás mai helyzetébe, valamint megismerje és megértse, hogy az egyes terápiás eljárások milyen céllal és felkészültséggel alkalmazhatók.

Alapfogalmak értelmezése

A korai fejlesztés és gondozás fogalma alatt nem egy módszert értünk. Az elnevezés egy gyűjtőfogalom, melybe belesorolunk minden olyan terápiás módszert és lehetőséget, melyek a korai életszakaszban (0–5 év) nyújtanak megsegítést a rászoruló gyermekek számára. A rászorultság kritériuma idegrendszeri, mozgásszervi, érzékszervi sérülés, illetőleg jelentős fejlődési elmaradás a mozgás, látás, hallás, beszéd, gondolkodás, figyelem, viselkedés területén.

Az Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért zajlott projektje keretében 2003–2004-ben több európai ország gyakorlatát is összehasonlította. Ennek konklúziója kapcsán a dokumentum kijelenti, hogy az utóbbi 20–30 évben publikált mérvadó tanulmányok szerint a korai fejlesztés jelentése bizonyos változáson ment keresztül. A fogalom értelmezése bővült, ma már az egészségügy, az oktatáspolitikai és a társadalomtudományok is hozzákapcsolódnak a korai fejlesztéshez. A korai fejlesztés új felfogásában a fogyatékkal élők a „orvosi” modell helyett egy „társadalmi” modell kontextusában jelennek meg (Korai fejlesztés, 2005).

Az Európai Ügynökség a nemzetközi gyakorlatra építve tehát azt hangsúlyozza, hogy a korai gyermekkori intervenció (korai fejlesztés) nem pusztán a terápiás eljárások és lehetőségek összessége, hanem jóval több annál. Elsősorban több tudományterület együttműködésében megvalósuló, a gyermekekre és családjára kiterjedő, inkluzív nevelést, oktatást és végső soron a társadalmi beilleszkedést szolgáló folyamat, melyben jelen van a szűrés, a prevenció, a diagnosztika és terápia, a (re)habilitáció, s ezzel együtt az e tevékenységet folytató intézmények és szakemberek. Ez az értelmezés beépült a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvénybe, mely a korai fejlesztés feladatkörét a pedagógiai szakszolgálat hatáskörébe utalja – lásd: 18. § (2) a) pontja.

A15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről tükrözi is e szemléletet, részletezve a korai fejlesztés és gondozás feladatkörét (melyet érdemes ismernünk):

4. § (1) ... a korai fejlesztés és gondozás feladata a komplex kora-gyermekkori intervenció és prevenció: az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása. A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás.

(2) A korai fejlesztés és gondozás megkezdésére a szakértői bizottság tesz javaslatot. A szakértői bizottság a tizennyolc hónapnál fiatalabb gyermek szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a gyermekneurológiai szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészítheti.

(3) Ha a gyermek bölcsődei nevelésben, gyermekotthoni ellátásban, fogyatékosok nappali intézményében, fogyatékosok ápoló-gondozó bentlakásos intézményében intézményi ellátásban részesül, a korai fejlesztést és gondozást – amennyiben a feladat ellátásához szükséges feltételek biztosítottak – az intézményben kell ellátni.

(4) Ha a gyermek harmadik életévét betöltötte, akkor vehet részt korai fejlesztésben és gondozásban, ha a szakértői bizottság szakértő véleménye alapján nem kapcsolódhat be az óvodai nevelésbe.

(5) A korai fejlesztés és gondozás egyéni foglalkozás, vagy legfeljebb hat gyermekből álló csoportfoglalkozás keretében valósítható meg.

(6) A korai fejlesztés és gondozás keretében a gyermek állapotának, szükségleteinek, valamint a család terhelhetőségének függvényében a fejlesztési feladatok végrehajtásának időkerete

a) 0–3 éves kor között: legalább heti egy, legfeljebb heti négy óra,

b) 3–5 éves kor között legalább heti kettő, legfeljebb heti öt óra.

(7) A heti időkeretet a szakértői bizottság állapítja meg.

(8) Ha a korai fejlesztés és gondozás igénybevétele a pedagógiai szakszolgálati intézményben nem oldható meg, a gyermek fejlesztésére

a) otthoni ellátás keretében vagy

b) a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával infrastruktúra-használatra vonatkozó szerződést kötött intézményben kerül sor.

5. § (1) A korai fejlesztés és gondozás feladatait a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján, a gyermeket ellátó fejlesztő szakemberek által kidolgozott egyéni fejlesztési tervben foglaltak szerint kell végezni. A fejlesztési tervet a szülővel ismertetni kell. A fejlesztési tervet legalább kettő, legfeljebb tizenkettő hónapra kell elkészíteni, időtartamát a fejlesztést ellátó szakember határozza meg a gyermek életkorának, diagnózisának függvényében. Az egyéni fejlesztési tervnek tartalmaznia kell – a gyermek állapotától függően – a gyógypedagógiai fejlesztés, a tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás feladatait.

(2) A korai fejlesztést és gondozást végző szakember gyermekenként egyéni fejlesztési naplót vezet, és a gyermek fejlődését a fejlesztési év végén értékeli. Az értékelési lap egy példányát át kell adni a szülőnek, egy példányát a megyei szakértői bizottságnak, egy példányt a korai fejlesztés és gondozás feladatait ellátó intézménynél marad.

A korai fejlesztés – korai gyermekkori intervenció gyógypedagógiai szemléletében jól tükröződik tehát az a gyakorlat, hogy a rászoruló gyermeknek mindenképpen meg kell kapnia a szükséges korai fejlesztést. Ennek tekintetében a diagnosztikus munkát gyermekneurológus illetve a szakértői bizottság orvos, pszichológus és gyógypedagógus szakemberei végzik; a fejlesztés intézménye (helye) és alkalmazója széles spektrumú; a fejlesztést tervszerűen kell megvalósítani és dokumentálni; a fejlesztés

célja az óvodáztatás, s azt követően a beiskolázás elérése. A gyakorlati megvalósítás nehézségei, hogy nincs kellő szakember; hiányozhatnak a tárgyi feltételek; sokszor nem egyértelmű, mely intézménynek kell felvállalnia a sok potenciális intézmény közül; a szülő nem tudja megoldani az utazást; magas a fejlesztő csoport létszáma; az óvodai nevelés megkezdésével megszűnik az eddigi fejlesztésre való jogosultság.

A továbbiakban a hazánkban leginkább ismert és elterjedt terápiás eljárások bemutatására kerül sor. A módszerek sorrendiségének elve a gyermek életkora szerinti alkalmazhatóság, ennek értelmében a legkorábban bevezethető módszerek jelennek meg elsőként. A bemutatás struktúrájában megjelennek az alkalmazhatósági területek, a módszer főbb elvei, esetleg gyakorlati megvalósításának lényeges elemei, az ajánlott életkor, az eredmények és a képzés megszerezhetőségének módjai.

1) Dévény-módszer (DSGM)

Ezt a terápiás eljárást Dévény Anna gyógytornász, művészi torna szakedző kettős képzettségéből fakadóan fejlesztette ki az 1970-es évek közepétől. Röviden DSGM-nek nevezik a Dévény Speciális Gimnasztika Módszer mozaikszavaként. Két területe van. A DSGM-I. mely speciális manuális technika segítségével a gyógyítást valósítja meg már születéstől kezdődően egyéni foglalkozásban. A DSGM-II. (speciális testképző gimnasztika), mely az I-re épülően 3 éves kortól kiscsoportos formában a fejlesztést, korrekciót célozza meg. A módszer új szemléletre épít a mozgás rehabilitációban. Forradalmasan új technikai elemeket és kivitelezést valósít meg. Speciális fogások rendszerével éri el az izomzat és az idegrendszeri szabályozás működésének helyreállítását.(I/1)

Főbb alkalmazási területei:

- oxigénhiány miatt kialakult központi idegrendszeri eredetű mozgásfejlődési zavarok
- mozgásfejlődésben megkésett gyermekek
- magzati életben felvett tartási rendellenességek, melyek a születést követően is fennállnak
- gyermekkori agyi eredetű mozgászavarok összefoglaló néven: infantilis cerebral paresis, ICP

- „megrázott-baba” – szindróma (shaken baby syndrome)
- ortopédiai problémák (pl.: dongaláb, gerincferdülés, csípőficam)
- reumatológiai megbetegedések
- mozgásszervek baleseti sérüléseinek utókezelése

A módszer lényege:

Egy komplex mozgáskorrekciós módszerről beszélünk, mely teljesen eltér a hagyományos gyógytornától. A korrekciós cél eléréséhez ismerni kell az ép, normál mozgás sajátosságait. Dévény Anna (2000) szerint nincs kétféle út; egyik az egészségeseknek, egy a sérülteknek. Út csak egyféle van. A cél a normál mozgás elérése, még akkor is, ha a sérülés súlyossága csak minimális előrehaladást eredményez.

A módszer gyerekekre és felnőttekre egyaránt alkalmazható. Maga a speciális manuális technika nem egy masszázsfajta, attól minden tekintetben eltér. Nem relaxált, laza testhelyzetben kell alkalmazni, hanem úgynevezett passzív feszített helyzetekben, ahol az inakat és az izom-ín átmeneteket az izomhashoz hasonló módon kezelik. Közben a mechanikai akadályokat igyekeznek elhárítani. Az izmok feszített helyzetét állandóan változtatják, illetve a technikát mozgás közben is alkalmazzák.

A DSGM-I. a terápia során három célt valósít meg: a kontraktúra oldása, az izomhelyzet normalizálása, az idegrendszer direkt stimulálása (Dévény, 2000).

1. Kontraktúra oldása

A cél az izom-, ín- és kötőszövet rendszer minél természetesebb állapotának elérése, ezáltal működőképességének helyreállítása, javítása. Az izmokat vékony hártya (fascia) veszi körül. Ez a kötőszövetes lemez a zsugorodás (kontraktúra) fő „felelőse”, mivel sérülés, vagy inaktivitás esetén, azonnal zsugorodik és csak kisebb térfogaton engedi az izomrostokat mozogni, mint ahogy azok normálállapotban működnének. Ezt a mechanikai akadályt csak mechanikai úton, speciális manuális technikával lehet elhárítani.

2. Izomhelyzet normalizálása

Kóros helyzetben rögzült izmokkal csak kóros mozgás illetve mozgásirány jöhet létre, mivel az izom lefutása meghatározza a mozgás irányát. A kezelés feladata a kóros izomhelyzetek megszüntetése és lehetőség szerint az izomhelyzet normalizálása.

3. Direkt idegrendszeri stimuláció

A DSGM-I. az inakat az izom-ínapparátuson belül önálló rendszernek tekinti. Az ín nemcsak az izmok eredés-tapadására szolgál, hanem az idegrendszer perifériás részét is képezi, miután benne helyezkednek el az idegrendszeri végkészülékek. A végkészülékek által felvett ingerek a gerincvelőn keresztül eljutnak az agy különböző részeibe. A direkt ingerlés funkcionálja az agyat, az agy pedig – visszacsatolás révén – az izmok működését.

A speciális manuális technika (DSGM-I.) és az aktív torna (DSGM-II.) kiegészítik egymást. Ugyanis izomerőt, koordinációt, egyensúlyt fejleszteni csak önállóan végzett mozgással lehet, mert erre egy kontratúrás izomzat alkalmatlan. Így a manuális technika előkészíti az aktív izommunkát. Az így előkészített izomrendszer alkalmassá válik a pontosabb aktív munkára, amelyet a DSGM-II.-ben az „alkalmazott művészi torna” képvisel. A korrekció menete a mozgások elemekre bontása, az elemek külön-külön korrigálása, majd visszaépítése a komplex működésbe.

A Dévény terápia gyakorlatban való kivitelezése kihívás a DSGM terapeuta számára, hiszen meg kell nyernie a szülők és a gyermek bizalmát (játékkal, énekkel, motiváló környezettel) ugyanakkor a kezelést is hatékonyan kell végeznie. A speciális manuális kezelés edzéshatást vált ki, ezért kezdetben izomlázat is okozhat. Ez egy hét alatt megszűnik és a rendszeres kezelés során többet nem jön elő.

A technikát kísérő sírás a gyerekeknél nem a fájdalom fokmérője. Oka többnyire az idegen kéz érintésétől, a szokatlan testhelyzetektől, és a szabad mozgás korlátozásából ered. Körülbelül 4–5 kezelés után a sírás és a félelem megszűnik a kicsikben. Megszokják a környezetet és a terapeutát. A „torna” után a gyerekek általában élénkek és jókedvűek. Az edzéshatás révén jobb a keringésük, könnyebben, felszabadultabban képe-

sek mozogni a fellazított izmoknak köszönhetően. Az étvágyuk is jobb lesz.

A kezelések heti egy-két (lehet többször is) alkalommal javasoltak, egészen addig, amíg az önálló járás meg nem indul. A terápia időtartama általában 50–60 perc (I/1).

Ajánlott életkor:

DSGM-I: Születéstől a járás megindulásáig.

DSGM-II: főként 3 éves kortól akár sérült felnőtteknek is.

Eredmények:

A DSGM a világon egyedülálló eredményeket ér el a szülési oxigénhiányban szenvedő gyermekek gyógyításában és sikeresen alkalmazható a mozgássérülések valamennyi területén. A DSGM létrejötte óta az oxigénhiányos állapotok mind a hypoton, mind a spasztikus formája gyógyíthatóvá vált korai kezeléssel. Ezzel a korai kezeléssel a mozgáson kívül gyógyítani lehet a beszéd, a nyelés, rágás problémáit.

Statisztikai kimutatásokat közel 20 éve vezet a Dévény Anna Alapítvány, ahol több ezer pácienszt kezeltek a legkülönbébb, mozgással kapcsolatos problémákkal. Összességében a statisztikák szerint a páciensek gyógyulási aránya közel 80%-ra tehető, 15%-uknál pedig javulás következett be.

Azt, hogy hány kezelés után lehet sejteni, hogy mi lesz az eredmény, és hogy hány kezelés szükséges összesen azt nehéz megmondani előre, mivel nincs két ugyanolyan eset. Valakinél már egy-két kezelés is számít, és beindítja a kiesett mozgásformákat, valakinél sok-sok kezelés után látható csak eredmény. Ez leginkább a sérülés típusától és fokától függ (I/1).

Képesítés megszerzése:

DSGM szakgyógytornász végzettséget a Dévény Anna Alapítványnál szerezhetnek a gyógytornászok akkreditált felnőttképzésben.

2) Dr. Katona Ferenc neurohabilitációs program

A fejlődésneurológia Magyarországon dr. Katona Ferenc és munkacsoportja által kifejlesztett tudomány, mely az agy komplex fejlődésének ismeretében olyan módszert ad a gyakorló ideggyógyász kezébe, mellyel sikeresen felismerheti a kóros irányú idegrendszeri fejlődést. Erre épülően dolgozták ki a neurohabilitációs tréninget a Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet Fejlődésneurológiai Osztályán, mely diagnosztikus eljárás és terápiás módszer is egyben. A már újszülött korban elvégezhető vizsgálat (video-EEG, agytörzsi és agykérgi kiváltott potenciál vizsgálat, a figyelem és emlékezet számítógépes vizsgálata, stb.) eredménye utalhat arra, hogy a babánál kóros irányt vett a fejlődés. E módszerekkel megállapítható az agyi, gerincvelői, vagy perifériás idegrendszeri kórfolyamat diagnózisa, s erre építve meg lehet tervezni a megfelelő egyénre szabott terápiás programot. A szükséges orvosi kezelések mellett (pl. elektroterápia, stb.) a kezelés magában foglalja többek között a mozgás és a mozgásszabályozás, az érzékelés és az érzékszerv-szabályozás, a figyelem, az emlékezet, a tanulás, a magatartás, az értelmi és a beszéd fejlesztését. A Katona-módszer egyben egy olyan kezelési mód is, melyet az anya megtanulhat, otthon naponta végezhet, így cselekvő részese lehet gyermeke gyógyulásának. Dr. Katona Ferenc módszerének alkalmazásával az idegrendszer indirekt ingerlést kap. A mozgásterápia a csecsemő agyának automatikus mozgásszabályozását aktiválja, tehát nincs köze a tornához, manuálterápiához, vagy bármely más rehabilitációs tevékenységhez (I/2.).

Főbb alkalmazási területei (Katona, 1990):

- koraszülés
- fejlődési késedelem
- izomtónus-zavarok
- újszülött korban elszenvedett betegség
- újszülött gyengesége, táplálási nehézsége
- csecsemőkori figyelemzavar
- kontaktusfelvételi, tartási, egyensúlyi problémák
- a családban öröklődő idegrendszeri betegség
- az anya betegsége a várandósság idején

A módszer lényege:

Katona Ferenc szerint az idegrendszer épségét az elemi mozgások megléte bizonyítja. A tréning éppen ezért az elemi mozgásminták gyakoroltatásán keresztül rehabilitálja az idegrendszert. Az agy jelentős fejlődésen megy keresztül az első 1–1,5 évben mind tömegét, mind szerkezetét tekintve. Ez idő alatt milliárdnyi idegi összeköttetés keletkezik, az agyszerkezete differenciálódik, a funkciók egymásra épülve fejlődnek (Katona, 2007.).

A módszer központi elve a korai felismerés, az agy érési folyamatába való mielőbbi beavatkozás indirekt ingerlés révén, s ezáltal kiküszöbölni a folyamatban a fejlődést akadályozó tényezőket. A mozgásterápia a csecsemők agyának automatikus mozgásszabályozását aktiválja napi 5-6 alkalommal (alkalmanként 30 perc) végzett rövid gyakorlatsorokon keresztül. A tréning a baba meglévő elemi mozgásmintái gyakoroltatásán alapul, pl. veleszületett reflexek kiváltása, trenírozása (járóreflexek, tartási reflexek, stb.). A mozgásterápia agyi aktivitást eredményez, mely segíti az agy és az idegrendszer fejlődését (Katona, 1990.).

A Katona-módszer nehézsége ugyanaz, amely másfelől erőssége is a programnak, hogy a szülő végzi a napi kezeléseket, havonta történő kontroll segítségével. A szülő a gyógypedagógus szakmai felkészítésének köszönhetően 5-6-szor tornáztatja gyermekét naponta, ami nagyon megterhelő mind a szülőnek, mind a gyermeknek. Ugyanakkor ilyen intenzitású mozgásterápiát csak a családbevonásával lehet megvalósítani. .

Ajánlott életkor:

A Katona módszer elvileg 8-9 hónapos korig alkalmazható, ameddig az elemi mozgásminták (veleszületett reflexek) fennmaradnak. Utána más jellegű mozgásterápiára lesz szükség, mert ha fenntartjuk az eddigit, azaz konzerváljuk az elemi mozgásmintákat, az kifejezetten káros lehet a baba idegrendszerének, mozgásának fejlődésére (Katona, 1990.).

Eredmény:

A korai felismerés és megfelelő kezelés eredményeképpen a gyermekek közel 40%-a iskolázhatóvá válik a Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet Fejlesztésneurológiai Osztályának alapítványa szerint (I/2.).

Képesítés megszerzése:

A Margitkórház Fejlődésneurológiai Osztálya végzi a Katona-módszer szakmódszertani alkalmazását és oktatását a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium által elfogadott 1999/53. számú Módszertani Levélben meghatározott Szakmai Protokoll alapján. Gyermekneurológus, gyógytornász, gyógypedagógus (szomatopedagógus, konduktor) szerezheti meg a módszertani kompetenciát, mely képessé teszi az egyénre tervezett fejlesztő program elkészítésére, illetve a szülők tréningmunkára való felkészítésére és kontrollálására (I/3.).

3) Pető-módszer (konduktív pedagógia)

A módszert dr. Pető András (1893–1967) orvos-gyógypedagógus, az 1940-es években hozta létre és nevezte el konduktív pedagógiának. Alapgondolata, hogy a központi idegrendszer a károsodások ellenére is rendelkezik tartalékokkal, új kapcsolatok kiépítésének lehetőségével, amelyek megfelelő vezérléssel mozgósíthatóak. Módszere a konduktív pedagógia. Ennek célja, hogy megtanítsa a sérültet tanulni, és fejlessze a tanulási képességeket. A konduktorok feladata tehát az, hogy tudatosítsa a célt, és megmutassa a cél eléréséhez vezető utat. A konduktív pedagógia az ember szemléletének, aktivitásának, küzdeni tudásának, tanulási képességének, életrendszerének kialakítási programja (I/4.).

Főbb alkalmazási területei:

- központi idegrendszeri sérülésből származó mozgássérültek
- hemiplégia (féloldali bénulás)
- paraplégia (alsó végtagok bénulása, súlyos sérülése)
- Parkinson-kór és sclerosis multiplex felnőtteknél

A módszer lényege:

A módszer idegéletteni alapja az a felismerés, miszerint az agy plaszticitása a gyermek- és ifjúkor elmúlásával is megmarad. Még súlyos sérülés esetén is lehetőség van új kapcsolatrendszer kiépítésére, és aktivitás révén bizonyos fokú önregenerálódásra.

A mozgássérült gyermekek sérülésük következtében a fejlődési folyamatban elmaradnak. Egy-két bátortalan kísérletet tesznek meg sikertelenül (pl. a hasrafordulás), azután már nem is kísérleteznek. A szülők általában ilyenkor fordulnak a védőnőkhöz vagy gyermekorvosokhoz segítségért. Innen már sok gyermek esetében egyenes az út a Pető Intézetbe. A szülővel történő beszélgetés és a gyermek megfigyelése után a konduktor megállapítja a mozgáselmaradás mértékét és rögtön tanácsokat is ad a további fejlesztésre. A Pető-módszer már pár hónapos kortól kezdődően alkalmazható a szülők bevonásával. Óvodás kortól a gyermekek mindennapos, megértető fizikai és szellemi munkájára épít.

A konduktív pedagógia alapja, hogy az ember tanulása elsősorban újraépítés. Nincs mozgásgyakorlat a programban, nincs mechanikus gyakoroltatás. A kondukció (rávezetés) útján a konduktor nem közvetlenül a gyerek funkcióit segíti, hanem a gyereket abban, hogy önállóan építse fel a funkciókat (elemi mozdulatokat). Egészen különleges jelenség az, hogy lemondunk a direkt segítségről annak érdekében, hogy erősítsük a gyermek motivációs bázisát, önértékelését.

A foglalkozási csoportokat hasonló diszfunkciósok köréből alakítják ki. Heti 2–3 alkalommal, kétórás időtartamban valósulnak meg a komplex csoportos foglalkozások. Egy-egy csoport 12–14 fős létszámmal dolgozik (Speciális kiscsoport létszáma 4–6 fő.). A betegek csoportos és egyéni programok keretében foglalkoznak különböző mozgásos és kognitív feladatokkal, különféle szituációkban alkalmazva és gyakorolva őket. A cél a minél önállóbb élet elérése (Hári, 1997).

Ajánlott életkor:

6 hónapos kortól felnőtt korúakig

Eredmény:

Nincs hozzá recept, hogy mennyi idő alatt milyen fejlődés érhető el. Minden gyerek más és más. Minden fejlődés is más. Ki lassabban, ki gyorsabban halad előre. Néha évek kellenek ahhoz, hogy először fekvő, majd ülő helyzetben megtanuljon valaki öltözni, de olyan gyermek is van, aki a zokniját, cipőjét soha nem tanulja meg felvenni. Szörnyű a kiszolgáltatottság, a konduktív nevelés azonban segíthet...

Pásztorné Tass Ildikó, a Nemzetközi Pető Intézet főigazgatója kifejtette: „minél korábban megkezdett és minél intenzívebb konduktív neveléssel el lehet érni, hogy például a konduktív nevelésben foglalkoztatott gyermekeink 60–70%-a három éves korára többségi óvodába mehet. És ez a cél.” (I/4).

Képesítés megszerzése:

Konduktor BA-képzés (4 éves), Budapesten, a Pető András Főiskolán történik. A konduktorképzés egyedülállósága abban rejlik, hogy az elmélet és a gyakorlat, együtt, egy helyen, szinte egyszerre történik, tehát a konduktorok is aktívan tanulnak, csakúgy, mint neveltjeik.

4) Lakatos-módszer

Lakatos Katalin konduktor, úszó-, szakedző. A szenzoros integrációt elősegítő mozgásterápia, a HRG, valamint a TSMT-I. és II. kidolgozója. A HRG (hidroterápiás rehabilitációs gimnasztika) egy 1994 óta levédett magyar fejlesztő módszer. A korai fejlesztés egyik leghatékonyabb módszere. A víz felhajtóereje következtében a testsúly csökken, a torna kisebb izomerőt igényel, így olyanok is el tudják végezni a gyakorlatokat, akik erre különben képtelenek. Leginkább csoportos mozgásfejlesztést, mozgásterápiát jelent. A feladatok rendszeres és kellően intenzív alkalmazása az idegrendszer kéreg alatti szabályozását normalizálja. Ezzel párhuzamosan a sikeres viselkedésszervezéshez és a kognitív funkciók végrehajtásához szükséges agykérgi sémák is bejáratódnak. A mozgás, a figyelem, az önuralom, a beszéd, a szocializációs és gondolkodási folyamatok komplex megfigyelhető javulása jelzi a HRG-terápia sikerességét és hatékonyságát.

A Tervezett Szenzo-Motoros Tréningek egyéni (TSMT-I.) és csoportos (TSMT-II.) keretek között zajlanak. Az egyéni fejlesztés során a szülő a gyermeke trenírozásához probléma-specifikus, otthon végezendő feladatsort kap, amelyet szigorú szabályok betartásával (pl. feladatok sorrendje, ismétlésszáma, stb.) kell végrehajtaniuk. A feladatsorok a nagy és finommozgások fejlesztése során érelik, strukturálják az idegrendszert.

A csoportos Tervezett Szenzo-Motoros Tréning (TSMT-II.) foglalkozások menete szintén szigorúan meghatározott feladatsorokba rendezettek, s

a gyermekek fejlődésének megfelelően fokozatosan nehezednek. A mozgásos feladatok segítik az érzékelés, észlelés fejlődését, a testvázlat, a térbeli tájékozódás, a lateralitás, a dominancia beérését. A feladatsorok javítják a gyermek koncentrációs képességeit, megalapozzák, segítik a figyelem jobb irányíthatóságát, a szerialitást, a ritmusérzék és a motoros kreativitás fejlődését. A mondókákkal, énekekkel kísért feladatvégzés során fejlődik kommunikációjuk és anyanyelvi készségeik (Lakatos,2000/a).

Főbb alkalmazási területei:

- motoros fejlődésben
- pszichés, kognitív, szociális területen elmaradást mutató gyermekek (pl. autizmus, hiperaktivitás, figyelemzavar, tanulási zavar, stb.)

A módszer lényege:

A kezdeti állapotfelmérés és mozgásvizsgálat (ÁMV) után minden gyermeknek egyénre szabott terápiát állapítanak meg, amiben többféle módszert találhatunk. A terápiák lényege, hogy a beteg életkorának, alkatának, szellemi képességeinek, terhelhetőségének és az ingerek hatásmechanizmusának ismeretében több, a fejlődés során egymásra épülő/építhető módszer jelenik meg:

1. Egyéni szenzomotoros fejlesztés (TSMT-I)
2. Kiscsoportos szenzomotoros fejlesztés (TSMT-II)
3. Csoportos uszodai fejlesztések (HRG)
4. Egyéni kognitív fejlesztés
5. Kiscsoportos kognitív fejlesztés
6. Logopédiai fejlesztés (Lakatos, 2000/b)

Ajánlott életkor:

3 hónapos kortól 12 éves korig

Eredmény:

A terápiás tapasztalatok azt mutatják, hogy a gondozottakban szunnyadó fejlődési potenciálok igen hatékonyan kibontakoztathatók, s látványos fejlődés érhető el. Köszönhetően ez annak, hogy a terápiára elég korán sor kerülhet alapos állapotfelmérést követően; a terápiás eljárások szakszerűen

épülnek egymásra; sok tréninget nyújt és hosszú idejű terápiás időszakot ölel fel.

Képesítés megszerzése:

Ez a módszer-együttes nagyon komplex, hisz több módszerből, terápiából áll. Ennek köszönhető, hogy a módszert és a terapeutaképesítést több lépcsőben (ÁMV /40 óra/; TSMT-I./120 óra/; TSMT-II./160 óra/; HRG /300 óra/), igen magas óraszámban (több száz óra) akkreditált pedagógus továbbképzésen sajátíthatják el pedagógusok a Budapesti Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika Alapítvány szervezésében (I/5.).

5) Szenzoros integrációs terápia (SZIT) – Ayres-terápia

Kifejlesztője Anna Jean Ayres amerikai gyermekpszichológus és agykutató. 1972-ben jelent meg könyve (Sensory Integration and Learning Disorders) „Szenzoros integráció és tanulási zavarok” címmel. Ebben a magatartási és tanulási zavaros gyermekek számára kifejlesztett szenzoros integrációs terápiát mutatja be. A terápia elméleti hátterét az adja, hogy ezeknél a gyermekeknél fennáll az érzékek összerendezésének zavara, ami az idegrendszer éretlenségének következménye. Véleménye szerint az agy integratív funkciói fejleszthetők az egyensúlyi és más érzékszervi ingerek adásával, melyeket játékos, kreatív mozgás formájában ajánlanak fel a gyermek számára. Ayres szerint a „szenzomotoros integrációs zavarokat mutató gyermeknek saját magának kell szabályoznia, megszerveznie agya működését; akik foglalkoznak vele, csupán biztosíthatják azt a környezetet, amely majd felébreszti a gyermek vágyát az iránt, hogy ezt megtegye”. (Szvatkó-Varga, 1993., 14. o.).

A terápiában használt eszközök segítségével a terápia célja a nagymozgások fejlesztése, pontosítása, tempójának, ritmusának, irányának egyre tudatosabb kontrolja, a finommotorika, valamint a szem-kéz koordinációjának fejlesztése. Az Ayres terápia felkészíti a gyermeket arra, hogy olyan foglalkozásokon vegyen részt (pl. TSMT, Alapozó terápia), melyek már kitartó figyelmet, koncentrációt igényelnek.

Főbb alkalmazási területei:

- szülési traumák után
- megkésett mozgásfejlődés

- ügyetlen, összerendezetlen mozgású gyermekek esetében
- hiperaktív, figyelemzavarban szenvedő gyermekek
- egyes beszédzavarok

A módszer lényege:

A terápia elsősorban a vesztibuláris (egyensúlyérzékelő) rendszer és a szenzoros integráció kapcsolatára épül. Célja olyan érzékszervekhez kapcsolódó – lehetőleg multiszenzoros – ingerek adása, mely elősegítheti az addigiaknál érettebb és integratívabb mozgásos válaszok megjelenését.

A terápia folyamán a terapeuta először is megismerteti a gyermekkel a terápiás eszközöket: függőháló, lengő nyújtó, gyűrű, hinta, óriáslabda, füles labdák, henger, tér-hágcso kötélből, fából, gumikötél, tornaszivacsok, gördeszkák, lejtő, egylábú szék, rácsos billenő, taposó pedál, doboz gólyaláb, függő-billenő hinta, parafa-lapok egyensúlyfejlesztéshez, hullahopp karikák, gerenda, forgó-egyensúlyozó korong, rugós deszka, spirál ruha-hengerek, zsámoly, kétlábú létra, bordásfalak, nagyméretű tükör, hegymászó kötelek karabinerrel. A gyermek kipróbálhatja őket, játszhat velük, természetesen segítséggel. Ha a gyermek és a terapeuta közötti bizalom már kialakult, a gyermek nem fog meghátrálni az addig számára ijesztő gyakorlatoktól sem, mert tudja, hogy megkapja a számára biztonságot adó segítséget. A terapeuta feladata, hogy biztonságot nyújtson, a gyermek mozgását megfigyelje az eszközök kipróbálása során, és feltérképezze a hiányosságokat, a tempót, a belső motivációt, mindezek előtt pedig örömforrást biztosítson a gyerek számára a mozgás által. Amikor minden lehetséges eszközt kipróbáltak már, a gyermek a számára legélvezetesebb tornaszerekből akadálypályát is készíthet, ebben teljes szabadságot kap. Ha nem igényli, megteheti, hogy például vészes gyorsasággal pörgesse magát a függőhintában. Ayres véleménye szerint ilyenkor a neurofiziológiai rendszereit normalizálja (Szvatkó, 2002).

Nagyobb gyerekeknél (5–9 évesek) a terápiát egy állapotfelméréssel kezdi a terapeuta (17 altesztből álló SCSIT – dél-kaliforniai szenzoros integrációs teszt) annak érdekében, hogy a szenzomotoros fejlődés hiányosságait, zavarait feltárva adekvát eszközök felé orientálhassa a gyereket.

Ajánlott életkor:

1–10 éves kor

Eredmény:

Világszerte ismert és elterjedt terápia. Eredményei a mozgásfejlődés terén nem olyan kézzel foghatóan gyorsan jönnek, mint a tervezett programon alapuló szenzomotoros terápiák esetében. Viszont a gyermek érzelmi-szociális fejlődésében, ennél fogva alkalmazkodó funkcióiban látványos előrehaladás tapasztalható.

Képesítés megszerzése:

A terápiát összesen 150 órában, akkreditált pedagógus továbbképzés keretein belül sajátíthatják el a pedagógusok.

6) Basális-stimuláció

Németországban Andreas Fröhlich és Ursula Haupt 1975 és 82 között halmozottan sérült gyerekek számára dolgozta ki módszerét, a bazális stimulációt, mely a korai tanulás neurofiziológiai hatásaira épít. Míg a Snoezelen terápia a nyugalom, az ellazult állapotban feldolgozható ingereket részesíti előnyben, addig a bazális stimuláció a gyermek aktivitását is igényli, a meglévő képességeit fogadja el kiindulópontnak. Ha a fejlődésben jelentősen akadályozott gyermekek számára könnyen érzékelhető, és érthető ingereket biztosítunk, akkor ezek segítségével a gyermek megtanulja feldolgozni az ingereket, s ezzel együtt lehetőség nyílik a környezet felfogására. A „basális” jelző azt fejezi ki, hogy az önálló tapasztalatszerzést nélkülöző gyermek a terápia folyamán sokoldalú érzékelési információk felvételére válik képessé, s ez fogja „megalapozni” a környezet adekvát felfogását. Mindez hétköznapi és részben speciális eszközrendszer segítségével érhető el. A „stimuláció” (ingerlés) az alapvető érzékelési modalitások intenzív működtetését jelenti a terapeuta szakszerű irányításával. A fejlesztés középpontjában az észlelési hierarchiában prioritást jelentő szomatikus, vibrációs és vesztibuláris ingerlés (végtagok, törzs simogatása, dörzsölése, masszírozása, hideg-meleg érzet kiváltása, himbálás, ringatás, stb.) áll. A terápia szag-, ízérzékeléssel, akusztikus, érintési (taktilis-haptikus) és vizuális információkkal, a

kommunikációs képesség fejlesztésével egészül ki. Az érzékelés, észlelés fejlesztésén túl elemi mozgásminták is megjelennek a terápiában, melyek visszahatnak a szenzorium fejlődésére. Éppen ezért szenzomotoros fejlesztő eljárásnak is tekinthető, s elméletileg közel áll az Ayres-módszerhez (I/6.).

Főbb alkalmazási területei:

- értelmileg súlyosan akadályozott gyermekek és fiatalok, halmozottan fogyatékosok (akiknek fejlődésében az elemi, a csecsemőkorra jellemző tapasztalatszerzés pl. fejemelés, ülés támasz nélkül, célirányos fogás, nyelés, rágás, hangadás, szem-kéz koordináció korlátozott)

A módszer lényege:

A terápia mozgásos-érzékszervi típusú, idegrendszert fejlesztő terápia, mely fejleszti az érzékelést, mozgáskoordinációt, erre épülően az anyanyelvi készséget és majdan akár az olvasástechnikai készséget.

A terápia az anyaméhben érzékelhető ingerekre, elsősorban a testi, egyensúlyi és rezgési ingerekre épít. A közvetlen testi kontaktus ellazítja a gyermeket, és figyelmét leköthetik a testét érő ingerek (pl masszírozás, ringatás, fürdő). Az egyensúlyrendszer ingerlése többek között segít a test megismerésében, tájékozódási pontokat teremt a mélység, magasság és távolság dimenzióiban. A rezgésből származó ingerek szorosan kapcsolódnak a hangrezgésekhez, s ennél fogva fontos szerepe van a hallás, beszéd és a kommunikáció fejlődésében. A bazális stimuláció a többi érzékszervre is épít. A tapintással a tárgyak több tulajdonsága megismerhető, ehhez azonban fontos a nyúlás-fogás-elengedés hármas tudása. A vizuális ingerek segítenek a figyelem fejlesztésében is, ezeken kívül a szaglás és ízlelés stimulálása is szerepet kap.

A terápia során tehát rengeteg inger éri a gyerekeket, s egy-egy inger sok esetben több érzékszervre hat egyszerre (pl. a ringatás adja az ellazító testi kontaktus élményét, ingerli az egyensúly rendszert is). A terapeuta a mindennapjaink szokványos ingereit alkalmazza, környezetünk hagyományos eszközeivel, anyagaival. Mindez könnyen megteremthetővé teszi a terápia eszköztárát.

A terápia személyre szabható és igen változatos. Egyes elemei ma már más fejlesztő programokban is fellelhetők. Nagy hatással volt a módszer a halmozottan sérült gyermekek ellátásában (I/7).

Ajánlott életkor:

5 éves kortól – felnőtt korban is (értelmileg súlyosan akadályozottaknál)

Eredmény:

Méltán vált közkedveletté a basális-stimuláció, mivel nem csak belső harmóniát teremt a gondozott gyerekeknel, hanem hatékonyan fejlődik a szenzorium, a mozgárkoordináció, az egyensúly, majd erre épülve a magasabb rendű funkciók is, pl. a beszédértés, beszéd, elemi tanulás.

Képesítés megszerzése:

Basális stimuláció tanfolyam Németországban végezhető (Lebenshilfe, Landshut, Németország), de magát a módszert tanítják a gyógypedagógus képzésben tantárgyi keretekbe ágyazottan (alapozó terápiák körében).

7) Alapozó terápia

Dr. Marton-Dévényi Éva ideg-, és elmeorvos, valamint munkatársai, Carl Henry Delacato philadelphiai neurológus és kutatócsoportja munkájának eredményeit alapul véve, dolgozták ki az alapozó terápiát. Ismereteik szerint a központi idegpályák kapcsolatában megjelenő diszfunkció az agy egyes részterületein, főként a mozgás-, a nyelvi, és a kognitív funkciók terén okozhat rendellenességet. Az első életév különösen szenzitív e tekintetben. Ha e szakaszban kimarad, vagy nem rögzül a mozgásfejlődés bármelyik szakasza, akkor az ahhoz kapcsolódó érzékelő és irányító agyi központok sem fejlődnek megfelelően. Ennek következménye a későbbiekben tanulási zavar lehet. Bizonyított tény, hogy az idegrendszer egy-egy területének fejlettségéről az elemi mozgások tájékoztatnak. Delacatoék megfigyeléseikből azt a következtetést vonták le, hogy az anyanyelvi területen elmaradt gyermek idegrendszere éretlen, elégtelenül szervezett. Arra következtettek, hogy a „kizárólagosan emberi, anyanyelvi kommunikáció kifejlődése csak akkor lesz problémamentes, ha a gyermek problémamentesen végigmegy a kizárólagosan emberi mozgás- érzékszervi

fejlődési soron, melyet nevezhetünk helyzetváltoztatási-felegyenesezési, helyváltoztatási- dominancia megválasztási fejlődési sornak.” (Marton-Dévényi–Szerdahelyi–Tóth–Keresztesi, 1997, 13. o.).

Delacato módszere alapján és dr. Marton-Dévényi Évával együttműködve fejlesztette ki az alapozó terápiához hasonló módszerét Kulcsár Mihályné pedagógus, mozgásterapeuta, melynek részleteire nem térünk ki jelen tanulmányban a módszer elméletének és gyakorlatának hasonlósága miatt. A Kulcsárné-féle módszert 60 órás akkreditált pedagógus továbbképzésen sajátíthatják el pedagógusok. (Kulcsár, 2000.).

Főbb alkalmazási területei:

- ép értelmű nagycsoportos óvodások, akiknél nagyfokú a
 - mozgásügyetlenség,
 - meg nem választott dominancia,
 - finommotorika fejletlensége
 - hiperaktív, figyelemzavaros tünetek vannak,
 - megkésett, vagy/és hibás, akadályozott beszédfejlődésük,
- iskoláskorúak (akik diszlexiások, alaki diszgráfiások)
- tanulásban akadályozottak (enyhe értelmi fogyatékkal élők)

A módszer lényege:

Az alapozó terápia elmélete szerint 4–6 éves kor alatt a motoros rendszer báziskapcsolatai még nem alakultak ki, illetve még nem szilárdultak meg. A komplex, speciális mozgások kialakulásához még legalább 10 évre van szükség. Éppen ezért ez a fázis a motoros fejlődés plasztikus időszakasza. Ebből következik, hogy a mozgásfajták megtanulására, korrigálására, begyakorlására kellő szakmai irányítás mellett 16 éves korig van lehetőség.

A terápiát egy vizsgálat előzi meg, mely magában foglal egy alapos anamnézist a szülővel a gyermek fejlődését illetően. Ezen túl vizsgálják a gyermek egyes készségeit, képességeit (pl. rutin ideggyógyászati vizsgálat, nagymozgás, térben való mozgás, téri tájékozódás, időbeli tájékozottság, látás- és hallásvizsgálat (GMP-teszt), alak-háttér megkülönböztetés, formazonosság és differenciálás, hallási és látási emlékezet, nyelvi funkciók,

érzékszervek közötti átfordítás képessége, dominancia-vizsgálat, finommotorika).

A terápia során a gyermekkel a felkészített szülő, vagy egy szakember foglalkozik. Kontrollvizsgálat 1,5–3 havonta esedékes. Ha a szülő a „terapeuta”, akkor az otthoni gyakorlási idő heti 6x1 óra. Szakember esetén heti 3x2 óra foglalkozásban részesül a gyermek egyénileg, vagy maximum 5 fős kiscsoportban. A gyakorlatsorok az alábbiak szerint követik egymást: nagymozgások – rugalmasság – egyensúly gyakorlatok – mozgáskoordináció – keresztgyakorlatok – finommotorika – kézdominancia – lábdominancia – szemgyakorlatok – térben való mozgások – testséma – hallásgyakorlatok – emlékezetfejlesztés – ritmusgyakorlatok – szövegmegértés stb.)

A terápiás idő az eset súlyosságától függően 6 hónap és 2 év között van. Iskolásoknál a 3. és a 6. terápiás hónap között szokták a szülőket arra kérni, forduljanak logopédushoz a gyógyító olvasást elkezdni. Súlyosan diszlexiás gyermekeknél a tornát folytatni kell az olvasás javulásával is, különben visszaesés tapasztalható (Marton-Dévényi, 2002).

Ajánlott életkor:

5 éves kortól – 16 éves korig

Eredmény:

Az első maradandó eredmények körülbelül fél év után várhatóak. Lényeges javulás tapasztalható a mozgásfejlődésben, a beszéd funkcióiban, valamint az olvasás, írás készségeiben.

Képesítés megszerzése:

Az alapozó terápiát 120 órás akkreditált pedagógus továbbképzésen sajátíthatják el pedagógusok.

Záró gondolatok

Tanulmányunkban arra vállalkoztunk, hogy bemutassuk a korai fejlesztés, kora gyermekkori intervenció értelmezését, szemléletét, hazai jogi és pedagógiai gyakorlatát. Célunk volt még megismertetni a

hazánkban leginkább elterjedt korai fejlesztési módszerek főbb elveit, alkalmazási lehetőségeit a teljesség igénye nélkül. Nem titkolt célunk, hogy e rendszerezett tanulmánnyal jó keretet teremtsünk az olvasó korai fejlesztésről való tudásának, valamint felkeltsük az érdeklődést az egyes módszerek mélyebb megismerése iránt.

Irodalomjegyzék

- Dévény, A. (2000). A Dévény-féle speciális manuális technika. In: Mozgásterápia szakfolyóirat. 9–10. o.
- Hári, M. (1997). A konduktív pedagógia története. International Institute, Budapest
- Katona, F. (1986). Fejlődésneurológia, neurohabilitáció 1. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Katona, F. (1990). Fejlődésneurológia és neurohabilitáció 2. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Katona, F. (2007). Klinikai fejlődésneurológia. Medicina, Budapest.
- Kereki, J.–Lannert, J. (2009). A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése. Társi-Tudok Tudásmenedzsment és Oktatókutató Központ Zrt.
- *Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások* (2005). Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű tanulók oktatásának fejlesztéséért.
- Kulcsár, M. (2000). A tanulás öröme is lehet. Magánkiadás, Bicske.
- Lakatos, K. (2000/a). Korai egyéni és kiscsoportos fejlesztés 1992–1999 között. In: Fejlesztő pedagógia, 11. 4–5. 101–118. o.
- Lakatos, K. (2000/b). Prevenció, kapcsolatépítés okos szeretet. Rizikós koraszülöttek korai szenzomotoros (HRG és TSMT) hiánypótló fejlesztése. In: Fejlesztő pedagógia, 11. 4–5. 81–90. o.
- Mező, F.–Mező, K. (2015). Gyógypedagógiai problémákra érzékenyítő játékok (nemcsak óvodapedagógusoknak). In: Mező, K. (Szerk.). Játékkal a különleges bánásmódot igénylő gyermekekért. Bibor Kiadó, Miskolc. 55–74. o.
- Marton-Dévényi, É.–Szerdahelyi, M.–Tóth, G.–Keresztesi, K. (1997). Alapozó Terápia. In: Fejlesztő Pedagógia. Különszám. 80–107. o.
- Marton-Dévényi, É. (2002). Az alapozó terápia elmélete és gyakorlata. In: Martonné Tamás Márta (Szerk). Fejlesztő Pedagógia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 32–67. o.

- Nemzeti Köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény
- Szvatkó, A. (2002). Hisz ez játék! – Szenzoros integrációs terápiák a fejlesztésben. In: Martonné Tamás M. (Szerk). Fejlesztő Pedagógia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 88–105. o.
- Szvatkó, A.–Varga, I. (1993). Jean Ayres szenzoros integrációs terápiájának néhány alapelve In: Óvodai Nevelés, 4. sz.
- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről

Internetes irodalomjegyzék:

- I/1. <http://www.deveny.hu/>
- I/2. <http://www.koraszulott.com/fejlesztési-mozszerek/122-katona-mozdszer-neurohabilitacios-trening.html>
- I/3. http://www.szentmargitkorhaz.hu/fejlozesneurologiai_osztaly.php#76099
- I/4. <http://hu.wikipedia.org/wiki/Pető-módszer>
- I/5. http://www.bhrg.hu/idotartam_tr.html
- I/6. http://www.kislexikon.hu/bazalis_stimulacio.html#ixzz3Sm05tSfW.
- I/7. <http://www.pindur.hu/index.php/es-ami-meg-erdekel/479-gyogypedagogiai-terapiak-bazalis-stimulacio.html>