

Gyógypedagógiai Szemle

**A Magyar Gyógypedagógusok
Egyesületének Folyóirata**

2007 – XXXV. évfolyam

1

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

Főszerkesztő:	Gordosné dr. Szabó Anna
Olvasószerkesztő:	Dr. Földiné Angyalossy Zsuzsa
Tervezőszerkesztő:	Durmits Ildikó
Szaktanácsadók:	Dr. Buday József
	Dr. Csányi Yvonne
	Dr. Csocsánné Horváth Emmy
	Dr. Farkas Miklós
	Dr. Hatos Gyula
	Krasznárné Erdős Felícia
	Lányiné dr. Engelmayer Ágnes
	Subosits István

A szerkesztőség címe: 1097 Budapest, Ecséri út 3. Telefon: 358-5598
e-mail: anna.gordos@barczy.elte.hu

HU ISSN 0133-1108

2007. január–március

Kiadja a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. Tel.: 461-3512
Felelős kiadó: Kamper Antal elnök

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt. Hírlap Üzletága
1008 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőknél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 303-3440
További információ: 06 80/444-444;

Egy szám ára: 400,-Ft

Indexszám: 25 359

Megjelenik negyedévenként. Évi előfizetési díj: 1600,-Ft

Nyomda:

Repro Stúdió Nyomdaipari Egyéni Cég
5000 Szolnok, Ostor út 2. Telefon: (56) 420-324

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Országos Gyermkegészségügyi Intézet (Budapest)

Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*

NÉMETH ÁGNES

A „Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC) elnevezésű nemzetközi kutatás az 1980-as évek elején indult 4 ország részvételével. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) röviddel ezután adoptálta a projektet, így 1984-től már az Európai Területi Iroda egyik programjaként működik. A következő évtől kezdve újabb és újabb országok csatlakoztak; mára már 41 tagországa van a kutatásnak (főként európai országok, valamint Izrael, Kanada és az USA).

A projekten belül négyévenként történik adatgyűjtés. A legutóbbi felmérés az elmúlt tanévben zajlott le, jelenleg az adatok számítógépes rögzítése folyik. Előadásomban főként a legutóbbi elérhető adatok - a 2001/2002-es tanév felmérésének eredményei – szerepelnek (Currie és mtsai 2004, Aszmann 2003). Ekkor 35 ország vett részt a munkában.

A kutatás fő célkitűzései egyrészt a fiatalok önminősített egészségi állapotának, jól-létének (közérzetének) és egészségmagatartásának monitorozása (életstílus, életmód vizsgálata). A rendszeres adatgyűjtés módot ad az egészségmagatartás időbeli változásainak vizsgálatára is (trendelemzés). Másrészt fontos feladatunk a fenti életmódelemekkel és a jól-léttel összefüggő demográfiai, egyéni, társas, stb. háttértényezők feltérképezése.

Mindezeket felhasználva végső célunk az eredmények és tapasztalatok publikálása a felhasználók számára (döntéshozók, egészségügyi szak-

* A Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédiai Társaság és a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete XXXIV. Országos Szakmai Konferenciáján (Hódmezővásárhely, 2006. június 22-én) plenáris ülésen elhangzott előadás

emberek, pedagógusok, szülők és a fiatalok), segítve ezzel az egészségfejlesztő tevékenységeket.

Fő témaköreink:

demográfia: kor, nem, háztartás összetétele, szülők foglalkozása, iskolázottsága, anyagi háttér

egészségmagatartás: dohányzás, alkoholfogyasztás, droghasználat, fizikai aktivitás, szabadidős tevékenység, szexuális magatartás, étkezési minták és szájhigiéne

egészség-percepció: egészséggel és élettel való elégedettség, testi panaszok és tünetek

egyéni és társas erőforrások: depresszió és önértékelés, testkép, biológiai érés, családi kapcsolatok és támogatás, kortárskapcsolatok és támogatás, iskola és tanárok percepciója

A négyéves ciklusokból álló projektben az adatfelvételt a számítógépes adatrögzítés, valamint elemzés követi. Az eredményeket természetesen különböző módokon publikálják a nemzeti és nemzetközi kutatócsoportok. Az eredményekből levont következtetések az elméleti és gyakorlati továbbfejlesztés alapjául is szolgálnak. Az újonnan kifejlesztett kérdéseket próba-adatfelvételeken tesztelni is szükséges, ami a ciklus záróeseménye az újabb adatgyűjtés előtt. Hazánk az első közép-kelet európai országgént 1985-ben csatlakozott a projekthez, és a legutóbbi tanévben már a hatodik országosan reprezentatív adatfelvételt bonyolította le.

A vizsgálat célcsoportja a serdülő korosztály: a 11, a 13 és a 15 évesek korcsoportjai szerepelnek a nemzetközi vizsgálatban, míg Magyarországon az 1990. évi adatfelvétel óta a 17 évesek is részét képezik a nemzeti mintának. Az egyes felmérések a legtöbb országban az adott korú lakosságra reprezentatívak. Hazánkban a reprezentativitást többlépcsős, rétegzett mintavételi eljárással biztosítjuk. A rétegeket a régiók, a településtípusok és az iskolatípusok képezik.

Az adatgyűjtés önkitöltéses kérdőívek segítségével történik. A válaszadás önkéntes és névtelen. A tanulók egy tanítási óra keretében töltik ki a kérdőíveket az osztálytermeikben. Ebben segítségükre vannak jól felkészített kérdezőbiztosaink, akik egyúttal felügyelik is a kitöltést. Az adatgyűjtés módjából következik, hogy a vizsgálatba csak az iskolába járó és önállóan olvasni, valamint az olvasottakat megérteni és arra válaszolni képes gyermekeket tudjuk bevonni.

A számítógépes adatrögzítést követően a feldolgozás és elemzés SPSS programcsomaggal történik a matematikai-statisztikai módszerek széles skáláját alkalmazva az egyszerű leíró statisztikáktól kezdve a kétváltozós elemzéseken át a többdimenziós módszerekig.

A kutatás nagy erénye a nemzetközi összehasonlíthatóság. Ennek megteremtéséhez szigorú nemzetközileg érvényes módszertani szabályokra, protokollra van szükség, mely részletesen leírja az egyes felmérések minden mozzanatát. A megbízható, érvényes és nemzetközileg összehasonlítható eredmények eléréséhez szükséges az alkalmazni szánt kérdések előzetes tesztelése. Szintén az összehasonlíthatóságot biztosítja az a törzskérdéscsoport („kötelező” kérdések), amelyeket minden résztvevő országnak azonos módon kell kérdeznie. Elérésére szolgál többek között a fordítási-visszafordítási procedúra: az eredeti angol nyelvű kérdéseket lefordítják az adott ország nyelvére, majd egy független fordító (aki nem ismeri az eredeti angol szövegezést) visszafordítja angol nyelvre. Ekkor kiderülnek és korrigálhatók az eredeti szövegtől való eltérések.

Jelen előadásban a kutatásnak két fontos témakörét szeretném kiemelni: az egészséget veszélyeztető magatartásformák (rizikómagatartások) közül a pszichoaktív szerek használatát és a széles értelemben vett egészség fontos meghatározó tényezőjét az általános testi-lelki közérzetet, más szóval a jólétet.

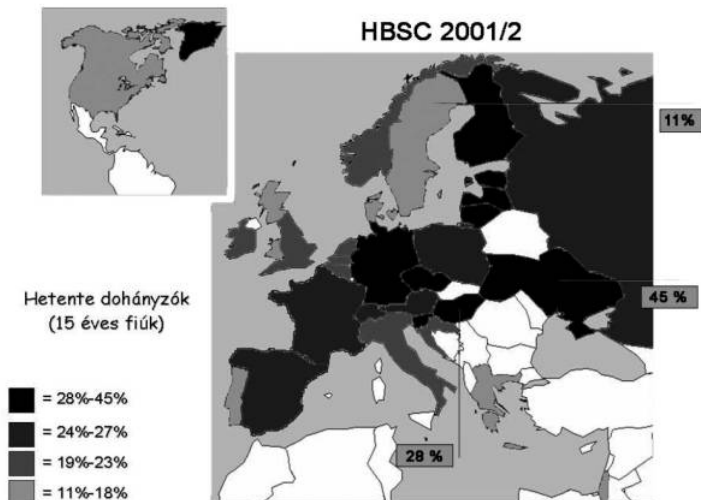
A rizikómagatartások közül a dohányzási és az alkoholfogyasztási szokásokról rendelkezünk a kutatás két évtizedes hazai történetén átívelő adatokkal. Általánosságban a dohányzási szokások kedvezőtlenebbé válásáról beszélhetünk ebben a korosztályban. A nyolcvanas évek közepétől jelentős emelkedést tapasztalhatunk mind a dohányzást kipróbálók, mind a rendszeresen dohányzók arányában. E megállapítás elsősorban a lányokra igaz; a fiúknál vannak olyan dohányzási mutatók és korcsoportok, ahol nem történt érdemleges változás. Mindezek eredője, hogy – bár még mindig magasabbak a fiúk körében a dohányzási prevalenciák – az elmúlt másfél évtizedben a fiúk és lányok között jelentősen csökkentek a különbségek.

Illusztrálásként a rendszeresen – azaz legalább hetente dohányzó – fiúk és lányok arányait mutatom be: a 13 éves korosztályban a fiúk aránya mintegy 7%-ról 11%-ra emelkedett 1986 és 2002 között, a lányoknál ugyanezek a számok 2% és 7%. A 15 éveseknél jóval magasabb arányokról beszélhetünk: a fiúknál ebben az időszakban 27% és 32% között változtak, és matematikailag ez nem jelentős különbség. Ugyanakkor a lányoknál 1986 óta mintegy 21%-ról 28%-ra nőtt a legalább hetente dohányzók aránya és ez szignifikáns különbség.

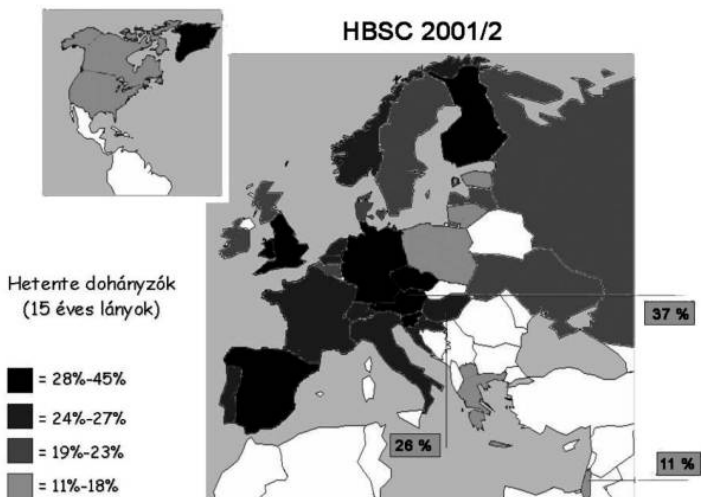
A legutóbbi nemzetközi adatok szerint a 15 éves fiúk esetében Magyarország a legnagyobb arányú fogyasztók körébe tartozik, míg a 15 éves lányok – bár alig alacsonyabb arányban dohányoznak rendszeresen, mint a fiúk – a kutatásban résztvevő országok harmadik negyedébe tartoznak. A nemzetközi térképen az is látható, hogy a 15 éves fiúknál a rendszeresen

dohányzók arányát tekintve nincs határozott földrajzi mintázat (1. ábra), míg a lányok esetében egyértelmű emelkedő grádiens tapasztalhatunk kelet-nyugati irányban (2. ábra).

1. ábra. Rendszeresen dohányzó 15 éves fiúk aránya 35 országban.



2. ábra. Rendszeresen dohányzó 15 éves lányok aránya 35 országban.



Az alkoholfogyasztási szokások egyik legjobb mutatója a lerészegedések életprevalenciájának alakulása. Sajnos ez esetben mind a fiúknál, mind a lányoknál kedvezőtlen tendenciákról számolhatunk be a vizsgált időszakról, és ezen belül is a lányoknál figyelhetők meg jelentősebb változások. A 15 éves fiúk több mint egynegyede vallotta 1986-ban, hogy életében legalább kétszer berúgott már, míg 2002-re ez az arány közel 50%-ra emelkedett. A lányoknál még drámaibb növekedés tapasztalható: 1986 óta több mint megháromszorozódott a legalább kétszeri részegségről beszámoló aránya (8%-ról közel 28%-ra). E különbségek matematikailag szignifikánsak.

Nemzetközi viszonylatban ugyanezekben a mutatókban a magyar 15 éves fiúk ismét csak a legmagasabb arányokkal jellemezhető országok fiataljainak sorában találhatók (3. ábra), míg a 15 éves lányok a 35 országot sorrendbe állítva a második negyedben foglalnak helyet a legalább kétszeri részegséget tekintve (4. ábra).

A részegségi arányszámoknál egy viszonylag határozott földrajzi grádiens látható a legalacsonyabb arányszámokkal jellemezhető déli-délnyugati országoktól az északi-északkeletiek felé.

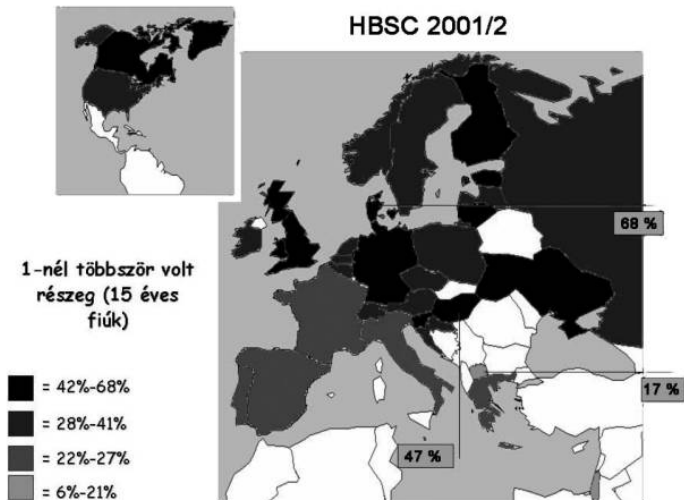
Az illegális és visszaélésszerű szerhasználatról trendábrákat sajnos nem tudok bemutatni, mivel erről a 2002-es felmérésünkben kérdeztük a fiatalokat először, akkor is csak a középiskolásokat. Hazai viszonylatban – a nemzetközi tapasztalatokhoz hasonlóan – a cannabis-származékok fogyasztása a legelterjedtebb, akár az életprevalenciákat, akár a legutóbbi évi fogyasztási gyakoriságait tekintjük (a 15-17 évesek összevont csoportjában az életprevalencia közel 20%, míg az éves prevalencia meghaladja a 15%-ot). Ami jellegzetesen hazai jelenség: az alkohol és gyógyszer együttes ill. a gyógyszerek visszaélésszerű használatának elterjedtsége. E szerek fogyasztási gyakoriságai közvetlenül a marihuána- és hasisfogyasztás után állnak, bár jóval kisebb arányszámokkal (az élet- és éves prevalenciák általában 8% és 5% között mozognak). Az összes többi illegális szer fogyasztási gyakoriságának prevalenciái nem érik el az 5%-ot.

Azoknak, akik már fogyasztottak életükben valamilyen kábítószer, nagy többsége (kb. 2/3-a) szerencsére megmarad a kipróbálás szintjén, míg a fennmaradó harmadnak is csak 1-2%-áról mondható el a kifejezetten rendszeres szerhasználat. A fiúknál általában magasabb fogyasztási arányokat találunk, mint a lányoknál (kivétel ez alól a gyógyszer, valamint a gyógyszer és alkohol együttes használata). Az idősebbek és a szakmunkás képzésben résztvevők szintén magasabb prevalenciaértékekkel rendelkeznek, mint a fiatalabbak és érettségát adó iskolákban tanulók.

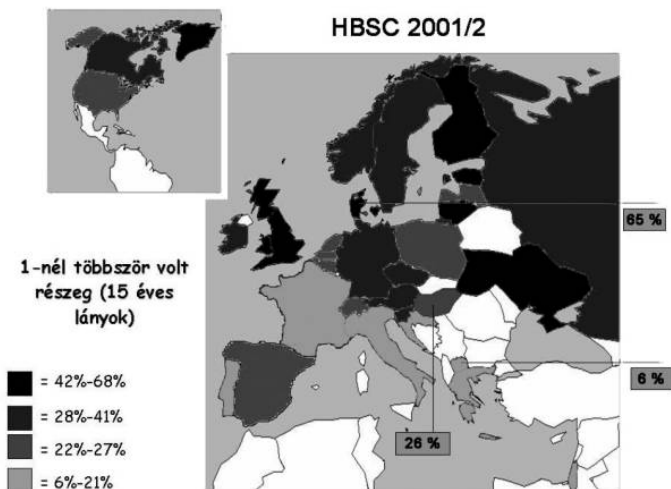
A nemzetközi térképen a cannabis-fogyasztási gyakoriságokat tekintve az országok sorrendjében Magyarország közepén, vagy a második negyedben

helyezkedik el (5. és 6. ábra). Itt is kimutatható egy jellegzetes földrajzi grádiens, amely éppen ellentétes a többszörös részegségi prevalenciákat

3. ábra. A részegség gyakorisága 15 éves fiúknál 35 országban.

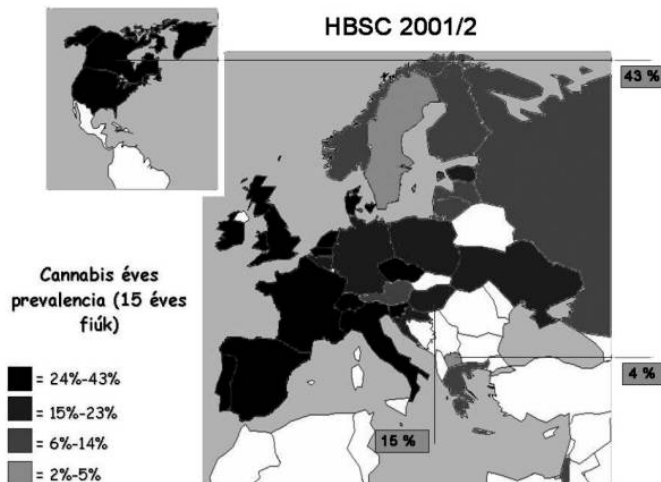


4. ábra. A részegség gyakorisága 15 éves lányoknál 35 országban.

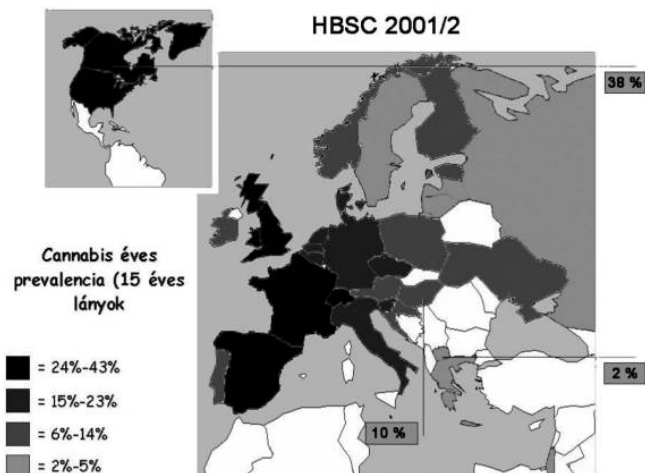


bemutató térképeken tapasztaltaknál: a cannabis-használat éves prevalenciái észak-északkelet és dél-délnyugat irányban csökkennek.

5. ábra. Cannabis-származékok fogyasztásának éves prevalenciája 15 éves fiúknál 35 országban.



6. ábra. Cannabis-származékok fogyasztásának éves prevalenciája 15 éves lányoknál 35 országban



A HBSC és más egészségmagatartás vizsgálatainkból (Kököneyi és mtsai 2003, Örkényi és mtsai 2004) egyértelműen kiderült, hogy a pszichoaktív szerek fogyasztásának szempontjából több rizikócsoportot is elkülöníthetünk. Akár a cigaretta-, akár az alkohol-, akár az illegális drogfogyasztást nézzük a középiskolás korosztályban a gimnazistáknál rosszabb mutatókkal rendelkeznek a szakmunkástanulók, míg az állami gondozásban nevelkedő fiatalok még magasabb szerhasználati arányokkal jellemezhetők. A negatív rangsor élén a javító-nevelő otthonokban élők állnak az élen extrém magas prevalenciákkal. (Ez esetben leginkább a fiúkról beszélhetünk, mert statisztikailag értékelhető mennyiségű adat csak az ő esetükben érhető el.) Körükben a naponta dohányzók aránya közel 80%, míg ugyanez az arány a gimnazistáknál alig több 25%-nál. A többszöri részegség életprevalenciája a javító-nevelős fiúk esetében meghaladja a 80%-ot, míg a gimnazistáknál ez a szám nem éri el a 40%-ot. Míg a gimnazista fiúknál az igazán erős droghasználók aránya alig éri el az 1%-ot, a javító-nevelő otthonban élőknek negyede mondta ezt magáról (életében legalább 40-szer fogyasztott már valamilyen illegális szert).

Kutatásunkban fontos szempont az egészségmagatartásokkal kapcsolatban álló, azokat befolyásoló egyéni és társas háttértényezők azonosítása, működési mechanizmusuk megismerése. Multivariációs statisztikai módszerekkel lehetséges e komplex kapcsolatrendszer – legalább részleges – feltárása. A rizikómagatartásokat, ezen belül pedig a dohányzást és alkoholfogyasztást befolyásoló legfontosabb háttértényezőket útelemzéssel próbálta kutatócsoportunk azonosítani. A magyar 11-17 éves korosztályban egyértelműen a legerősebb befolyásoló tényező az iskola percepciója volt: amennyiben a fiatalok szeretik iskolájukat, kötődnek hozzá, segítőkészséget tapasztalnak a részéről, jóval kisebb valószínűséggel fognak dohányzással és alkoholfogyasztással próbálkozni. Hasonlóan protektív (védő) szerepet játszik a szerfogyasztással szemben a meleg, elfogadó családi légkör, ahol a gyerekek meg tudják beszélni problémáikat családtagjaikkal, segítséget is kapnak, ugyanakkor megfelelő szülői kontroll működik. A család társadalmi helyzete, ill. jómódúsága viszont csak kevésbé befolyásolja ezeket a rizikómagatartásokat (a magasabb státusz magasabb szerhasználati valószínűséggel jár). A kortársak szerepe a serdülőkorúak életében központi és ennek megfelelően elemzésünkben is kiemelkedő fontosságot kapott: a kortárs csoport általi befogadottság, a velük való jó kommunikáció, a sok együtt töltött idő erős prediktív (előjósoló) tényezője a rizikómagatartásoknak. E komplex elemzés eredményeiből összefoglalóan ismét szeretném kiemelni az iskola meghatározó szerepét a rizikómagatartások megelőzésében.

Mint előadásom elején említettem, a mentális egészség, a közérzet, az úgynevezett „jól-lét” kutatásunkban szintén fontos szerepet tölt be. Ezt a témakört is több kérdés (változó) segítségével vizsgáljuk: az étellel való elégedettségüket egy 0-tól 10-ig terjedő skálán osztályozzák a fiatalok, míg az egészségüket a „kitűnő” és a „rossz” fokozatok között kell minősíteniük egy négyfokozatú skálán. A magyar serdülők átlagosan 7,34 pontot értek el az étellel való elégedettségi skálán, ami közel áll a nemzetközi átlaghoz. A legtöbb országra – így hazánkra – is jellemzőek a nemi és életkori eltérések: a lányoknak és az idősebbeknek általában alacsonyabbak a pontszámaik. Az iskolatípusok között is akadnak eltérések: a gimnazista lányoknak matematikailag szignifikánsan magasabb a pontszámuk (6,9), mint a szakmunkás képzésben résztvevőknek (6,4).

Az egészség önminősítésénél is jellegzetes nemi és életkori eltéréseket találunk: az egészségüket legalább jónak minősítők aránya csökken az életkorral, és a lányoknál alacsonyabb, mint a fiúknál. Míg az ötödikesek csaknem 90%-a tartja legalább jónak az egészségét, addig a 11-eseknek csak mintegy háromnegyede mondta ezt magáról. Az egészségüket kifejezetten rossznak minősítők aránya 2% körül van (de pl. a szakmunkásképzős lányok körében majdnem 6% ez az arány). Nemzetközi viszonylatban ezek a számok átlagosnak vagy az átlagosnál kissé jobbnak mondhatók.

Kizárólag a magyar kérdőívben használtunk egy depresszív hangulatot mérő 8 kérdésből álló skálát a Gyermek Depresszió Kérdőív (CDI, Kovács 1985) rövidített változatát. A skála pontszámai 0 és 16 között lehetnek. Ha a pontszám legalább 4, akkor beszélhetünk depresszív hangulatról. (A skála és értelemszerűen adatgyűjtési módszerünk sem alkalmas a depresszió diagnosztizálására.)

A lányoknak minden életkorban szignifikánsan magasabb a pontátlaga (2,5 felett), mint a fiúké (1,7 körül) és csak az előbbiekre jellemző az életkori eltérés (a 9-esek pontszáma szignifikánsan magasabb, mint a többi korcsoporté). A lányoknak közel 30%-a, míg a fiúknak alig több, mint 17%-a ért el 4-es vagy magasabb pontszámot. Ezek az arányok felhívják a figyelmet arra, hogy a serdülők nem elhanyagolható hányada hangulati zavarokkal küzd, mentális állapotuk nem kielégítő.

Az általános közérzet mérésére egy 12 itemből álló skálát alkalmaztunk mely különböző pszichoszomatikus panaszok gyakoriságára kérdezett rá. A skála pontszámai 12 és 60 között változhatnak. Hasonlóan a depresszív hangulat mérésére szolgáló skálához, a lányok itt is minden életkorban magasabb átlagértékkel rendelkeznek, mint a fiúk (a teljes mintára 26,3 ill. 22,6 az átlag pontszámok). Az életkori változások mindkét nemnél azonosak: a 9. évfolyamig nőnek az átlag pontszámok, ezután már nem változnak. Ezek az eredmények a nemzetközi átlaghoz hasonlóak, némely esetben kicsit jobbakká annál.

A leggyakoribb panaszok a lehangoltság, idegesség, fáradtság, ingerlékenység, fej- és hasfájás. Ritkábban fordul elő hányinger és szédülés. A fenti jellegzetes nemi különbségek aláhúzzák a korábbról már ismert megfigyeléseket, miszerint a lányoknál a pszichés problémák (amennyiben vannak) inkább pszichoszomatikus tünetekben, míg a fiúknál inkább viselkedéses zavarokban öltenek formát (Scheidt és mtsai 2000, Kolip és Schmidt 1999).

A szubjektív jól-létet meghatározó faktorok útelemzéses statisztikai módszer segítségével egy folyamatábrába rendeződnek (az elemzés itt is a 11-17 évesek összevont mintáján történt). Hasonlóan a rizikómagatartásokhoz a kortársak, az iskola és a család itt is fontos meghatározók, azonban nem közvetlenül, hanem az énképen keresztül. Az énkép – mely az önértékelés, a magabiztosság, a kompetencia érzését foglalta magában elemzésünkben – nagyon erős pozitív befolyással van a testi-lelki jól-létre. E mediátor tényezőt a fent említett faktorok hasonlóan befolyásolják: az iskola pozitív értékelése, a jó kortárskapcsolatok, a meleg, segítőkész családi atmoszféra, a család magasabb társadalmi státusza pozitívabb énkép kialakulását segíti elő. Legerősebb hatása a kortárskapcsolatok minőségének van, míg a családi és iskolai atmoszféra hasonló erősséggel határozza meg az „én”-t. Leggyengébb hatású a család társadalmi státusza.

Végezetül szeretném hangsúlyozni, hogy kutatásaink végső célja a feltárt eredmények, összefüggések hasznosítása az ifjúságot érintő egészségvédő, egészségfejlesztő tevékenységekben minden lehetséges szintéren. Ezért remélem, hogy előadásom érdekes és használható információkkal szolgált az Önök mindennapi pedagógiai munkája szempontjából is.

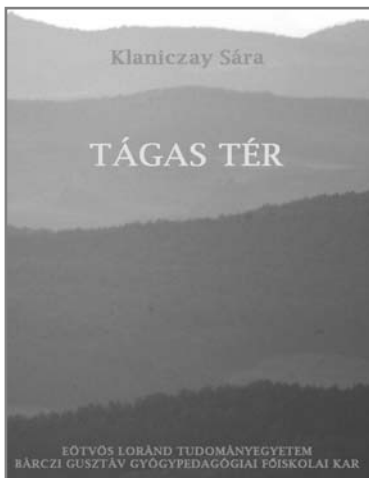
Irodalom

- ASZMANN A. (szerk.) (2003): *Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása*. Az Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat „Nemzeti jelentés” 2002.Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest.
- CURRIE, C., ROBERTS, C., MORGAN, A., SMITH, R., SETTERTOBULTE, W., SAMDAL, O., RASMUSSEN, V.B. (eds) (2004): *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study:International Report from the 2001/2002 Survey*. WHO.
- KOLIP, P., SCHMIDT, B. (1999): *Gender and Health in Adolescence*. WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents. Issue 2.

- KOVACS, M. (1985): The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacological Bulletin*, 21, p. 991-994.
- KÖKÖNYEI, GY., SZABÓ, M., ASZMANN, A. (2003). *Drog és deviancia*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. Kutatási jelentés.
- ÖRKÉNYI, Á., ASZMANN, A., BALOGH, Á., KOSZONITS, R., KÖKÖNYEI, GY. ÉS NÉMETH, Á. (2004). *Drogfogyasztás állami gondozott fiatalok körében*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. Kutatási jelentés.
- SCHEIDT, P., OVERPECK, M., WYATT, W., ASZMANN, A. (2000): Adolescents' General Health and Well-being. In: *Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. (eds): Health and Health Behaviour among Young People*. WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents. Issue 1, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 23-39.

MEGJELENT

Klaniczay Sára: Tágas tér



A szerző terapeutaként nem azt mondja, hogy „meggyógyítom a beteget”, hanem azt hangsúlyozza, hogy „megpróbálok esélyt adni a gyógyulásához”. Ebben a megfogalmazásban benne rejlik az a hit, hogy minden emberben, gyermekben ott van a gyógyulást elősegítő belső erő. A pszichológusnak, de továbbmehetünk, a pedagógusnak és minden segítőnek ezt az erőt kell megpróbálni mozgósítani a segítséget kérő emberben. „A biztonságot nyújtó terápiás kapcsolatban a páciens tere tágul, lehetőségeinek köre nő... a tágas tér élménye katartikus élmény... ehhez szeretnénk hozzásegíteni betegeinket...” – írja ars poeticájában a szerző.

A könyv az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar kiadásában jelent meg. Megvásárolható, vagy postai utánvétellel megrendelhető: Krasznár és Társa könyvesbolt • Budapest, 1097. Dési Huber u 7. • Tel.: 06 1 348 0480

Identitásvesztés és identitás-alakulás az emlékek tükrében.

Még egy bizonyíték a reminiszcencia görbe identitás-alakulás magyarázata mellett.

GARAI DÓRA

(Közlésre érkezett: 2006. július 12.)

Bevezetés

A fogyatékos emberek személyiségfejlődésének kérdésein gondolkodva szinte kínálja magát a téma: az identitás-alakulás jelensége. E kérdéskör nemcsak a pszichológia különböző területei között teremtetett új eredményeket hozó együttműködést, de e téma égisze alatt egyes tudományterületek - szociológia, történelem, kulturális antropológia, nyelvészet, filozófia, stb. - hatékony együttműködésére is példát találhatunk (Featherstone, Hepworth, Turner, 1997; Kanyó, 2002; Morris, 1990). Az identitás-kutatás feléledése az említett tudományterületeken egyben jelzi a kérdéskör társadalmi aktualitását is, hiszen az identitás iránti érdeklődés mindig ott, és akkor éledt fel, amikor a társadalomban is problematikussá vált az identitásképzés.

A klasszikus pszichológiai előzmények közül kiemelendő a testkép – énkép – identitás hierarchikus felfogása, amely a legutóbbi időig tartotta magát. Eszerint a test az identitás egy sajátos, elkülöníthető állomása.

Önazonosságunk alapját testi mivoltunk jelenti. A testkép kialakulásában – a saját testhez tartozó tárgyak és funkciók, és a külvilág történéseinek elkülönülése révén – érhető tetten legkifejezettebben az én és a külvilág szétválásának lényegi lépése. A vizuális-poszturális testmodell (Marton,

1970) a mozgástervezés horgonypontjaként a külvilágban való tájékozódás központjává emeli a saját testet. A testi erő és a fizikai ügyesség egyrészt a fizikai világban való kompetencia megszerzéséhez segít, másrészt a testi sajátosságok a csoporttagság, s így a társas tájékozódás fontos tényezői lehetnek. A testi tapasztalatok szerveződése Shonz (idézi: Breakey, 1997) szerint több szintű. Az első, legalapvetőbb szint a test-séma (Body Schemata) szintje. Shonz ezalatt a test térben való megjelenését, a testi működések fizikai folyamatait érti. A második szint a testi én szintje (Body Self). Ezen a test-sémára épülő, a test-sémát is magába foglaló szinten jelenik meg a határok kérdése, a testi tapasztalatok szerveződésének ezen a szintjén válik el az én és a külvilág. Itt már megjelenik a másik ember a maga fizikai valóságában, mint a társas hatás eszköze, bár elsősorban még csak, mint a testi énhez nem tartozó külső objektum. A harmadik szinten, a test-fantáziák (Body Fantasy) szintjén a testi tapasztalatok organizációja már erősen társas befolyás alatt áll. A társas megítélés áthatja, módosíthatja a személyes tapasztalás élményét. A testhatárok fantáziákban való megjelenése projektív eljárásokban (Rorschach, Blot-féle tintafolt teszt, stb.) képi szintre fordítható. A testi tapasztalatok szerveződésének negyedik szintjét Shonz a test-fogalom (Body Concept) névvel jelöli. A testi tapasztalatok jelekben, szimbólumokban való kifejezése segíti az önmagunkról szerzett tudás elmélyítését, és lehetőséget ad az én másokkal való összehasonlítására.

Az énkép egy olyan belső struktúra, amely a testi mivoltunkban gyökerezik, s tartalmaz kognitív, emocionális és motivációs elemeket, tudatos és tudattalan tartalmakat. Seeman (idézi: Dévai, Sípos, 1986) Shonzhoz hasonlóan több, egymásra rétegződő rendszert feltételez az énkép szerkezetében. Az énkép biokémiai, fiziológiai, emocionális-kognitív és szociális aspektusai mellett azt hangsúlyozza, hogy ha a struktúra bármely szintjén változás áll be – pl. az én fiziológiai komponensében betegség következtében létrejövő változás –, akkor ez a fordulat érinteni fogja a hierarchia más szintjeit is, s mintegy végiggyűrűzve azokon az egész énkép megváltozását eredményezheti.

Erikson (1985, [1957]) én-identitás elméletében azt hangsúlyozza, hogy az énkép szerves része a szociális szerep, a társadalomban betöltött státuszunk. Az identitás-alakulás kitüntetett korszaka, a kamaszkor, természetes fejlődési krízisként megbontja az énkép addigi egyensúlyát, az integráció átdolgozását teszi szükségessé. Az új identitás konzisztenciája a krízis kimeneteleinek, megoldásainak függvénye. A szilárd identitás kulcsa a személyes életterv megvalósításának szubjektíven megélt sikere, az új szerep melletti egyértelmű személyes elköteleződés (Marcia, 1966). A régi és új identitás

elemek ötvözésével fennmarad a személy önazonosság érzete, szubjektív történelmi folytonossága.

A legújabb tudományos megközelítések - a szociális konstruktivizmus, a modern testelméletek - vitáznak a test – énkép – identitás hierarchikus elképzelésével, elvetik a testre épülő identitás gondolatát. A test szerintük nem bázisa az identitásnak, hanem egyben kifejezője és alakítója is. Felfogásuk szerint a testi jegyek társadalmi-, kulturális, politikai-, történelmi megjelenítései adják tulajdonképpen az identitás háttérét (Kende, 2002a). Az ideális testre vonatkozó norma, amely társadalmat, kultúrát, történelmi kort tekintve rendkívül változatos lehet, meghatározó az egyén formálódó identitására nézve. Voltaképpen azt vizsgálják, milyen jelentések ragadhatók meg egy adott kultúrában, milyen ideológiai viták rejlenek e jelentések háttérében, hogyan kapcsolhatók e jelentések egymáshoz és a testi realitáshoz. Bár a modern testelméletek általában nem szólnak nyíltan a fogyatékosyságról, mint társadalmi jelentés hatásmechanizmusáról, mégis e diskurzusokban fellelhető gondolatok – a normától való eltérésről, a test patologizálásáról, az orvosi attitűdről – értelmezhetők a fogyatékosyság vonatkozási keretében is. A feminista elméletek pedig jól használható kategóriákat ajánlanak a fogyatékosyság társas-, személyes aspektusainak vizsgálatához (Egyenlőre főként a fizikai másság megértéséhez, az értelmi fogyatékosyság elméletét mindeztidáig nem dolgozták ki.) (Shilling, 1997; Thomson, 1997a, 1997b; Wendell, 1997; Woodward, 1997; Kende, 2002a, 2002b)

A test fizikai megjelenésében és működésében bekövetkezett változás, főként, ha egész életre fennmaradó, maradandó károsodásról van szó, alapvető változásokat eredményez az egész személyiség struktúrájában. A maradandó sérülés, vagy az életminőséget alapvetően befolyásoló betegség voltaképpen identitáskrízist idéz elő, ahol a múltban megszokott, „bejáratott” megoldások már nem működnek. A krízis okozta stresszhelyzet mozgósítja az egyén megküzdési stratégiáit. Ilyen értelemben a megküzdés sikeressége vagy sikertelensége tükröződik az újonnan kialakult identitás formájában, konzisztenciájában.

A felnőttkorban mozgáskorlátozottá váló emberek sérülésre adott első reakcióit, az alkalmazkodás stádiumait a gyászfeldolgozás Kübler-Ross (1988) által leírt szakaszaival hozták összefüggésbe. A gyász megélése azonban csak egy része a trauma elszenvedésétől a reintegrációig vezető útnak. Fejes szerint (1997) a gerincsérülést követő időszak, az új állapothoz való alkalmazkodás minőségileg három különálló szakaszra bontható, amelyeket minőségileg más pszichés reakciók jellemeznek. E szakaszok:

1. A traumaélményt követő testvázlat- és személyiség-dezintegráció szakasza, amely a sérülést közvetlenül követő időszakra jellemző.

2. A személyiség átstrukturálódása, az új értékorientációk szakasza, amely leginkább az orvosi rehabilitáció időszakát és a családba – eredeti élethelyzetbe való – visszatérést öleli fel.
3. A személyiség pszichológiai és szociális reintegrációjának szakasza, amely már a hosszú távú alkalmazkodás kérdéseit és feltételeit veti fel.

Fejes felosztásában már megjelenik a traumával szembeni megküzdés gondolata. A személyiség dezintegrációjának legfőbb okát részben a tartósan fennálló stressz miatti kimerülésben, részben a személyiség alapját adó testvázlat – ekkor még elsősorban funkcionális – megváltozásában látja. E felfogásban visszaköszön a testkép-éncép hierarchikus felfogása. Emellett azonban lényeges új elemként jelenik meg a trauma után bekövetkező gyászreakciónak az a megközelítése, amellyel a gyász folyamatát jellemző pszichológiai reakciókat a sérült állapottal való megküzdés korai fázisaként értelmezik. Ez egybeesik a krónikus betegek megküzdését vizsgáló kutatások azon eredményeivel, mely szerint a betegséggel való szembesülés a megküzdés korai szakaszában inkább érzelmközpontú megküzdési stratégiákat mobilizál (Katz et al, 1978; Schulz, Decker, 1985; Frank et al, 1987; Maynard, 1991; Dodds, 1991, 1993; Breakey, 1997; Oláh 1993, 2005; Zeidner, Endler, 1996).

A fizikai és pszichológiai krízis állapota válságos élethelyzet az egyén élettörténetében. Ez az élethelyzet azonban nem csupán következmény, hanem kiindulópont is. Az egyén aktív állásfoglalása és megküzdése nyomán az elszennvedett trauma egyéni értelmet nyerhet, beépül az egyén formálódó identitásába, leképződik élettörténetében. Az identitás alakulásának hű lenyomatai: önéletrajzi emlékeink. A történetek át- meg átszövik életünket, történetekben meséljük el magunkat mások számára, s az egyén önazonosságának folytonosságát is az időben átívelő, összekapcsolódó én-történetek láncolatán keresztül tartja fent. Az önéletrajzi emlékek vizsgálatával jól nyomon követhető a személyes és szociális identitáskonceptiók alakulása. McAdams (2002 [1998]; 1993) az identitást egyenesen az élettörténettel azonosítja elméletében. A jól kiválasztott én-elbeszélések – Gergenék fogalmával élve: self-narratívumok (Gergen és Gergen, 2002 [1998]) – olyan reprezentációs formák, amelyek belső szerveződésüknél fogva önmagukban is tükröződései az élettörténet tágabb keretében megélt pszichés valóságnak. A narratív pszichológiai tartalomelemzés eszközt ad az epizodikus élettörténeti elbeszélések elemzéséhez (László és mtsai, 2000). Én-történeteink elbeszélése, ismétlődő felidézése a hétköznapi, aktív cselekvő küzdelmeken túli terepet biztosít a trauma feldolgozásának, s fordítva: a megküzdés és a trauma-feldolgozás folyamata tetten érhető az élettörténeti elbeszélések nyelvi – szerkezeti változásaiban.

A narratív pszichológia berkein belül számos kutatás irányult arra, hogyan befolyásolják a traumatikus életesemények az önéletrajzi emlékezet szerveződését; másfelől közelítve: a traumát átélő emberek identitás-alakulásának sajátosságai miképpen tükröződnek az önéletrajzi emlékezetben (Pataki, 1997, 2000; László, 2005; Erős, Ehmann, 1996, 1997; Kónya, 1997/98; Barclay, 1992, 1996; Pillemer, 2003; Pennebaker, 2002 [1993],.). Vizsgálatunk szempontjából különösen érdekes Fitzgerald kutatása (1992), aki a self-fogalom és a memória folyamatos és kölcsönös kapcsolatát hangsúlyozta. Kutatása beilleszthető az emlékezeti folyamat konstruktivista felfogásának áramába. E megközelítés ugyanakkor rímel a self-kutatásokban is felbukkanó konstruktivista elméletekre.

Fitzgerald vizsgálatai során idős emberek önéletrajzi emlékeinek időbeli eloszlását, pontosabban az adott életszakaszra vonatkozó emlékek relatív gyakoriságának eloszlását elemezte. Eredményei megerősítették az emlékezeti irodalomban ismert reminiscencia-hatás jelenségét: a különböző életszakaszokból felidézett emlékek eloszlásának görbéje nem egyenletes. A felidézett emlékek 50%-a a legutóbbi időből származik. Ennek magyarázatát a felejtési görbében találták meg a kutatók. A kamaszkor és kora felnőtt kor időszakából felidézett emlékek relatíve nagyobb gyakorisággal fordulnak elő, míg a görbe „jobb oldalán”, a korai életszakaszokból alig idézünk fel eseményeket a gyermeki amnézia következtében. Fitzgerald 25 idős emberrel végzett vizsgálatában a reminiscencia görbe 16 és 20 éves kor között tendenciaszerűen emelkedik, csúcsát 21 és 30 éves kor között éri el, majd 31 és 35 éves kor között csökkenő tendenciába fordul át. Ezt az eredményt más kutatások is bizonyították, sőt a különböző felidézési helyzetekben elért eredmények azt mutatták, hogy a reminiscencia-hatás nem függ a kulcsszó technikától, vagy az előhívási folyamat más részleteitől. A jelenség magyarázatára Fitzgerald több magyarázatot is felvetett. Az egyik lehetséges magyarázat szerint az emlékezeti felidézés azért emelkedik meg kamaszkor és fiatal felnőttkor tájékán, mert a legfontosabb emberi történetek – házasság, gyermekvállalás, munkába állás – ebből az életkorból származnak. Az emlékek tematikájának részletesebb elemzésekor azonban kiderült, hogy ezek a típusú emlékek az emlékezeti hullámnak csak mintegy 18%-át tették ki. Fitzgerald másik elgondolása az volt, hogy az emlékezeti felidezésért a kamaszkorban a kognitív képességekben bekövetkező minőségi változások számlájára írhatók, mivel a kognitív változások egyben a kódolási kapacitás növekedését is eredményezik. Harmadik feltételezésében a reminiscencia-hatást az identitás-alakulás kitüntetett korszakával hozta összefüggésbe. Bár Fitzgerald elméletét a reminiscencia self-narratív hipotéziseként említi a

szakirodalom, ez utóbbi két feltételezés az ő és az őt követő kutatások alapján egyértelműen nem választható szét.

A jelen tanulmány egy tágabb kutatás részleteként született, ezért céljaink között nem szerepelt közvetlenül Fitzgerald elméletének, a reminiscencia-hatás magyarázatainak igazolása, vagy cáfolása. Vizsgálatunk azonban olyan új eredményekkel szolgált, amely technikájából adódóan eldönteni látszik a fenti kérdést, s megerősíti a reminiscencia-hatás self-narratív hipotézisét.

Hipotézis¹

Kutatásunkban veleszületetten és felnőtt korban mozgáskorlátozottá vált emberek önéletrajzi emlékeinek jellegzetességeit vizsgáltuk. A vizsgálat ide kapcsolódó részében azt elemeztük, miképpen alakul a felnőtt korban, valamilyen trauma következtében kerekesszékre került emberek önéletrajzi emlékeinek felidézése. A felnőtt korban sérült mozgáskorlátozott emberek emlékezeti felidézését befolyásolja a trauma elszívódése. A maradandó fizikai károsodást okozó sérülés identitáskrízishez vezet, amely az emlékezeti görbe lefutását jelentősen befolyásolja. *Hipotézisünk* a következő: Ha igaz Fitzgerald self-narratív hipotézise a reminiscencia hatás magyarázatára, akkor a sérülés után bekövetkező identitáskrízis és identitás-alakulás miatt reminiscencia-hullámot tapasztalhatunk az emlékezeti felidézés áramában.

A vizsgálatban szereplő emberek és felhasznált módszerek

Vizsgálati minta

A szűken vett kutatásba 14 felnőttkorban sérült, lakóotthonban, vagy saját családjával élő mozgáskorlátozott ember vett részt. Olyan személyeket kerestünk, akiknél a sérülés egy hosszabb, ép mozgású életszakasz után következett be, akik a sérülés előtti életükben az identitás-alakulás fázisait ép mozgásúként átélve már kialakították identitásuk bizonyos elemeit.

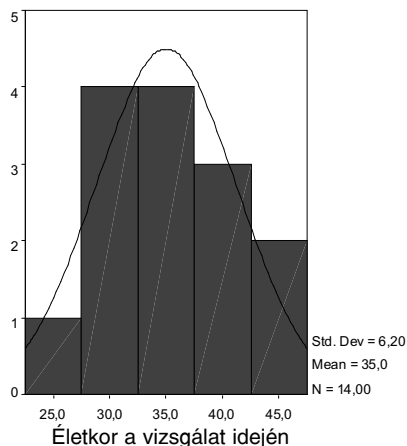
A vizsgálati személyek kiválasztásának kritériumai a következők voltak:

- Kerekesszék használata

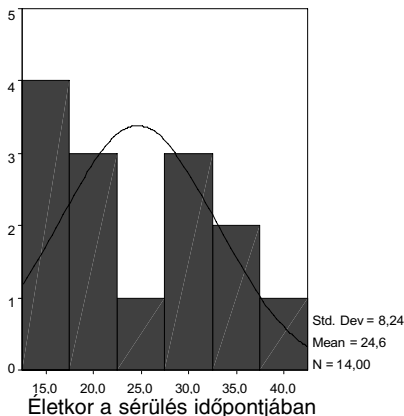
¹ A jelen tanulmányban említett vizsgálatra egy tágabb kutatás részeként került sor. A vizsgálati minta és az itt megfogalmazott kérdésfeltevések ennek megfelelően a tágabb doktori kutatásnak csak egy részletét jelentik. A kutatás a Fogyatékosok Esélye Közalapítvány P24/3/5 számú pályázatának támogatásával készült.

- Az önellátás közel azonos szintje
- Életkori kritérium (felnőtt kor; a sérülés időpontja lehetőleg kamaszkor (18 év) utáni életszakaszra essen)
- Önkéntes részvétel

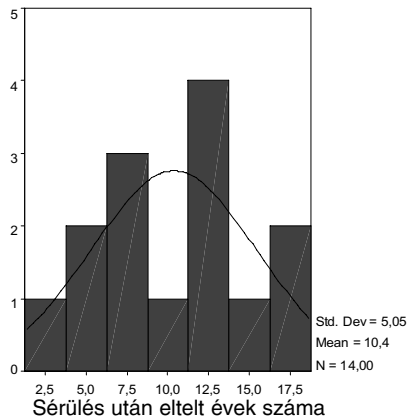
Életkori átlag a vizsgálat idején: 35 év (SD = 6,20). A legfiatalabb személy 23, a legöregebb 45 éves volt. Az életkor a trauma következtében sérült csoportra nézve normális eloszlású (Kolmogorov-Szmirnov teszt: $p > 0,05$) (1. ábra). A kérdésfeltevéseink megválaszolásához fontos volt megvizsgálni az egyének életkori átlagát a sérülés időpontjában, valamint a sérülés óta eltelt évek számát (ld. 2 és 3. ábrát). A sérülés időpontjában az életkori átlag 24,64 év (SD = 8,24). A legfiatalabb személy 14, a legidősebb 39 éves volt a sérülés időpontjában. Az életkor a sérülés idején a 14 fős mintában normális eloszlású (Kolmogorov-Szmirnov teszt: $p > 0,05$). A sérülés óta eltelt időt tekintetében a mintában a sérülés után minimum 2,



1. ábra: Az életkor eloszlása a később sérült mozgáskorlátozott csoportban



2. ábra: Az életkor eloszlása a sérülés időpontjában



3. ábra: A sérülés után eltelt évek csoportbeli eloszlása

maximum 18 év, átlagosan 10,36 év telt el ($SD = 5,05$). A vizsgálati személyek közül többeknek 7, illetve 12 évvel korábban történt a sérülése a vizsgálat idejéhez viszonyítva.

A vizsgálati helyzet

A vizsgálatra négy szemközti helyzetben, nyugodt körülmények között került sor. A vizsgálat során kikérdeztük a vizsgálatban részt vevők alapvető demográfiai adatait, valamint az önellátás szintjét (FIM – Széll, 2000). Felvettünk továbbá egy megküzdési preferenciákat vizsgáló kérdőívet (Oláh, 1987), s csak ezután következett az önéletrajzi interjú. A beszélgetést minden alkalommal magnóra rögzítettük. Egy-egy vizsgálat átlagosan másfél-két órán keresztül tartott.

Módszerek

Az emlékek gyűjtésénél McAdams félig strukturált interjútechnikáját (1993) vettük alapul.

A McAdams által kidolgozott interjú protokoll során 7 témakörben, területen gyűjtöttünk önéletrajzi emlékeket. Bár a vizsgálatban a mcadams-i interjú protokoll valamennyi tématerülete szerepelt, a jelen kutatásban pusztán az első témakörben felidézett emlékek feldolgozásának eredményeiről számolunk be. A vizsgálatban alkalmazott instrukció a következő volt:

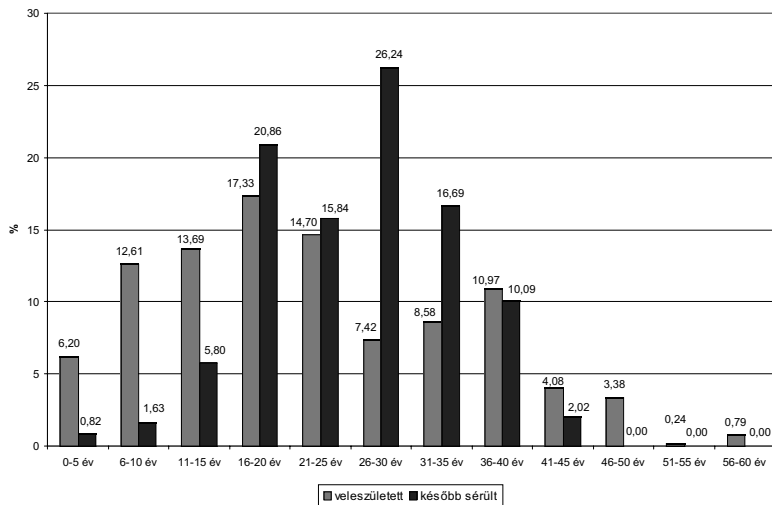
„Gondoljon az életére úgy, mintha az egy könyv volna. Élete minden jelentősebb szakasza a könyv egy-egy fejezete. Ez a könyv a jelen pillanatban még nem befejezett, de biztosan van már néhány érdekes fejezete. Gondolja át, milyen fejezetekből áll az Ön életének története, és milyen emlékek jellemzik leginkább az egyes fejezeteket.”

Vizsgálati személyeink összesen 208 emléket idéztek fel az első kérdésre. Amennyiben a vizsgálati személy nem említette életkorát a felidézett eseménnyel kapcsolatban, akkor erre külön rákérdeztünk. Fiztgerald módszerét alapul véve kizártuk a feldolgozásból azokat az emlékeket, amelyeket időben nem tudtak lokalizálni a vizsgálati személyek. Kizártuk továbbá azokat a történeteket, amelyek nem a vizsgálati személyek emlékei, hanem szülei, rokonaik elbeszéléséből átvett élettörténeti események voltak. Végül kizártuk a feldolgozásból azokat az interjúrészleteket, amelyek emlékhöz nem köthető, általános kijelentések voltak, vagy a vizsgálati személy jelen élethelyzetére vonatkoztak.

Eredmények

Az emlékek kronologikus időbeli eloszlása.

Első lépésként az emlékek kronologikus életkori eloszlását vizsgáltuk. Elemzésünkben azonban figyelembe kellett venni a tényt, hogy a vizsgálati minta heterogén volta miatt nem volt lehetséges csak idős korú, felnőtt korban sérült személyek vizsgálati mintába való beválogatására. Másrészt számolnunk kellett azzal a ténnyel, hogy vizsgálati személyeink különböző életkorúak voltak sérülésük bekövetkeztekor. Feltételezhető volt tehát, hogy a különböző életkorban bekövetkezett sérülés és identitáskrízis más-más életkori szakaszokban eredményezi a reminiscencia görbe megemelkedését. Mivel ezek a hatások az egész vizsgálati minta reminiscencia-görbéjére nézve együttesen hatnak, megzavarhatják annak lefutását, módosíthatják a Fitzgerald által leírt reminiscencia-hullámot. A felnőtt korban sérült mozgáskorlátozott emberek emlékezeti felidézését vizsgálva ez a feltételezés beigazolódott (4. ábra).



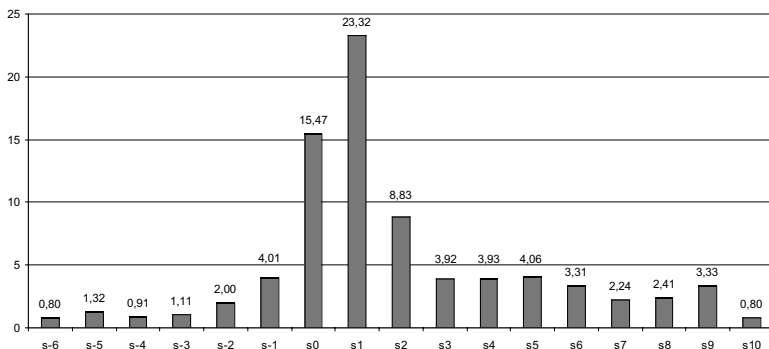
4. ábra: Az emlékek százalékos eloszlása kronologikus életkori szakaszokban

A trauma következtében sérült személyek reminiscencia görbéjének lefutása kronologikus eloszlás esetén nem illeszthető egyetlen hullámra, a görbében több csúcs is található. A görbe az emlékezeti felidézés magasabb százalékos arányát mutatja a 16-35 évet kitöltő életkori szakaszokban (16-20 év: 20,86%; 21-25 év: 15,84%; 26-30 év: 26,24%; 31-35 év: 16,69%). Az emlékek legnagyobb százaléka a 16-20 éves életkori szakaszban, valamint 31-35 éves

kor közötti periódusban jelentkezik. A reminiscencia megemelkedéséért feltehetően több tényező együttes hatása is felelőssé tehető. Az első csúcs életkori szakaszát minden csoporttag átélte, így az e szakaszból felidézett emlékek elméletileg több személytől származtak, mint a későbbi övezetek esetében. A korai csúcs másik lehetséges magyarázata az identitás – alakulás kitüntetett korszaka. A második csúcs közel esik a csoport életkori átlagához, ami szintén eredményezhet nagyobb arányú emlékezeti felidézést. Harmadik tényezőként felmerülhet a sérülés időpontjának módosító hatása is: a min-tában szereplő személyek közül a 15-20 éves életkori szakaszban és 30 éves kor körül többen sérültek, mint más életkorokban. Hogy az eltérő életkorokat kiszűrjük, és vizsgálatunkban valóban pusztán a trauma identitás-alakító hatását tudjuk megragadni, elemzésünket úgy módosítottuk, hogy az önéletrajzi emlékek eloszlását sérülés-specifikus szempontból is megvizsgáltuk.

Az emlékek sérülés-specifikus eloszlása

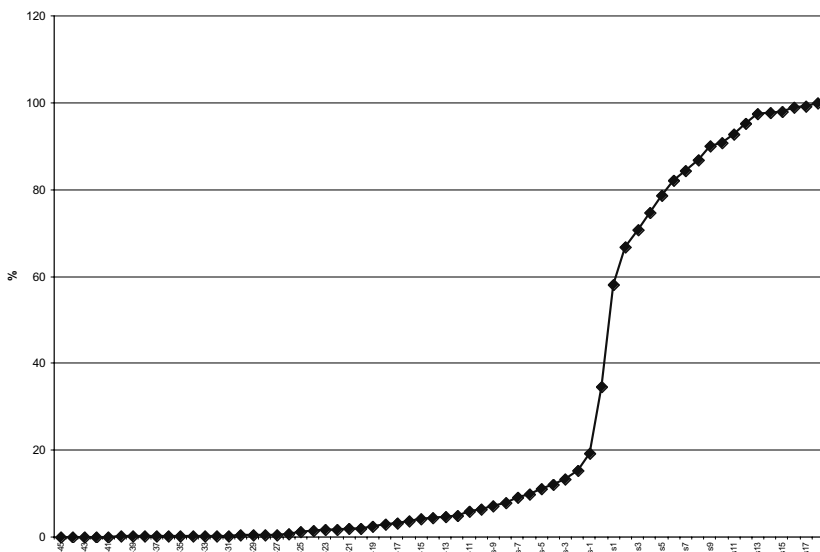
A sérülés időpontját alapul véve megvizsgáltuk az emlékek eloszlását a sérülés időpontjában, a sérülést megelőző, és az azt követő életszakaszban. A pontosabb elemzés érdekében az emlékek besorolásakor részletesebb (évenkénti) felbontást alkalmaztunk. Továbbá az emlékek besorolásánál külön jelenítettük meg a sérülés időpontjára vonatkozó emlékeket az azt megelőző, és az azt követő életév emlékeitől. Ennek megfelelően a 0 pont a sérülés időpontját, az egyes szakaszok pedig az ettől való, életkorokban számolt eltérést jelentik. A negatív életkorok azt jelzik, hogy az adott életkori



5. ábra: Az emlékek sérülés-specifikus százalékos eloszlása a sérülést megelőző 6. évtől a sérülést követő 10. évig

szakaszra vonatkozó emlék a trauma bekövetkezte előtt mennyi évvel történt. Az elemzés megkönnyítésére elkészítettük az emlékek százalékos koreloszlásának diagramját, a sérülést megelőző 6. évtől a sérülést követő 10. évig húzódó időszakra vonatkozóan (5. ábra).

Megemelkedett emlékezeti felidézést tapasztalunk (s-1-től s5-ig) a traumát közvetlenül megelőző egy évből, a sérülés időpontjában és az azt követő 5 év szakaszából. A sérülés előtti életév (s-1) megemelkedett emlékezeti felidézése abból adódik, hogy a vizsgálatban résztvevő személyek a baleset bekövetkeztét nagyon gyakran életkori kontextusba helyezték. Elmesélték, hogyan éltek közvetlenül azelőtt, hogy a sérülés bekövetkezett volna. A diagrammot vizsgálva elmondható, hogy a sérülés-specifikus eloszlás szerinti görbe szűkebb reminiscencia övezete a sérülés időpontjától számított első két év korszakára esik (s0: 15,47%; s1: 23,32%; s2: 8,83%). Az adaptáció másik korszakára utal a többi övezethez képest magasabb emlékezeti felidézés a sérülést követő 3. – 5. évig terjedő szakaszból. Az emlékek felidezésének kumulatív görbéjén (6. ábra) még szembetűnőbben rajzolódik ki a sérülést közvetlenül követő időszakból felidézett élettörténeti emlékek számának markáns megemelkedése.



6. ábra: Az emlékek sérülés-specifikus százalékos eloszlásának kumulatív görbéje

Megbeszélés

Vizsgálataink egyértelműen bizonyították, hogy a fizikai sérülést követő állapot leírható az identitás-vesztés és az új identitás formálódásának folyamatában. A korábbi identitás érvényét veszti, nem horgonypontja a világban való tájékozódásnak többé. Vizsgálati személyeink szinte alig idéztek fel a trauma előtti életükből emlékeket. A baleset utáni megemelkedett emlékezeti felidézés ugyanakkor utal az új identitás kialakításának sürgető voltára, megerősítve ezzel Fitzgerald self-narratívum hipotézisét. A sérülés körüli emlékezeti csúcs szemléletesen jelzi, milyen drasztikusan következik be az identitásvesztés. Az a tény, hogy a sérülés utáni időszakból felidézett emlékek esetében egyértelműen megemelkedik a reminiscencia-görbe, arra utal, hogy a reminiscencia-hatás összefüggésben van a self-kohézióval. Az ekkor történt események olyan erősen én-közeliek, hogy alapvető horgonypontjai lesznek az újonnan formálódó identitásnak, s később fontos mérföldkövei a visszatekintésnek és az önértékelésnek (Papp, Marno, Kónya, 2004). Ezek a történetek – self-narratívumok – úgy is tekinthetők, mint az önmagunkkal kapcsolatos eseményekről való gondolkodás. Konstrukció, bizonyos értelemben az emlékezés terméke, amely az új, konzisztens identitás kialakulásának folyamatába ágyazódik. Az új identitás megszilárdulásának nemcsak nyelviszerkezeti, hanem formai jegyei is vannak, amennyiben megjelennek a trauma-feldolgozás és a hatékony megküzdés jeleként a trauma identitás-témává alakítása, a cselekvéses narratívumok (László, 2005). A reminiscencia-hatás ennek a folyamatnak a jeleként értelmezhető.

Irodalom

- BARCLAY, C. R. (1996) Autobiographical Remembering: Narrative Constraints. In: Rubin, D. C. (ed.) *Remembering our Past. Studies in Autobiographical memory*. 94-125. Cambridge, University Press
- BARCLAY, C. R., SMITH, T. S. (1992) Autobiographical Remembering: Creating Personal Culture. In: Conway, M. A., Rubin, D. C., Spinnler, H. and Wagenaar, W. A. (eds.) *Theoretical perspectives in autobiographical memory*. 75-97. Kluwer Academic Publishers, Amsterdam
- BREAKEY, J. W. (1997) Body Image: The Inner Mirror. *Journal of Prosthetics and Orthotic*, Vol. 9., No. 3., 107-112.

- DÉVAI M., SÍPOS M. (1986) *A Tenesse – énképskála. Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban*. Módszertani füzetek. 36. OPI, Budapest
- DODDS, A. G. (1991) The Psychology of rehabilitation. *The British Journal of Visual Impairment*, July, 38-40.
- DODDS, A. G. (1993) *Rehabilitating Blind and Visually Impaired People. A psychological Approach*. Chapman & Hall, London
- ERIKSON, E. H., (1985) [1957] Az emberi fejlődés nyolc szakasza. In: Szakács F., Kulcsár Zs. (szerk.) *Személyiséglélektani szöveggyűjtemény, II. Elméleti irányzatok*, 160-175. Tankönyvkiadó, Budapest
- ERŐS F., EHMANN B. (1996) Az identitásfejlődés tükröződése az önéletrajzi elbeszélésben. In: Erős F. (szerk.) *Azonosság és különbözőség*. 96-113. Scientia Humana, Budapest
- ERŐS F., EHMANN B. (1997) Jewish Identity in Hungary. A narrative model suggested. In: Hadas M., Vörös M. (eds.) *Ambiguous Identities in the New Europe, Replika*, 121-133.
- FEATHERSTONE, M., HEPWORTH, M., TURNER, B. S. (szerk.) (1997) *A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória*. József Kiadó, Budapest
- FEJES A. (1997) *NYILTAN vagy ZÁRKÓZOTTAN? Válogatott rehabilitációs lélektani tanulmányok*. A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai 18., Budapest
- FIZTGERALD, J. M. (1992) Autobiographical Memory and Conceptualizations of the Self. In: Conway, M. A., Rubin, D. C., Spinnler, H., Wagenaar, W. A. (eds.) *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory*, 99-115. Kluwer Academic Publishers, Amsterdam
- FRANK, R. G., UMLAUF, R. L., WONDERLICH, S. A., ASKANAZI, G. S., BUCKELEW, S. P., ELLIOTT, T. R. (1987) Differences in Coping Styles Among Persons With Spinal Cord Injury: A Cluster-Analytic Approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 55, No. 5, 727-731.
- GERGEN, K. J., GERGEN, M. M. (2002) [1998] A narratívumok és az én mint viszonyrendszer. In: László J., Thomka B. (szerk.) *Narratívák V, Narratív pszichológia*. 77-119. Kijarat Kiadó, Budapest
- Identity and Difference*. 7-63. Sage Publication, London
- KANYÓ T. (szerk.) (2002) *Emigráció és identitás. 56-os menekültek Svájcban*. L'Harmattan – MTA Kisebbségkutató Intézet, Budapest

- KATZ, V., GORDON, R., IVERSEN, D., MYERS, S. (1978) Past history and degree of depression in paraplegic individuals. *Paraplegia*, 16, 8-14.
- KENDE A. (2002a) Testazonosság és identitás. A különböző testfelfogások szerepe az önefogadásban. In: Csabai M., Erős F. (szerk.) *Testbeszédek*. 61-84. Animula, Budapest
- KENDE A. (2002b) „Sikertelen” testek, testükkel megjelölt csoportok. In: Csabai M., Erős F. (szerk.) *Testbeszédek*. 150-187. Animula, Budapest
- KÓNYA A. (1997/98) A személyes emlékek társas természete. *Magyar Pszichológiai Szemle*, LIII. 37, 5-6, 545-559.
- KÜBLER-ROSS, E. (1988) *A halál és a hozzá vezető út*. Gondolat, Budapest
- LÁSZLÓ J, EHMANN B, PÉLEY B, PÓLYA T. (2000) A narratív pszichológiai tartalomelemzés: elméleti alapvetés és első eredménye. *Pszichológia*, 20, 4, 367-390.
- MARCIA, J. E. (1966) Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*. 3, 551-558.
- MARTON L. M. (1970) Tanulás, vizuális-poszturális testmodell és a tudat kialakulása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 27, 182-199.
- MAYINARD, F. (1991) Recognizing Typical Coping Styles of Polio Survivors can Improve. Re-rehabilitation, *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, Vol. 70., No. 2., April 1991,
- MCADAMS, D. P. (1993) *The Stories we live by. Personal Myths and the Making of the Self*. William Morrow and Company, INC, New York
- MCADAMS, D. P. (2002) [1988] A történet jelentése az irodalomban és az életben. In: László J, Thomka B. (szerk.) *Narratívák V., Narratív pszichológia*. 77-119. Kijárat Kiadó, Budapest
- MORRIS, D. (1990) [1985] *Testközelségben. Az emberi faj útikalauza*. Gondolat, Budapest
- OLÁH A. (1987) A Megküzdési Mód Preferencia Kérdőív tesztkönyve. Kézirat, ELTE, Személyiség és Klinikai Pszichológiai Tanszék, Budapest
- OLÁH A. (1993) *Szorongás, megküzdés és megküzdési potenciál*. Kandidátusi disszertáció, Budapest
- OLÁH A. (2005) Megküzdés és pszichológiai immunkompetencia: Konstruktumok és mérőeszközök. In: Oláh A. *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei*. 52-112. Trefort kiadó, Budapest
- PAPP, O., MARNO, H., KÓNYA, A. (2004) A narratív self emlékezeti tükröben. A reminiscenciahatás elméletének kifejlesztése a narratív

- koherencia irányába. *Magyar Pszichológiai Szemle*, LIX., 3., 321-344.
- PATAKI F. (1997) Az önéletírás „dramaturgiája”: Élettörténeti forгатókönyvek. Előzetes áttekintés. *Pszichológia*, 17, 4, 339- 389.
- PATAKI F. (2000) Életesemények és identitásképzés. *Pszichológia*, 20, 4, 331-366.
- PENNEBAKER, J. W., (2002) [1993] A stressz szavakba öntése: egészségi, nyelvészeti és terápiás implikációk. In: László J., Thomka, B. (szerk.) *Narratívák V., Narratív pszichológia*. 189-205. Kijárat Kiadó, Budapest
- PILLEMER, D. B. (2003) Directive functions of autobiographical memory: The guiding power of the specific episode. *Memory*, 11, 2, 193-202.
- SCHULZ, R., DECKER, S. (1985) Long-Term Adjustment to Physical Disability: The Role of Social Support, Perceived Control, and Self-Blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 48, No. 5., 1162-1172.
- SHILLING, C. (1997) The Body and Difference. In: Woodward, K. (ed.) *Identity and Difference*. 63-121. Sage Publication, London
- SZÉLL I. (2000) Állapotfelmérés és tervkészítés a rehabilitáció folyamatában. In: Huszár I, Kullmann L, Tringer L. (szerk.) *A rehabilitáció gyakorlata*. 78-91. Medicina, Budapest
- THOMSON, R. G. (1997a) Feminist Theory, The Body and the Disabled Figure. In: Davis, L. J. (ed.) *The Disability Studies Reader*. 279-292. Routledge, New York
- THOMSON, R.G.(1997b) Body Criticism as a Context for Disability Studies. *Disability Studies Quarterly*, 17, 297-300.
- WENDELL, S. (1997) Toward a Feminist Theory of Disability. In: Davis, L.J. (ed.) *The Disability Studies Reader*. 260-278. Routledge, New York
- WOODWARD, K. (1997) Concept of Identity and Difference. In: Woodward, K. (ed.)
- ZEIDNER, M., ENDLER, N. S. (eds.) (1996) *Handbook of Coping. Theory, Research Applications*. John Wiley & Sons, INC., New York

TOVÁBBKÉPZÉS

*ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar (Budapest)
Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet*

Jövőnk, jelenünk tükrében*

DR. TORDA ÁGNES

A magyar gyógypedagógusok egyesületi életének jelentős rendezvénye az évenként tartott szakmai konferencia. A szervezők mindig is fontosnak tartották, hogy a rendezvényen szó essen a közoktatási változásokról, azok rövid és hosszabb távon várható hatásairól. Más előadók mellett 2001-ben Esztergomban, 2003-ban Salgótarjánban a fogyatékoság megállapításáról és az integrációs folyamatokról, 2004-ben Pécsen a gyógypedagógiai közoktatási intézmények átalakulásáról, 2006-ban Hódmezővásárhelyen pedig a fenti címmel tartott előadásomban volt lehetőségem a közoktatás változásainak összefoglalására és értékelésre (Torda, 2002, 2004).

A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról rendelkező 2003. évi LXV. törvény bevezetése szükségessé tette, hogy egyre intenzívebben foglalkozzunk szakmánk jövőjével, ideértve a gyógypedagógiai intézményrendszer átalakulását, a tágran értelmezett gyógypedagógiai tevékenység tartalmának változását, a pedagógiai szolgáltatások szerepének módosulását. Mindeközben nem feledkezhetünk meg arról, hogy e gyorsan változó pedagógiai környezet fókuszában a sajátos nevelési igényű gyermek érdekei és igényei állnak, s változatlan gyógypedagógiai feladatunk a gyermek nevelési-oktatási igényének legteljesebb körű figyelembevétele és kielégítése.

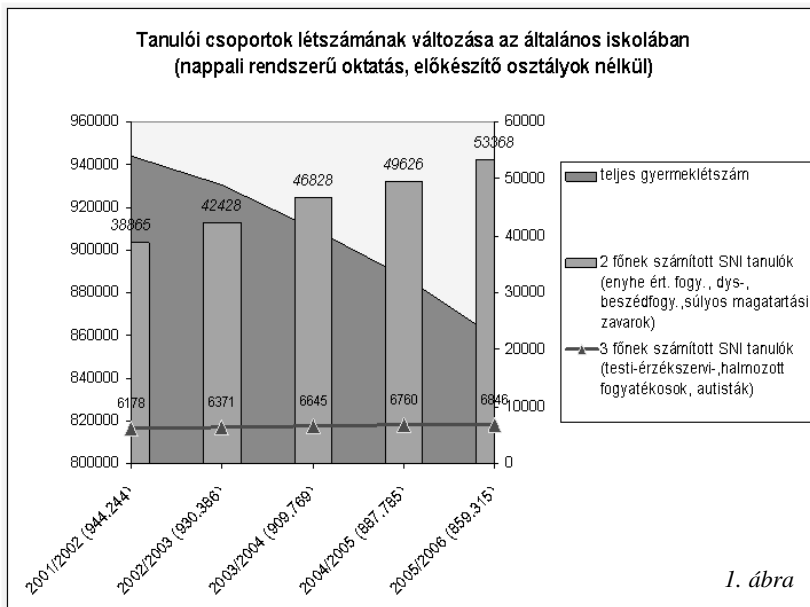
* A Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédiai Társaság és a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete XXXIV. Országos Szakmai Konferenciáján (Hódmezővásárhely, 2006. június 22-én) plenáris ülésen elhangzott előadás szerkesztett, kibővített változata.

A jelen megértése és a jövő megrajzolása azon három mutató elemzésére épült, amelyek önállóak, de ugyanakkor szorosan összetartoznak. Kiemelésüket az is indokolta, hogy hosszabb ideje állnak figyelmünk középpontjában, s kiemelt szerepüket mi sem bizonyítja jobban, mint hogy éppen ezekre a területekre irányult az NFT I. HEFOP közoktatási támogatásainak egy része is (lásd: hivatkozások).

Előadásomban bemutattam a tanulói csoportok létszámának és összetételének, valamint a közoktatási intézmények tartalmi munkájának változását, továbbá a tanulók pedagógiai ellátásának alakulását. Részletesebb elemzésre akkor az időkorlátok miatt nem volt lehetőség, így jelen beszámoló kísérlet ennek pótlására. A 2006 nyarán elhangzott előadás óta azonban olyan jelentős közoktatási változások terveit ismertük meg, majd ezek törvényszintre emeléséről értesültünk, hogy mindezek szükségessé teszik eddig való tudásunk és gyakorlatunk felülvizsgálatát és újraértékelését (2006. CXCI. törvény a közoktatásról, OKM Közlemény 2007). Ennek elvégzésére ez alkalommal nem kerülhet sor, hiszen nem rendelkezünk még azzal az időtávval, amely feljogosít a visszatekintésre és értékelésre, nem zajlottak le azok a szakmai viták, melyek keretében a gyógypedagógiai érdekek és szempontok megfogalmazódnak.

A sajátos nevelési igényűek csoportjába sorolt gyermekek és tanulók száma az ezredfordulótól kezdődően gyors növekedést mutatott. Ez a növekedés akkor sem állt meg vagy mérséklődött, amikor ennek szükségessége mindenki számára egyre nyilvánvalóbbá vált, és egyre nehezebben volt magyarázható az a helyzet, hogy miközben a közoktatásban részt vevő gyermekek száma rohamosan csökken, a sajátos nevelési igényűek száma meredeken emelkedik. A jelenség lehetséges értelmezéséhez azt a statisztikai adatot is ismernünk kell, hogy a sajátos nevelési igényűek átfogó kategóriáján belül nem minden alcsoportban volt tapasztalható a csoportlétszám növekedése, hanem elsősorban és szinte kizárólag abban a csoportban, ahová a pszichés fejlődés zavarával küzdők sorolódtak. Azzal szembesültünk, hogy valójában egyetlen diagnosztikus kategóriába sorolt gyermekek száma növekszik, éppen abban a csoportban, melynek besorolási kritériumai kezdetektől fogva bizonytalanok voltak, s mely diagnosztikus mutatók korrekt, objektív definiálása a mai napig sem történt meg. Ábránk meredeken lejtő grafikonja a közoktatásban részt vevő tanulók létszámának alakulását mutatja, melynek tendenciájával ellentétes irányú változást mutat a sajátos nevelési igényűek bizonyos csoportjainak (akik az osztály/csoport alakításában két főként vehetők figyelembe) gyors és dinamikus növekedése. Ezen csoportokba tartoznak az enyhe fokban értelmi fogyatékosok, a pszichés fejlődés zavarával küzdők, továbbá a beszéd fogyatékosok. Ha a létszámokat

diagnosztikus kategóriákba rendezzük, kitűnik, hogy gyors növekedés állapítható meg a pszichés fejlődés zavarával küzdők csoportjában. A súlyosabb, sok esetben halmozott fogyatékosok aránya változatlannak tekinthető (1.számú ábra).



Annak okát, hogy miért növekszik a sajátos nevelési igényűek egy bizonyos csoportjának száma, sokkal inkább környezetünkben, mint gyermekeink biológiai állapotának, fejlettségének és fejlődési lehetőségeinek drámai romlásában kell keresnünk. Válogatva a sokféle magyarázat közül, azokat tekintsük át, melyek paradox módon önmagukban kedvezőek, következményeikben mégis kedvezőtlennek tekinthetők.

A pedagógiai környezet kedvező változásával az elmúlt évtizedben egyre több pedagógus szerzett ismereteket a pszichés fejlődés zavarairól és tüneteiről, s így fontosnak tartotta és javasolta a problémás gyermek pedagógiai, gyógypedagógiai és pszichológiai vizsgálatát. Ugyancsak ezekben az években az óvodákban, iskolákban megjelentek a gyógypedagógusok, akik rendelkeztek a gyermekek és tanulók gyógypedagógiai-rehabilitatív ellátásához szükséges kompetenciákkal. A közoktatási intézményekben egyre nőtt a fejlesztőpedagógiai végzettséggel és tudással, tanfolyami ismeretekkel rendelkezők száma, így sokan váltak alkalmassá a

gyermekkel való foglalkozásban az egyéniesített, differenciált bánásmód megvalósítására. Tanúi, résztvevői és közreműködői lettünk egy új pedagógiai tudás és professzió fejlődésének, amit megerősítettek a pályázati úton elnyerhető támogatások is. Ugyancsak ösztönző volt az, hogy az európai közösséghez való csatlakozásunk után – követve a közösség oktatáspolitikai céljait – számunkra is kiemelt pedagógiai célként és feladatként jelent meg a hátrányos helyzetű, sérült, akadályozott, fogyatékos gyermekek fokozott segítése, integrálása.

Öröndöletesen nőtt a pedagógiai pezsgés és buzgalom, de szembesültünk azzal is, hogy a beindult folyamatok nyomán keletkező szülői, tanulói és pedagógusi igények megfelelő színvonalát biztosítani egyre nehezebb és egyre költségesebb. Az 1993-ban korszerűen és célszerűen kialakított működési modell, mely szerint az akkor még „más fogyatékosnak” nevezett gyermekek jogosultságainak megállapítója a szakértői és rehabilitációs bizottság, az ellátás pedig a többi fogyatékossal azonos módon szervezendő és biztosítandó, egyre inkább teherré vált és megvalósításában egyre inkább torzult. Tapasztaltuk, hogy a tanulók rehabilitációs foglalkozásait nem gyógypedagógus végezte, hanem a gyógypedagógus által „irányított” pedagógus, jobb esetben olyan, aki rendelkezett fejlesztő, differenciáló pedagógiai végzettséggel. Tapasztaltuk, hogy egyre több olyan óvoda, iskola jelent meg a közoktatási piacon, melyekben elsősorban vagy kizárólag a pszichés fejlődés zavarával küzdők ellátása folyt, így megjelent a szegregáció egészen új formája, amelyben a jó intellektusú, de problémás tanulókat elkülönítették az ugyancsak jó intellektusú, de problémamentesektől. Ily módon olyan tanulókat szegregáltak, akik részére a közoktatási rendszerben korábban soha nem működött külön intézmény. S végül tapasztaltuk, hogy ezeknek a változásoknak mindvégig megkerülhetetlen szereplői a pedagógiai szakszolgálatok, amelyek egyre nehezebben tudnak eleget tenni a kórosan és feltartóztathatatlanul növekvő diagnosztikai igényeknek.

Azok a pedagógiai szakszolgálatok, melyek létesítése a hetvenes évekre nyúlik vissza, működésükben és szemléletükben hordozzák a magyar gyógypedagógia, pszichológia (gyógypedagógiai pszichológia) legnemesebb hagyományait, a szakalkalmazottak pedig féltik és őrzik a terápia méltóságát, a komplex vizsgálat klasszikus értékeit. Az intézmények szakmailag alkalmasak arra, hogy lépést tartsanak a közoktatás gyors változásával. Az utóbbi években azonban egyre nagyobb terhet jelentett számukra a diagnosztikus munka mennyiségének folyamatos növekedése, ami veszélyeztette további szolgáltatásaik színvonalát. Pedig éppen a gyermekek vizsgálatán túli feladataikban tudták volna követni, ellenőrizni és értékelni a sajátos nevelési igényűként diagnosztizált gyermekek közoktatási ellátását.

A növekvő esetszám ellátása ismét felveti a különleges szakértelemmel végezhető munka felelősségét. Miként működhet olyan országos mérőrendszer, melyben nem egységes a diagnosztikus munka tartalma és eljárásrendje? A jobb, az átlagos vagy a rossz feltételek között működő intézmények közös gondja, hogy a főváros, a megye és a megyei jogú város mint fenntartó eltérően gondoskodik intézményei működési feltételeiről, és nincs olyan központi szervezet, amelynek feladata lenne a közös fejlesztések koordinálása, a kutatások támogatása, az eredmények átadása a gyakorlatnak és nem utolsósorban a működési feltételek ellenőrzése és értékelése.

A diagnosztikus munka feltételei és keretei szabályozottak. Ennek ellenére azt tapasztaljuk, hogy a diagnosztikus tevékenység tartalma és eszközei intézményenként eltérőek, elsősorban a rendszeres szakmai egyeztetés és az elfogadott szakmai protokoll hiányában. Az intézményi működés feltételeinek és a bennük folyó munka tartalmának különbözősége együttesen eredményezik azt az eltérést, ami az országos statisztika megyénkénti bontása kapcsán szembeötlő és nehezen érthető. Mindezek enyhítésére és kivédésére indult a HEFOP 2.1.B komponens keretében két program, a szakértői és rehabilitációs bizottságok minőségfejlesztése és egy korszerű intelligenciavizsgáló eszköz hazai sztenderdjének elkészítése.

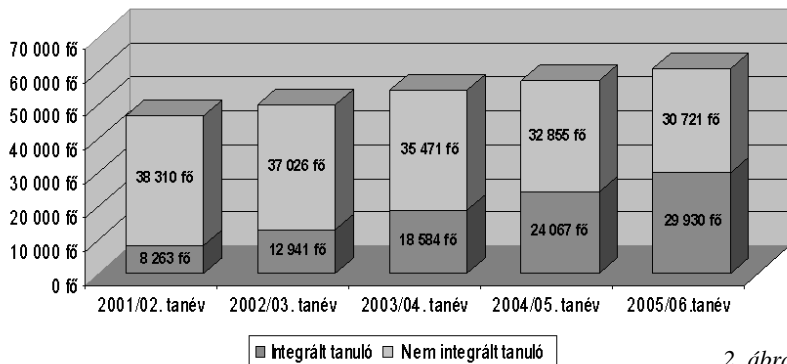
Ez a segítség feltehetően túl későn érkezett ahhoz, hogy mérsékelhetőek lennének a közoktatást torzító folyamatok. A 2006/2007. tanévben a pszichés fejlődés zavarával küzdők száma majdnem megegyezik a korábban legmagasabb létszámú csoportot alkotó enyhe fokban értelmi fogyatékosok számával. A pszichés fejlődés zavarával küzdők több mint 94-95 %-a integrált nevelésben és oktatásban vesz részt, így viszonylag rövid idő alatt elértük azt, hogy a sajátos nevelési igényűek majdnem 50 %-a integrált elhelyezésű. De mindeközben alig történik tanulói mobilitás a szegregációból az integráció felé, nem indult meg az általános iskolák mellett működő tagozatok felülvizsgálata, főként azokat a tanulókat integráljuk, akiknek nincs, korábban sem volt és remélhetően a jövőben sem lesz külön iskolájuk.

Ennek veszélyei egyre nyilvánvalóbbak. Az intézmények számára súlytalanabb az integrációból adódó felelősség és kötelesség, az a hamis illúzió jelenik meg, hogy megfelelték az integráció kihívásának, felkészültek az integrációs feladatok ellátására. Az évről évre követett statisztikai mutatók szerint az enyhe fokban értelmi fogyatékosok integrációja lassú folyamat, a szegregált tagozatokból kevés tanuló lépett át a többségi osztályokba. Ebből következően az integrációhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek hiányossága vagy elégtelensége kevésbé jár súlyos következményekkel. Ilyenkor nem olyan nyilvánvaló annak belátása, hogy a szakszerű

gyógypedagógiai ellátás hiánya és a rehabilitáció elmaradása súlyosan károsítja a gyermek fejlődését (2. ábra)

Tanévek	Összes tanuló	Ebből integrált tanuló	
2001/02. tanév	46 573 fő	8 263 fő	18%
2002/03. tanév	49 967 fő	12 941 fő	26%
2003/04. tanév	54 055 fő	18 584 fő	34%
2004/05. tanév	56 922 fő	24 067 fő	42%
2005/06. tanév	60 651 fő	29 930 fő	49%

Magyarországon az SNI tanulók arányának alakulása

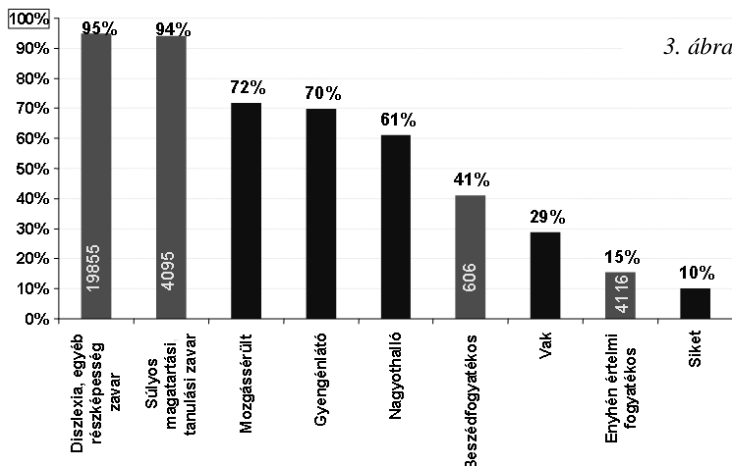


2. ábra

A statisztikai adatok fogyatékosági csoportok szerint való vizsgálata mutatja, hogy az elmúlt tanévben integráltan tanuló sajátos nevelési igényűek (29 930 fő) többsége a pszichés fejlődés zavara miatt sorolódott az SNI csoportba s jelent meg azonnal integrált tanulóként (3. ábra).

Az integrált nevelés-oktatás gyors terjedése megváltoztatta a közoktatási intézmények világát. A gyógypedagógiai nevelésben-oktatásban való részvétel sok esetben rangot és előnyöket is hozott az intézménynek. Bizonyos pályázatok elnyerésében megnöttek esélyeik, egyfajta tudásközponttá alakultak, több területen alkalmassá váltak jó gyakorlataik átadására és multiplikálására. Ezzel egyidejűleg a gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézmények körében is megindult az átrendeződés, mint ahogy azt 2004-ben a MAGYE szakmai konferencián valószínűsítettük. Valóban megjelentek az óriás- és törpeintézmények, attól függően, hogy mennyire voltak képesek kiaknázni a szolgáltatási liberalizációból adódó lehetőségeket. Az önfejlesztő intézmények rendkívüli gyorsasággal létrehozták azokat az új szervezeti egységeket, melyek tevékenységei korábban nem is voltak jelen az intézmény szolgáltatói profiljában. Ezek többnyire terepen, helybe vitt

Integrált SNI 2005/2006. tanév



3. ábra

szolgáltatásként működnek. Megítélésünk szerint ma már némely intézmény a túlnövekedés kóros állapotába érkezett, aligha lehet a szerteágazó és sok esetben egymással össze nem egyeztethető tevékenységeket egy rendszerben kezelni.

Némi késéssel, de éppen napjainkban hasonló differenciálódási folyamat zajlik a pedagógiai szakszolgálatok körében is, ahol az egységes pedagógiai szakszolgálat létesítésének, továbbá a kistérségi pedagógiai szakszolgálat szervezésének lehetősége éppígy kiváltja az intézményi versenyt és annak következményeként a szolgáltatások sikeres bővítését vagy kényszerű szűkítését.

A 2006 júniusában elhangzott összefoglaló megállapításainkat az eltelt idő nemhogy halványította volna, hanem sokkal inkább megerősítette. Akkor legfontosabbnak ítéltük a gyógypedagógiai intézményrendszer, a gyógypedagógiai tevékenység és a gyógypedagógus védelmét. Ez a törekvés nem integrációellenes, hanem olyan integrációt pártoló, amelyben a gyógypedagógiai szolgáltatások nem válthatók fel más hasonlóval, a gyógypedagógus nem pótolható a fejlesztő pedagógussal, a gyógypedagógiai intézmény nevelő-oktató, szolgáltató funkciójának értéke nem csökken. Mára ennek a három feltételnek a garanciája még erősebb igénye a gyógypedagógiának. Ezek elérése nem lehetetlen, főként ha képesek vagyunk a szakmai ellenőrzést és értékelést megfelelő színvonalon és tartalommal rendszeressé tenni. A folyamatkövetés és visszacsatolás fokozottan érvényes követelmény a gyógypedagógiai integráló munkaformákban és tevékenységekben. A

Nemzeti Fejlesztési Terv II. kezdetének küszöbén kúszóbban feldereng annak esélye, hogy a megnyíló források támogatják ezt a fejlődési folyamatot.

Felhasznált irodalom:

TORDA Á. (2002): *A más fogyatékosok csoportjába sorolható gyermekek, tanulók diagnosztizálásának problémái.* Gyógypedagógiai Szemle XXX.évf. 2.szám p.113-117.

TORDA Á. (2004): *Átalakulási folyamatok a gyógypedagógiában.* Gyógypedagógiai Szemle XXXII.évf. 4.szám p.267-271.

Hivatkozások:

2006. CXXI.tv. A Magyar Köztársaság 2007.évi költségvetését megalapozó egyes törvények módosításáról. Magyar Közlöny 157.szám. p.12 473

Közlemény a pszichés fejlődés zavarai miatt a nevelési, tanulási folyamatban tartósan és súlyosan akadályozott tanulók ellátását érintő változásokról. OKM Köznevelési Szakállamtitkárság, OKM honlap

Nemzeti Fejlesztési Terv Humánerőforrás-fejlesztési Operatív Program 2.1. intézkedés – Hátrányos helyzetű tanulók esélyegyenlőségének biztosítása az oktatási rendszerben – központi programjának „B” komponense (Sajátos nevelési igényű gyermekek együttnevelése). Szakmai vezető Kapcsáné Némethi J.

Ábrák:

1. ábra Sárközi G. OKM munkatársa

2. ábra Varga D. G. (2007): A csongrádi általános iskolákban a sajátos nevelési igényű tanulók integrációs folyamatának bemutatása (Szakdolgozat ELTE BGGYFK pedagógus szakvizsgára felkészítő szakirányú képzésben).

Humbug vagy hatékony módszer? Kommunikációelméleti megfontolások az augmentatív kommunikációról*

DR. KÁLMÁN ZSÓFIA

1. Az AAK meghatározása és ami a definíció mögött rejlik

Az *augmentatív és alternatív kommunikáció* (AAK) a gyógypedagógia talán legfiatalabb ága. Múltja 40-50 évre tehető, azonban mint tudományág még ennél is fiatalabb. Az érintett gyógypedagógusok és szülők „csak” meg akarták oldani a rájuk bízott vagy velük élő beszédképtelen emberek kommunikációs problémáit, de szinte egyáltalán nem dokumentálták, elemezték vagy értelmezték úttörő munkáikat. Mindössze 20-30 évvel ezelőtt bukkantak fel azok, akiket már az észlelt jelenségek elméleti háttere is izgatott, s akik végül is megalkották a szakma paradigmarendszerét.

Ami a meghatározást illeti, a kifejezés az *augmento*, *augmentare* latin szóból származik, amelynek jelentése *kiegészíteni, kibővíteni, hozzátenni, gazdagítani*. A Pedagógiai lexikon (Kalman, 1997, 22) többek között a következőket írja:

„Augmentatív kommunikáció: az érthető beszéd hiánya következtében súlyosan károsodott kommunikációs funkció átmeneti vagy tartós pótlására szolgáló kommunikációs rendszerek csoportja.”

Az AAK kifejezésben az *alternatív* szó pedig arra utal, hogy a beszéd és a többi megszokott kifejezési mód – pl. hagyományos gesztusok, mimika, testnyelv stb. – helyett a sérültség súlyos volta miatt a beszédétől eltérő, néha szokatlan utakat kell használnunk. Kommunikációs segítségre pedig nem

* A Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédiai Társaság és a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete XXXIV. Országos Szakmai Konferenciáján (Hódmezővásárhely, 2006. június 22-én) plenáris ülésen elhangzott előadás szerkesztett, kibővített változata.

kevesen szorulnak: halmozottan, súlyosan fogyatékos személyek körében végzett felmérés során a reprezentatív mintában a kommunikációs képességekre vonatkozóan feltett kérdésre a vizsgált személyek *91,9%-ánál (!)* történt említés kommunikációs nehézségekről. Ezen belül 11,6% beszélt tartalmilag vagy formailag hibásan, míg 80,3% *egyáltalán nem kommunikált verbálisan* (Márkus, 2005, 85. és 91).

2. Makacsul túlélő, káros tévhitek

Bár elvileg nyilvánvaló, hogy ha valaki kommunikációfogyatékoságot eredményező beszédzavarral küszködik – legyen annak oka szülési agyi sérülés, baleset, előrehaladó idegrendszeri károsodás vagy bármi más –, az bizonyos kompenzatorikus technikákra szorul. Ennek ellenére sokan mégis megkérdőjelezik az AAK létjogosultságát. Holott az AAK-ra nem egyszerűen azért van szükség, mert a kommunikációfogyatékoság korlátozza a kognitív fejlődést és beszűkíti a szociális kapcsolatrendszert, s nem is pusztán azért, mert kiszolgáltatottá teszi és passzív-depresszív állapotba taszítja az érintett személyeket, hanem azért, mert *a kommunikáció alapvető, elvitathatatlan emberi jog. Ha valakitől megtagadják a kommunikációpótlás lehetőségét, emberi jogaiban sértik meg* (TASH állásfoglalás, 2000).

Bár érthető a szülők és szakemberek aggodalma, amikor az egyre késlekedő beszédfejlődés miatt felbukkan az AAK gondolata, ez nem menti az AAK-t Magyarországon máig övező káros (és olykor bizony buta) tévhiteket.

- Amíg kicsi, nem is érti, meg úgysem kell neki, hisz nem is tudna kommunikálni...
 - Nem is tudná megtanulni, hisz értelmi sérült...
 - Csak akkor szabad elkezdni, ha már nincs remény a beszédre...
 - Vigyázni kell, mert majd a többi is eltanulja a mutogatást...
 - Ha megértik a képeit meg a mutogatását, majd nem is akar beszélni... (e gondolatmenethez hozzátartozik az a feltételezés is, hogy az AAK és a beszéd egy és ugyanazt jelenti a gyermek számára, csak épp azt választja közülük, amelyik könnyebb...
 - Ha engedjük mutogatni, még arról a beszédről is leszokik, amit addig megtanult...
 - Azért az a Bliss, az annyira cifra, hogy ha olyan okos, hogy azt megtanulja, tanuljon inkább írni, olvasni...
- Aki így gondolkodik, annak hiába magyarázzuk, hogy
- mindenki kommunikál, legfeljebb nem ismerjük fel jelzéseit;

- bármilyen alacsony szinten kommunikál az AAK-val, szociálisan lényegesen jobb lesz a megítélése, mint nélküle;
- az AAK-oktatás specifikus – a kognitív, a szociális, az érzelmi, valamint a beszédfejlődésre kifejtett – hatásai mellett, mint minden terápiás intervenciónak, ennek is megvannak a maga non-specifikus előnyei, nem szólva arról, hogy az AAK-oktatás szerves, kötelező velejárója a beszédfejlésztés;
- az AAK nem fertőző betegség, amit egyik gyermek elkap a másiktól: ha valaki megtanult olvasni, nem fogja elhagyni csak azért, mert a padszomszédja gyengén olvas;
- az ember társaslény, aki éppen olyan szeretne lenni, mint a többi: ha az emberek körülötte beszélnek, ő is beszélni szeretne;
- ember megszerzett tulajdonságot, készséget jószántából nem ad fel: ha már tud járni, nem közlekedik négykézláb, ha tud beszélni, nem tér vissza a gögicseléshez;
- a jelképek használata bizonyítottan nemcsak elősegíti az olvasástanulást, hanem kifejezetten diszlexiaprevenációs hatása is van, ami kifejezetten fontos balféltekei károsodás esetén.

Kétségtelen, hogy a tévhitek oszlatásának legjobb módja a tudás, tanulni viszont nem mindenki szeret...

3. Az AAK-val kapcsolatos kommunikációelméleti megfontolások

Az oktatás és használat hatásainak vizsgálatakor gyakorta felmerül a kérdés, hogy a megszokott kommunikációs csatornák hiányát vagy torzult működését kompenzáló augmentatív kommunikációnak vajon mi köze van, és van-e köze egyáltalán a normál, beszélő emberek társadalomban elfogadott kommunikációs megnyilvánulásaihoz.

Magyarországon a kommunikációkutatás gyökerei a korai hetvenes évekig nyúlnak vissza, s annak eredményei más neves szerzők mellett egyértelműen Buda Béla nevéhez köthetők (Buda, 1974, 1989, 1993, 2003; Buda és László, 1981). A normál emberi kommunikáció jellemzőinek feltárása érthetővé tette a mindennapok verbális és nonverbális megnyilvánulásait. Ezen normál jelenségek közül ragadtunk ki önkényesen néhányat Buda Bélának a közvetlen emberi kommunikáció törvényszerűségeiről írott munkái alapján, hogy rajtuk keresztül demonstrálhassuk, milyen viszonyban áll egymással a normál emberi kommunikáció, a beszédképtelenség okozta súlyos kommunikációzavar és az augmentált kommunikáció (1. táblázat).

A normál kommunikáció összevetése a kommunikációs képességeiben súlyosan károsodott ember spontán kommunikációjával, ill. az augmentált kommunikációval

Normál kommunikáció	A beszédképtelen, halmozottan sérült ember akadályozott kommunikációja	Augmentált kommunikáció (Gesztus, jel, tábla vagy gép haszn.)
A két fél egymás érzékelési terében minden érzékészervével, elsősorban a látással és a hallással, aktívan vesz részt a közvetlen emberi kommunikációban.	A sérült partner gyenge vizuális (pl. renyhe artikuláció) és auditoros (pl. hiányzó vagy eltorzult hangok) csatornái nem biztosítják a jól érzékelhető, aktív részvételt.	Az üzenethordozók vizuális, a hangadó gépek pedig auditoros kuleshoz segítik a partnert, így biztosítva a jól érzékelhető, aktív részvételt.
A partnerek minden olyan megnyilvánulást, amely kommunikációs csatornát érint, kommunikációként értékelnek.	A túlmozgások vagy beszűkült mozgások okozta motoros megnyilvánulások, valamint a dysarthria/anarthria által torzított hangok nem feltétlenül akaratlagos kommunikációt jeleznek.	Az ép fél csak az AAK-val közvetített üzeneteket értékeli aktív kommunikációként, s elektint a zavaró megnyilvánulásokról (pl. túlmozgások).
A kommunikációban a felek azonos (játék)szabályok ismeretében és alkalmazásával vesznek részt.	A kommunikációjában akadályozott ember motellek, tanulási és gyakorlati lehetőségek híján nem ismeri a kommunikációs szabályokat.	Mindkét fél azonos módon ismeri és tanulja meg, valamint alkalmazza az AAK szabályrendszerét.
A rendszer működéséhez elengedhetetlen a közös kód, amely leggyakrabban a nyelv. Ennek elsődleges, bár nem egyetlen megnyilvánulási formája a beszéd.	A közös kód – a beszédprodukció torzult vagy hiányos volta, továbbá a beszédértés ezzel összefüggő, gyakori károsodása miatt – gyakran sérülhet.	A közös kód kiegészül: a beszéd és az értelmhezhető nonverbális megnyilvánulások mellett megjelenik a gesztus, a jel, a kép, a jelkép, a betű mint a közös kód része.
Az emberek a társadalomra és ezen belül saját csoportjukra érvényes, öntudatlan modell-követés nyomán elsajátított normarendszerint élnek. Ez szabja meg szerepeiket, s az azokhoz tartozó kommunikációs jellegességeket.	A súlyosan sérült ember a fogyatékosság megszabta, gyakran életidegen normarendszernek alávetve él, anélkül, hogy környezetében számára követhető szerep-, ill. annak megfelelő kommunikációs modellel találkozhatna.	Kommunikációs eszköz birtokában számos egyéb szerep válik megtanulhatóvá, a hozzájuk tartozó normarendszerral és az annak megfelelő kommunikációs modellel egyetemben.

Normál kommunikáció	A beszédképtelen, halmozottan sérült ember akadályozott kommunikációja	Augmentált kommunikáció (Gesztus, jel, tábla vagy gép haszn.)
A kommunikációs folyamatokat a két fél egymás közti viszonya szabja meg. A viszony meghatározásért folyamatos és kemény metakommunikatív csata folyik, mindkét fél aktív részvételével.	A metakommunikáció akadályozottsága kizárja a viszonymeghatározásért folyó csatában való aktív részvételt. Az ilyen kezdeményezések hiánya mindig a felajánlott viszony passzív elfogadására kényszerít.	Az augmentált kommunikáció oktatása során nagy súly helyeződik a kommunikációs kezdeményezések megtanítására. Így viszony meghatározásért folytatott csatába az AAK használó is képes aktívan belépni.
A folyamatos, szerepeinknek s a közös normáknak megfelelő kommunikáció olyannyira társadalmi elvárás, hogy a nem-kommunikálás is kommunikáció.	A kommunikációfogyatékos embertől nem várják el, hogy kommunikáljon. Így nála a nem-kommunikálás olyan állapot, amelynek nincs üzenetértéke.	Az AAK egyezményesen kommunikációra szolgál. Akkor használja az illető, ha közölni akar valamit. Az AAK-eszköz nem-használata akaratlagos nem-kommunikálásként értelendő.
A sikeres kommunikáció egyik feltétele a megfelelő szociális ügyesség, amelynek stratégiáit a gyermek modellek kipróbálásával alakítja ki.	A súlyosan sérült gyermek nem találkozik számára is követhető modellel, s a gyakran egyhangú életvitel útját állja a nehezen elsajátított készségek gyakorlásának is.	A követhető AAK-modellek megteremtése az oktatás kulcskérdése. A modellkövetés során az AAK-használó elsajátítja a hatékony kommunikáláshoz szükséges szociális stratégiákat.
Társalgási helyzetben a két fél akkor tartja sikeresnek a kommunikációt, ha a másik fél hallgatóként gyakran ad nonverbális visszajelzéseket.	Az ép partnernek le kell mondania a megerősítő nonverbális visszajelzésekről, hiszen azok vagy hiányoznak, vagy felismerhetetlenek.	A hiányzó vagy félreérthető nonverbális visszajelzések mellett jól felismerhető, augmentált feedbackkel szolgálhat az AAK-használó.
Normál körülmények között a kommunikáció folyamatos, azt alig érzékelhető hosszúságú szünetek tagolják. Nincs kommunikációs rövidzárlat, de ha előfordul, az ép partnernek számos eszköze van megszüntetésére.	A hosszú reakcióidő, a lassú izomválasz miatt gyakori a kommunikációs rövidzárlat, amit a beszélő partner kérdések özőnével próbál megszüntetni. Az elhárításhoz szükséges verbális és nonverbális eszközök hiányában a sérült fél nem vesz részt a kompenzatorikus törekvésekben.	A kommunikációs rövidzárlat megelőzésére és elhárítására számos nyelvi, motoros és szociális stratégiát tanul az AAK-használó, amelyek révén aktívan részt vehet a kompenzatorikus törekvésekben.

Ha összevetjük a normál kommunikációt a kommunikációs képességeiben súlyos beszédzavara és ugyancsak súlyos mozgáskorlátozottsága miatt korlátozott ember lehetőségeivel, kitűnik, hogy *a beszédképtelenségből adódó, súlyos mozgáskorlátozottsággal társuló kommunikációs akadályozottság esetén a kommunikáció olyannyira különbözik a normál kommunikációtól, hogy a közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei már nem alkalmazhatók ezen a szinten.* A sérült fél kommunikációs célú jelzései ritkák, félreérthetőek, azokat gyakran nem is kommunikációs célú megnyilvánulásként értékeli a környezet, sérül a közös kód, hiányzik az azonosan bejárt szocializációs út, a közös szerep-, ill. kommunikációs modellek. A sérült félnek szinte minden eszköze hiányzik a kommunikációs folyamatokba való bekapcsolódáshoz, ill. azok befolyásolásához. Ha viszont ugyanezeket a paramétereket az augmentált kommunikációval hasonlítjuk össze, eltérő képet kapunk. (Hangsúlyozzuk, hogy augmentált kommunikáción a képekkel, jelképekkel vagy betűkkel, esetleg gesztusokkal kifejezett üzeneteket értjük, amelyek egyaránt megjelenhetnek hagyományos, papíralapú vagy elektronikus hordozókon). Szimmetrikusabb a helyzet, megjelenik a közös kód, lehetőség nyílik feedback nyújtására, s az augmentált kommunikátor eszközöket kap a kommunikációs folyamatokban való aktív részvételre, azok befolyásolására, kommunikációs modellek és szociális stratégiák elsajátítására és gyakorlására.

4. Az örök távolság

A kommunikációképtelenség rendkívül rossz életminőséggel jár, amelyben az ember teljesen elveszítheti az önrendelkezés jogát. A kommunikációképtelenség kínjairól olyan sokan és megrázóan írtak, hogy azok enyhítését annak ellenére sem lehet senkitől megtagadni, hogy az augmentált kommunikáció hatékonysága soha nem fogja elérni a normál kommunikációét. Kétségtelen azonban, hogy az AAK elősegíti a beszéd- és nyelvrejlődést. *Bizonyított, hogy semmilyen nonverbális eszköz vagy módszer kommunikációs célú használata nem csökkenti a beszéd kialakulásának lehetőségét* (Silverman, 1980, 1995), sőt bármely AAK-módszer használata kifejezetten serkentette a természetes beszédprodukción (Millar és mtsai., 2000; Schlosser, 2003, 404). Nem is szólva arról, hogy az augmentatív kommunikációs eszközök használatának nehézsége maga is erősítheti a beszédre való motiváltságot (Vanderheiden és Yoder, 1986, 16). A szintetikus beszédhang pedig a maga azonosságával és következetes állandóságával is serkenetheti a beszédutánpótlást és magát a beszédprodukción is (Romski és

Sevcik, 1993; Blischak, 1999). Az AAK mellett, hogy olyan kommunikációs formát biztosít, amely elméletileg is jelentősen közelebb áll a normális folyamatokhoz, mint a sérülés természetéből adódó, károsodott formák (Kálmán, 2005), értelemszerűen növeli a társadalmi elfogadottságot. Nem utolsósorban pedig lehetővé teszi az emberi méltóság megőrzését és az önrendelkezéshez való jog gyakorlását is.

Van azonban néhány olyan alapvető különbség a normál és az augmentált kommunikáció között, amely sajnos a technika jelenlegi állása mellett nem kompenzálható. Ezek az alábbi területeken észlelhetők.

- *Természetes modellek hiánya:* az augmentált kommunikátor nem rendelkezik hasonló módon kommunikáló szerepmodellekkel, nem követheti ösztönösen mások kommunikációs stratégiáit, nem lesheti el az augmentált kommunikációt hatékonyra tévő szociális ügyességet.
- *Spontán interiorizálás helyett tanulási folyamat szükséges:* az ép gyermek nem tudatosan tanulja meg a nyelvet, a mozgást, az emberek közti forgolódás tudományát, az augmentált kommunikációra szorulónak mindezt kemény, fáradságos munkával meg kell tanulnia. Éppen annyi energiájába kerül, mint amikor az ép gyermek nyelv- vagy balettórákra jár.
- *A verbalitás – nonverbalitás sajátos keveredése:* az ép partner mindig „kommunikációs anyanyelvén”, azaz beszéd útján kommunikál az AAK-használóval, aki a közölteket a saját beszédpercepciójának megfelelően értelmezi. Tehát a verbalitás egyértelműen adott. Ugyanakkor a szokásosnál nagyobb jelentőséget nyernek az alkalmazott hagyományos vagy attól eltérő nonverbális jelzések (mozdulat, hang, jelzés), továbbá az AAK elemei (pl. kép vagy jelkép).
- *Többszörös aszimmetria a partnerhelyzetben:* hazugság lenne azt állítani, hogy attól, hogy egy halmozottan sérült, beszédképtelen ember AAK-t kezd el használni, automatikusan egyenrangú partnerré válik. Mindig is ritkábbak lesznek spontán kezdeményezései, a kommunikáció témájának, időtartamának, körülményeinek stb. irányítására, meghatározására, befolyásolására irányuló törekvései, kevesebb lesz az ismeretanyaga, szűkebb az eszköztára, nagyobb a minden irányú kiszolgáltatottsága.
- *Jelértelmezés:* két ép partner között gyakorlatilag soha nincs szükség a használni kívánt kód egyeztetésére, nehézség legfeljebb eltérő anyanyelvű személyek vagy szakmai zsargon (pl. matematika, biokémia stb.) használata esetében lehet szükség. Amíg a standard verbális csatornák jól használhatók, AAK-használat esetén sincs probléma: mivel a megmutatott vagy kihangosított kép/jelkép kötelezően az írott szóval társul, ez sem jelenthet nehézséget. Ha azonban a használó maga alakítja ki az üzenet-továbbításra szolgáló jeleket, akkor egyeztetés szükséges. Ezek a jelek

ugyanis eltérhetnek a társadalmilag ismert értelmezési módozatoktól, ám mégis van rá lehetőség, hogy tekintettel a sajátos kommunikációs helyzetre, azok mégis a szokásostól eltérő jelentésre tegyenek szert (Kron, 1997, 313).

- *Időfaktor:* a magyar nyelvben az átlagos közlési sebesség 60 szó/perc (Gósy, 1997), angolban ez lényegesen gyorsabb: 150 és 250 közé esik (Beukelman és Mirenda, 1992, 35). AAK-használók esetében a szóközlés sebessége ritkán haladja meg a 2-8 szó/percet (Beukelman és Mirenda, 1992, 35). Az augmentált kommunikáció tehát ép ember számára szinte elviselhetetlenül lassú. A lassúság az állandó kommunikációs rövidzárlat rémével fenyeget, amit a beszélő partner folyamatos, önmagával folytatott „dialógusokkal” próbál megelőzni, ill. kiküszöbölni, tovább mélyítve az amúgy is fennálló aszimmetriát.

Ez bizonyos kikerülhetetlen felelősségeket ró az AAK-oktatókra és az AAK-használóval kapcsolatba kerülő ép kommunikációs partnerekre.

- Tudatosan kell megteremteni a kommunikációs stratégiák és társuló szociális készségek gyakorlására alkalmas modellhelyzeteket.
- Az AAK tanításának életszerűnek és folyamatosnak kell lennie, megteremtve és egyszersmind kihasználva az adódó kommunikációs helyzeteket, hogy az AAK-használó megtanulhassa mindazt, aminek a spontán interiorizálásától állapotából adódóan szükségképpen elesik.
- A beszélő partnernek mindig törekednie kell a jól érthető és követhető, tiszta, egyértelmű nyelvhasználatra, figyelembe véve a nyelvi percepció nehézségeit, amelyre AAK-használó esetében mindig kell számítani. Külön figyelmet kell szentelnie annak, hogy az alkalmazott verbális és nonverbális eszköztár egymást erősítse.
- A beszélő partnernek fel kell kicsit adnia az ép ember gögjét. Empatikusabban, toleránsabban és türelmesebben kell elviselnie mindazt a kommunikációs nehézséget, amelyet számára egy AAK-t használó személlyel való beszélgetés jelent.
- Az ismeretlen AAK-használóval történő kommunikáció előtt célszerű egyeztetni az alkalmazott üzenethordozók természetét, jelentésük, ill. az esetleges félreértések tisztázásának feltételeit.
- Minden eszközt – pl. szóajánló, betűajánló programok, konzervmondatok a táblán stb. – meg kell ragadni a kommunikációs folyamatok sebességének növelésére. Emellett azonban feltétlenül szükséges betartani az ún. 10-másodperces szabályt: AAK-t használó személyhez intézett kérdés, ill. neki címzett válasz előtt és után minimum 10 másodpercet kell várni válasza, ill. reakciója megformálására. Tíz másodperc nem nagy idő, kivéve, ha kommunikációs folyamatot szakít meg. Mégis élni kell vele,

tapintatból, szeretetből, az augmentált kommunikátor súlyos nehézségeinek elismeréseképpen.

Az AAK felajánlása tehát a rászorulóknak részére, a megfelelő módon és formában, egyaránt jelent szakmai és emberi jogi kötelezettséget és kihívást. Megismerve az AAK lehetőségeit és korlátait, minden bizonnyal tudunk tenni valamit azok érdekében, akiktől a sors megtagadta vagy elvette egyik legnagyobb kincsünket, az emberi beszédet.

Irodalomjegyzék

- BEUKELMAN, D., MIRENDA, P. 1992. *Augmentative and Alternative Communication: Management of Severe Communication Disorders in Children and Adults*. Paul H. Brookes Publishing Co., Baltimore
- BLISCHAK, D. M. 1999. Increases in natural speech production following experience with synthetic speech. *Journal of Special Education Technology*, 14, 47–57.
- BUDA B. (válog. és ford.) 1989. *Kommunikációelméleti szöveggyűjtemény – Általános kommunikációelmélet*. Tankönyvkiadó, Budapest
- BUDA B. 1993. Kontextus és kommunikáció az emberi kapcsolatokban. In Buda B.: *A pszichoterápia alapkérdései – Kapcsolat és kommunikáció a pszichoterápiában (Válogatott tanulmányok)*. Országos Alkoholológiai Intézet, Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozásért Alapítvány, Budapest. 34–36.
- BUDA B. 2003. [1974] *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*. Animula Kiadó, Budapest
- BUDA B., LÁSZLÓ J. 1981. *Beszéd a szavak mögött*. Membrán könyvek, MRT Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest
- GÓSY M. 1997. A magyar beszéd tempója és a beszédmegértés. *Magyar Nyelvőr*, 1997/1. 129–139.
- KÁLMÁN ZS. 1997. Augmentatív és alternatív kommunikáció – szócikk. Báthory Z., Falus I. (főszerk.): *Pedagógiai Lexikon I. kötet*. Keraban Könyvkiadó, Budapest, 122.
- KALMAN, S. 2005. Theoretical Comparison of Normal, Disturbed, and Augmented Communication. *Communication in a Shared World*. Proceedings of the 5th Eastern and Central European Regional Augmentative and Alternative Communication Conference. Bliss Alapítvány, Budapest.
- KRON, W. 1997. *Pedagógia*. Osiris Kiadó, Budapest

- MÁRKUS E. 2005. *Súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek nevelésének elméleti és gyakorlati problémái*. Doktori értekezés, ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest
- MILLAR, D., LIGHT, J., SCHLOSSER, R. 2000. The impact of AAC on natural speech development: A metaanalysis. In *Proceedings of the 9th Biennial Conference of the International Society for Augmentative and Alternative Communication*, ISAAC, Washington, DC, 740–741.
- ROMSKI, M. A., SEVCIK, R. A. 1993. Language comprehension: Considerations for augmentative and alternative communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 9, 281–285.
- SILVERMAN, F. H. 1995. [1980] *Communication for the speechless*. Prentice-Hall, Engelwood Cliffs
- SCHLOSSER, R. W. 2003. *The Efficacy of Augmentative and Alternative Communication*. Toward Evidence-Based Practice. Academic Press, San Diego, London
- TASH állásfoglalás 2000. [1992] TASH Resolution on the Right to Communicate. *TASH* (The Association for Persons with Severe Handicaps)
- VANDERHEIDEN, G. C., YODER, D. 1986. *Overview*. In Blackstone, S. (ed.) 1–28.

A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

Gézengúz Alapítvány (Győr)

Szakmai nap Győrben

– bemutatkozott a Gézengúz Alapítvány győri tagozata –

KÁROLYI KINGA

(Közlésre érkezett: 2006. november 30.)

Hagyományteremtő szándékkal először rendeztük meg „A korai intervenció felelőssége és lehetőségei” címmel szeptember 30-án alapítványunk győri tagozatának szakmai napját a Gy.M.S. Megyei Kereskedelmi és Iparkamara épületében.

Az alapítványt 1990-ben Dr. Schultheisz Judit hívta életre, s három évvel később, egy hidroterápiás csoporttal létrejött a győri tagozat is. A kezdeti kis létszámú, két csoportból és két szakemberből álló tagozat mára 14 munkatársat (többségében szomatopedagógus szakembereket) és közel 15 féle foglalkozás-típust mondhat magáénak.

A két részletben tartott előadássorozatok bemutatták a Gézengúz Modellt, a korai terápia jelentőségét, a fejlődés- és logopédiai diagnosztika, valamint az iskola-előkészítő csoportok fontosságát, az egyéni és csoportos foglalkozásokat, a súlyosan-halmozottan sérültek fejlesztési lehetőségeit, köztük az állatasszisztált módszert, valamint a hidroterápiát.

Az alapítvány a születési károsodott csecsemők, kisgyermekek állapotának javítása, gyógyítása érdekében kidolgozott korai intervenciók programját, rehabilitációját/rehabilitációját biztosítja a családok számára.

„Gézengúz Modell”

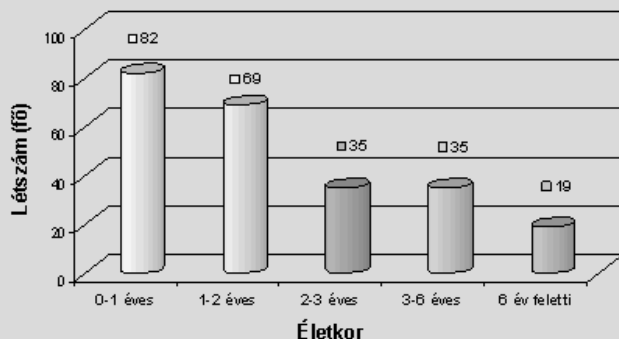
A gyermekek az egészségügyi rendszerből, a családdal érkeznek az alapítványba. Küldheti őket a védőnő, a kórház, vagy a háziorvos is. Telefonos

Kovácsné Lengyel Monika:
Majd behozza(?), hisz milyen kicsi volt...
(A koraszülött ellátásról)

Győr, 2006.09.30.



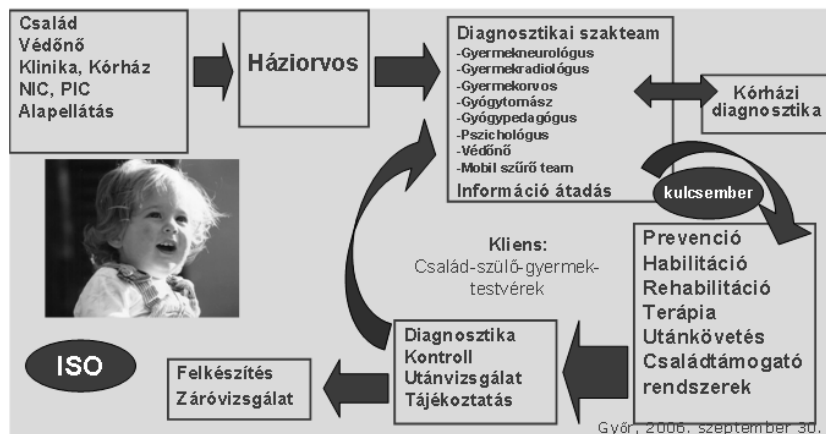
A jelenleg ellátott gyermekek kor szerinti megoszlása



Az alapítványba járó gyermekek életkori megoszlása

Dr. Schultheisz Judit

Gézengúz Modell



Győr, 2006. szeptember 30.

bejelentkezés után egy több szakemberekből álló team vizsgálja és határozza meg a rövid és hosszú távú kezelési célokat, s jelöli ki a gyermek állapotának megfelelően a „kulcsembert”, aki a családot végigvezeti a diagnosztikai és terápiás folyamaton, tartja a kapcsolatot a többi szakemberrel. A kulcsember végzettségét tekintve lehet orvos, gyógypedagógus, gyógytornász, pszichológus.

Az ellátás folyamatát a szakmai team a működési rendszer *kontroll-pontjain* felülvizsgálhatja, ellenőrizheti, a terápiás célokat és egységeket módosíthatja. Ilyen kontroll-pont a heti esetreferáló, a szupervízió, és az orvosi, pszichológiai kontrollok, utánvizsgálatok.

Az összetett terápia dinamikája

A terápia vezérfonala mind az első időszakban, mind később a vesztibuláris ingerlésre épül. A korai időszakban erre a Katona professzor által kidolgozott neuroterápia ad lehetőséget. Ez a tréning-szerűen végzett vesztibuláris ingerlés lehetőséget ad a repetitív elemi mozgássorok kiváltására, az idegrendszerben levő szinapszis hálózat optimális kiépülésére.

A vesztibuláris ingerlés kiegészülhet egy finom masszázssal technikával, könnyített helyzetben (vízben) történő kigyakorlásával, a neuro-hidrohabilitációval. További fejlődést támogató lehetőség az egyéni gyógytorna és/vagy a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, amely a következő technikákat tartalmazza:

Aktív technikák

- Analitikus mozgástanulás
- Összetett mozgástanulás
- Segédeszköz használat

Passzív technikák

- Masszázs
- Ízületi és lágyrész mobilizációs technikák
- Fizikoterápia

Speciális technikák

- Extrapiramidális neuroterápia
- Neuro-hidrohabilitáció
- RUO (rehabilitációs úszásoktatás)
- Bobath módszer, PNF (proprioceptív neuromuszkuláris facilitáció)
- Alapozó terápia
- Bazális stimuláció
- Logopédia

- Látásfejlesztés
- Zeneterápia
- Frostig módszer
- Ayres terápia

Az *uszodai hidroterápia* és a csoportos mozgásélmények megerősítik az otthon és egyéni terápiában begyakorolt mozdulatok magas szintű, feladathelyzetekben történő integrálódását.

A súlyosan-halmozottan sérültek számára *állatasszisztált-terápiát* szervezünk már több éve. Az óvodás korosztályra gondolva *iskola-előkészítő*, és *mozgásterápiás* csoportokat indítunk minden évben.

Csoportos foglalkozásainkon az egészséges, intakt mozgású gyermekek is részt vesznek, ezáltal igyekszünk a fordított integrációt megvalósítani.

A szakmai napon, a rehabilitáción kívül elhangzottak olyan előadások is, ahol a prevencióra hívtuk fel a figyelmet, a minimál neurológiai tünetek korai kezelésének fontosságára. Ma Magyarországon a koraszülések becsült átlaga 8,3%. Ez azt jelenti, hogy minden 9(!) gyermek a vártnál korábban jön világra.

A győri Gézengúz Alapítványba járó gyermekek 31%-a koraszülött.

Gyakran találkozunk minimál neurológiai tünetet mutató koraszülöttelel, csecsemővel.

Minimál neurológiai tünetek pl:

- tartási rendellenesség
- minimális tónuseloszlási zavar
- egyensúlyi bizonytalanság
- lassú, megkészt és/vagy egyenetlen pszichomotoros fejlődés
- finommotoros tevékenység ügyetlensége
- mozgáskoordináció gyengesége

Ezek a tünetek spontán rendeződhetnek, de kóros fejlődési irányt is vehetnek, illetve iskolás korra felerősödhetnek.

Az alapítvány e két utóbbi „ellen” dolgozott ki egy szakszerű preventív szemléletű habilitációs programot, mely taktilis-kinesztetikus érzékeléseket, stimulációt, speciális vestibuláris ingerlést és a nagymozgás fejlesztését tartalmazza.

Családsegítő szolgáltatásainkról, a szociális ellátásról tartott előadásban felhívtuk a figyelmet arra, hogy heti rendszerességgel fogadóóra keretében segítünk a szülőknek a jogi, a szociális juttatások útvesztőjében eligazodni.

Az elméleti bemutatkozás után a meghívott vendégeknek lehetőségük nyílt néhány foglalkozásunkba is betekintést nyerni.

A tavaly átadott Gézengúz Házunkban három helyszínen folytak a bemutatók. A neuro-hidrohabilitáció („kádas program”), valamint az állatasszisztált terápia mellett az érdeklődőknek alkalmuk volt a „HUPLE”- egy új mozgás-, és koordinációfejlesztő eszköz - kipróbálására is.

A Magyar Tudomány Ünnepe – 2006 –

Konferencia a tanulási akadályozottságról Mesterházi Zsuzsa tiszteletére

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék Tanulásban Akadályozottak Pedagógiája Csoportja hívta és várta 2006. november 23-án Ecséri úti épületébe *Dr. Mesterházi Zsuzsa* főiskolai tanár tisztelőit egy, az ünnepelt személyiség gazdag szakmai munkásságának egyik különösen jelentős kérdéskörét érintő külföldi és hazai eredményeket bemutató tudományos konferenciára.

Szabó Ákosné dr. főigazgató elnökletével először az ELTE Bárczi Gusztáv Gyakorló Általános Iskola és Gyógypedagógiai Módszertani Központ tanáraiból és tanulóiból álló zenekar számait hallgatták meg a külföldi és a nagy számban megjelent hazai konferencia résztvevők.

A laudációt is a Főigazgató-asszony mondta: *Metamorfózisok: a debilitástól a tanulásban akadályozottságig* címmel. *Mesterházi Zsuzsa* gyógypedagógusi munkásságának 48 éves, főiskolai pályájának 30 éves jubileumát ünnepelték a rendezők és jelenlévők, 70. születésnapja alkalmából. A laudációban az ünnepelt szakmai életútja szakaszainak, gyógypedagógiai gyakorlati, képzésfejlesztési és tudományos eredményeinek részletes bemutatása történt.

Ezután *Mesterházi Zsuzsa: Szabad asszociációk a tanulási akadályozottságról* címmel tartott igen nagy érdeklődésre számot tartó előadást. Majd program szerint – szinkrontolmácsolás igénybevételi lehetőségével – az ünnepelttel szakmai kapcsolatban álló külföldi vendégek előadásai következtek. *Prof. Dr. Urs Haeblerlin* (Freiburgi Egyetem, Svájc): *A gyógypedagógiai etika alapjai*, *Prof. Dr. Phil. Sieglind Ellger-Rüttgardt* (Humboldt Egyetem, Rehabilitációtudományi Intézet, Berlin): *Eltérő tantervű többségi*

iskolák külföldön, Prof. Dr. Franz B. Wember (Dortmundi Egyetem, Rehabilitációtudományi Kar): Összehasonlító gyógypedagógia – ablak a készségek és képességek fejlesztéséhez címmel.

A további sorra következő előadások: *Dr. Csapó Benő* (SZTE Neveléstudományi Tanszék, MTA-SZTE Képességkutató Csoport, Szeged): *Kognitív fejlődés és iskolai tudás*, *Dr. Krajcsi Attila* (SZTE Pszichológiai Tanszék, Szeged): *A számolási zavarok idegrendszeri zavarai*, *Kiss Ágnes* (Fővárosi Beszédjavító Intézet, Budapest): *A képességrendszer változásai fejlesztésben részesülő tanulóknál*, *Dr. Papp Gabriella* (ELTE BGGYFK Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék): *Az enyhén értelmi fogyatékos gyermekek integrált oktatása, nevelése hazánkban*, *Dr. Józsa Krisztián* (SZTE Neveléstudományi Tanszék, Szeged) – *Fazekasné Dr. Fenyvesi Margit* (ELTE BGGYFK Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék): *Tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációja*, *Szekeres Ágota* (ELTE BGGYFK Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék): *Az identitás alakulása a tanulásban akadályozott fiatalok körében*, *Vargáné Molnár Márta* (ELTE BGGYFK Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék): *Az egészségkárosodás, a krónikus betegség és a tanulási akadályozottság kapcsolata*, *Sósné Pintye Mária* (ELTE BGGYFK): *A Waldorf-pedagógia törekvései az egészséges gyermeki fejlődés elősegítésére*, *Sándor Éva* (ELTE BGGYFK Általános Gyógypedagógiai Tanszék): *Szabadfestés védelem alatt – művészeti pedagógiai terápia*, *Horváth Miklós – Virányi Anita* (ELTE BGGYFK Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék): *A szabad tanulás hazai adaptációja, beválása és Bruckner László* (ELTE BGGYFK Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék): *Tanulásban akadályozott, szakképzett fiatalok munkába állásra való felkészítése utógondozói modellkísérlet keretében* címmel.

A jelenlévők tájékozódását a helyszínen kapott, az előadások összefoglaló ismertetését három (magyar, német, angol) nyelven tartalmazó füzet segítette, amelyben *Mesterházi Zsuzsa* 1972–2006. megjelent szakmai publikációinak tematikus jegyzéke is megismerhető.

A konferencián elhangzott előadások szerkesztett változata a közeli jövőben könyv alakban is megjelenik.

Gordosné Szabó Anna

Kiállítás

Göllesz Viktor gyógypedagógiai bélyeg- és éremgyűjteményéből

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Gyógypedagógia-történeti Gyűjteménye 2006. november 21-én a magyar gyógypedagógia kiemelkedő személyiségének gyógypedagógiai bélyeg- és éremgyűjteményéből rendezett kiállítás megnyitójára hívta és várta az érdeklődőket Ecseri úti épületébe.

Szabó Ákosné dr. főigazgató köszöntötte a nagyszámú közönséget, közöttük *Dr. Göllesz Viktorné* ny. gyógypedagógust, és méltatta az esemény jelentőségét, nagyra értékelve néhai *Dr. Göllesz Viktor* kollégának, a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola egykori főigazgatójának a gyógypedagógia és a segítő szakemberképzés terén kifejtett munkásságát, ezúttal különös tekintettel a szakmát gazdagító, ma már muzeális értékű gyűjtőmunkáját. Köszönettel illete a kiállítás rendezésében résztvevőket, kiemelve a rendező személyét, a Gyógypedagógia-történeti Gyűjtemény vezetőjét, *Pákozdiné Kenderessy Katalin* kolléganőt.

Ezután *Gordosné dr. Szabó Anna*, a Gyógypedagógia-történeti Gyűjtemény szaktanácsadójának szakmai bemutatása következett, amit az alábbiakban olvashatunk.

Hölgyeim és Uraim! Tisztelt Kollégák, Főiskolai Hallgatók, Kedves Göllesz Viktorné Majoros Magdi!

Az 1970-es évek közepétől a 80-as éveken át alig volt a Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének olyan országos, és a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolának olyan jelentősebb szakmai rendezvénye, amelyen Göllesz Viktor ne szolgált volna valamilyen filatéliai, és nem ritkán numizmatikai meglepetéssel.

Még többen vagyunk itt, akik emlékszünk az aktuális rendezvény színhelyének előterében a türelmes sorban-állókra (magunk is közöttük voltunk), akik az alkalmi postahivatal asztalánál várakoztunk, kezünkben a megvásárolt aktuális bélyegekkal felszerelt sokféle borítékkal vagy különböző, szintén alkalmi vagy a rendező város nevezetességeit ábrázoló képeslapokkal, hogy megszerezzük az elsőnapi bélyegzést.

Ha külföldre utaztunk, Viktor különleges bélyegekkal ellátott borítékot, és szóló bélyegeket adott át, s arra kért bennünket, hogy majd címezzük meg

neki a borítékokat, továbbá az illető városról szóló képeslapra ragasszuk fel a bélyegeket és a postahivatalban szépen kérjük meg a pecsételő tisztviselőt, hogy legyen jól látható a postai pecsét, a dátum és ami még rajta van. A kiállításon is nem egy ilyen levél vagy képeslap látható.

Hogy Göllész Viktor mikortól lett szenvedélyes filatelista és numizmatikus, nem tudom, én az 1970-es évek elejétől követhettem életműve e nem kis szeletének kiteljesedését. Igen, őt a filatélia és a numizmatika nem egyszerűen csak érdekelte, vonzotta, nem csupán hobbiból lett filatelista és numizmatikus, hanem ezzel is a gyógypedagógiát szolgálta, a gyógypedagógia történetét művelte, és az egész fogyatékosügyet gazdagította.

Íme két, a kiállításunkon is mottóként olvasható gondolat tőle:

A numizmatikai gondolat: „... a gyógypedagógia jelentősebb eseményeinek az éremművészettel meglévő kapcsolatai révén az általánosabb magyar kultúratörténetben is inkább kirajzolódik szakmánk szerepe.” (Göllész, 1984, 81.)

A filatéliai gondolat: „... a bélyeg az egyik leginkább hatékony propagandaeszköz, amely külön költséget nem kíván, hovatovább a ráfordított költséget nyereséggel téríti vissza.” (Göllész, 1987, 235.)

Mindez Göllész Viktor rendkívül sokrétű, imponálóan gazdag szakirodalmi munkásságának egyáltalán nem periferikus része. Bibliográfiájának számos tétele foglalkozik gyógypedagógiai filatéliával és numizmatikával. Ezekre a művekre is ugyanaz az értékrend érvényes, mint minden más írására: informativitás, hitelesség, szakszerűség, pontosság, érthetőség. És ha indokolt, nem maradnak el az adott témával kapcsolatban jobbító kritikai észrevételei sem. Pl. az 1987-ben forgalomba került egyik vakügyi, a vakvezető kutyát ábrázoló bélyegről adott, filatéliai és gyógypedagógiai szempontból egyaránt meggyőző bíráló véleményezésére gondolok. (Göllész, 1987)

És nemcsak a gyógypedagógiai, a fogyatékosügyi témájú bélyegek és érmék érdekelték. Gyűjtő szenvedélye és szakirodalmi tevékenysége kiterjedt pl. a szimbólumokra is. *Szimbólumok a fogyatékosügyben* c. 1984-ben megjelent egyik tanulmányából megtudjuk, hogy *Bárczi Gusztáv* halálának 20. évfordulójára készülve figyelt fel arra a művészi kivitelű, *Izsák Elek* által egyedi darabként készített díszoklevélre, amelyet a *Magyar Nagyothallók Egyesülete* (MNOE) adományozott *Bárczi Gusztávnak*, az Egyesület fennállásának 15. évfordulóján, 1938. november 22-én mint díszelnöknek, az egyesület létrejöttében és a nagyothallók hazai oktatásának megszervezésében vállalt szerepéért, érdemeinek elismeréseként. Ez szolgált forrásul a további búvárkodáshoz. Azon túl, hogy ez az írása is tudományos értekezésnek minősíthető, túlzás nélkül mondhatom, hogy átfogóan, nemzetközi kitekintéssel mindent megtudunk pl. a sárga szín, a kör és fekete pontok

kombinációját alkalmazó, a nagyothalló, majd általában a hallássérült, továbbá a látássérült emberek közlekedési védjelzésére kialakított piktogramokról.

De térjünk vissza filatéliai és numizmatikai gyűjteményéhez!

Az első nagyszabású, látványos bemutatkozásra 1975-ben került sor, a Főiskola 75 éves jubileumán, a *Bárczi* névfelvétel évében.

A névadó és jubileumi ünnepségsorozat előkészítése már 1974-ben megkezdődött, hozzáteszem, hogy *Göllesz Viktor* kiemelkedő részvételével. Maga a névadás gondolata is akkor merült fel. A MAGYE Egerben megrendezett országos szakmai konferenciáját *Bárczi Gusztáv* emlékének ajánlotta, amelyen *Illyésné Kozmutza Flóra* főigazgató volt az ünnepi szónok, és – az ország minden tájáról jelenlévő gyógypedagógusok nagy meglepetésére és örömére – a *Göllesz Viktor* által kezdeményezett és megtervezett *Bárczi-emlékérem* átadása is első ízben akkor történt. Azóta a MAGYE minden évben kitünteti *Bárczi-éremmel* az arra legérdemesebb személyeket.

A jubileumi ünnepségen *Göllesz Viktor* – igen sikeres, nagy látogatottságú – bélyegkiállítást rendezett: *Fogyatékoságügy – Filatélia* címmel.

Akkor már a Főiskolán *Gyógypedagógusok Bélyeggyűjtő Köre* is működött. Jeles vezetőségi tagjai között volt *Uhri Imre* tanár úr is, akit ezúttal is szeretettel köszöntök.

A kiállításon 20 témakörből láthattunk bélyegeket és ún. parafiletéiai anyagokat (leveleket, levelezőlapokat, levélzáró bélyegeket, alkalmi bélyegzéseket, stb.).

A témakörök: Megelőzés, Emberi jogok, Felvilágosítás, Gyógypedagógia, Gyógypedagógia története, Munka-rehabilitáció, Társadalmi integráció, Szociális támogatás, Szociális gondoskodás, Érdekvédelmi szövetségek, A fogyatékosok sportja, Hadirokkantak, Híres siket emberek, Híres vak emberek, Fogyatékoságügy a művészetekben, Fogyatékoságügyi rendezvények, Jubiláló gyógypedagógiai intézmények, Fogyatékoságügyi intézmények levelei, A Gyógypedagógusok Bélyeggyűjtő Körének tevékenysége, A bélyeg előtt idők dokumentumai.

Később azután az ezen témakörökbe tartozó anyagok jelentősen gazdagodtak, és újabbak is születtek, amelyekkel újabb kiállításokon az 1980-as években folyamatosan megismerkedhettünk.

A mostani kiállítás megnyitójára várva, néhány perccel ezelőtt tudtam meg *Wisinger János* kollégától, hogy éppen 10 éve, 1996-ban rendezett utoljára *Viktor* bélyegkiállítást Zánkán egy fogyatékoságügyi rendezvényen.

Göllesz Viktor gyógypedagógiai éremgyűjteménye hasonlóan igen gazdag, tudomásom szerint, legalábbis Magyarországon egyedülálló. Időt, fáradságot nem kímélve kutatta fel, kereste meg a fogyatékoságüggyel

kapcsolatban álló érmeket és nem egynek ő maga volt a kezdeményezője, megtervezője.

„A magyar gyógypedagógiai vonatkozású érmeek egyik legrégibb, és valószínűleg szaktörténeti szempontból is legjelentősebb darabja az a jutalomérem, melyet a siketek váci tanintézete az intézet centenáriumi ünnepségeivel egyidőben megrendezett *„Siketnémák Iparkiállítására”* alkalmából – 1902-ben – veretett.” – idéztem *Göllesz Viktort*. (Göllesz, 1984, 81–82.)

Ennek bronzváltozata kiállításunkon is látható.

A váci intézetben a centenárium évében egy másik, ún. emlékérem is született. Leírása *Göllesz Viktor* egyik tanulmányában olvasható (Göllesz, 1984). Bronz és ezüst változatának lelőhelye a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum éremtára.

Cházár András, a váci alma mater létesítésének kezdeményezője a gyógypedagógiai, fogyatékosügyei bélyegek és érmeek egyik fő ihletője, nagyra becsült, gyakori szereplője.

Cházár-portrés bélyeg és bélyegző készült nem egy nevezetes alkalommal, és a Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége arany-ezüst-bronz fokozatú Cházár András emlékérmét is alapított. Ezeket is láthatjuk a kiállításon, valamint többféle Cházár-plakettet is.

A kiállításon számos szép kivitelű MAGYE érmét láthatunk: pl. 15 éves a MAGYE, XV. Országos Szakmai Konferencia, 25 éves a MAGYE, Az egyesületi munkáért, Szociális munkáért feliratokkal.

Szintén számos érme készült a Speciális Olympiák eseményeire, a Vöröskereszt szervezésében volt fogyatékosügyei eseményekre. A gyógypedagógia gyógypedagógus és orvos nagyjairól, pl. Dr. Ranschburg Pálról, Sarbó Artúrról, Pető Andrásról, Frim Jakabról, Éltes Mátyásról, de pl. kortársakról is vannak egy-egy jeles alkalomból készült érmék, pl. dr. Méhes Józsefről, Révay Györgyről. Ezek közül is több látható kiállításunkon.

Hölgyeim és Uraim!

Ideje bevallanom, hogy én csak egy botcsinálta filatélista és numizmatikus vagyok, ezért a gyűjtemény és a kiállított darabok részletesebb ismertetésére már nem is vállalkozom. Bízom benne, hogy maguk a kiállított darabok és a feliratok jól eligazítják az érdeklődőket. Ezen túl tájékoztatom Önöket, hogy a Göllesz-gyűjtemény majdnem teljes anyaga CD-n a kiállító-teremben is folyamatosan megtekinthető. Nincs is más tisztem már, mint meghívni Önöket a kiállító-terembe. Teszem ezt *Pákozdiné Kenderessy Katalin* rendező nevében is, és egyben szintén az Ő nevében is mindenkinek, aki a kiállítási rendezésében bármily módon részt vett, hálás köszönetet mondjak.

Irodalom

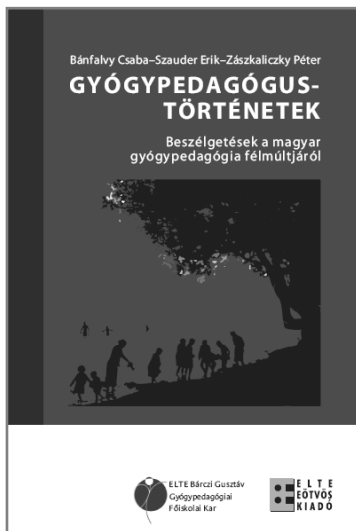
- DR. GÖLLESZ VIKTOR (1984): *Gyógypedagógia a numizmatikában. I. (Exner Károly érmei)*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, XII. évf., 2. szám, p. 81–85.
- DR. GÖLLESZ VIKTOR (1984): *Gyógypedagógia a numizmatikában. II. (Cházár András)*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, XII. évf., 3. szám, p. 161–167.
- DR. GÖLLESZ VIKTOR (1984): *Szimbólumok a fogyatékosügyben*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, XII. évf., 4. szám, p. 267–276.
- DR. GÖLLESZ VIKTOR (1987): *Egy fogyatékosügyi bélyeg margójára*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, XV. Évf., 3. szám, 234–237.

Gordosné dr. Szabó Anna

Könyvbemutató

A Magyar Tudomány Ünnepe programsorozatban az ELTE 2006. november 17-én Egyetem téri épületében *Egyetemi Könyvbemutatót* rendezett. Az érdeklődők az ELTE karainak több szakmailag igényes kiadványát ismerhették meg, közöttük *Bánfalvy Csaba – Szauder Erik – Zászkaliczky Péter* (szerkesztésében): *Gyógypedagógus-történetek – Beszélgetések a magyar gyógypedagógia félmúltjáról* című könyvet.

(ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar – ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2006. p. 323 DVD melléklettel)



A könyvbemutatón a bemutatott nyolc könyv szerzőin, szerkesztőin és a karok vezetőin, oktatóin kívül számos érdeklődő jelenlétében a „Gyógypedagógus-történetek”-et **Márkus Eszter** főiskolai docens az alábbiakban mutatta be:

A „Gyógypedagógus-történetek” című könyv több szempontból is elsőnek tekinthető. Első abból a szempontból, hogy a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola ELTE-hez történt csatlakozása (2000) óta ez az első olyan kiadvány, mely a Karon működő kiadásszervezés és az ELTE Eötvös Kiadó együttműködésében jelent meg.

Első azért is, mert a hazai neveléstörténetben és különösen a magyar gyógypedagógia-történetben először jelenik meg olyan interjúkötet, melyben egy adott korszakban, egy adott intézmény életében jelentős szerepet játszó, még élő szemtanúk mesélik el élettörténetüket, szakmai pályájukat, s egyúttal bemutatják az akkori Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, később Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola (ma már ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar) mint intézmény általuk megélt és alakított történetét.

A történet-írás évszázadokon át kizárólagosan hitelesnek és megbízhatónak tartott módszere az írásos dokumentumok feldolgozásán alapult. Az „oral history”, azaz „elbeszélte történelem” a történet-írásban a múlt század közepén jelent meg mint lehetséges forrás és módszer. Az „elbeszélte történelem” egyenrangú kiegészítője az írásos források feldolgozásának, hiszen olyan tapasztalatok, tények és vélemények ismerhetők meg a szemtanúk elbeszéléséből, melyeknek gyakran nincsenek írásos nyomai. Az események és történések az adott időben, egy helyen, egy intézményben tevékenykedő emberek személyes megfigalmazásai alapján sokkal árnyaltabbá és színeesebbé válnak, mert tartalmazzák az egyes emberek egyéni reflexióit is. Éppen ezért nagyon fontos még időben megkérdezni az események szemtanúit, aktív résztvevőit és formálóit arról, hogy ők hogyan látták akkor, és hogyan látják most – bizonyos idő távlatából – az eseményeket „alulnézetben”, belülről.

A szereplők kiválasztásánál vezető szempont, hogy olyan embereket kell találni, akik még pontosan emlékeznek, ugyanakkor egy kicsit már eltávolodtak térben és időben; már nem olyan aktív formálói az eseményeknek, s megfelelő rálátásuk van az adott kultúra, szakterület vagy intézmény életére. Ez esetben nagyon jól sikerült az interjú-alanyok kiválasztása. Olyan személyek, akik egyszerre több irányból képesek szemlélni a hazai gyógypedagógia alakulásának elmúlt 50-60 évét, a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola fejlődésének egyes állomásait. Látják az intézményt és

a szakterületet belülről, és visszanézve kicsit kívülről; látják ugyanakkor alulról, a hétköznapi ember és annak mindennapjai szemszögéből, és látják már felülről is. Látják visszamenőleg, és sok-sok éves tapasztalatuknak köszönhetően vállalkoznak arra is, hogy kicsit előre tekintsenek a jövő felé. Mindezek a „nézőpontok” remekül nyomon követhetők az egyes interjúkban.

A mindennapokban gyakran találkozom azzal a pozitív előítélettel, hogy a gyógypedagógusok különleges emberek, akik angyali türelemmel és toleranciával viseltetnek a másság iránt, akik fantasztikus erőfeszítésekre képesek a fogyatékos gyermekek, fiatalok és felnőttek fejlődésének segítségével, életminőségének javításában, akik a legapróbb eredményeknek is képesek örülni. Lehet, hogy ebben van némi igazság, a külső szemlélőnek tűnhet akár így is.

Aki végigolvassa ezt az interjú-kötetet, egyértelműen megtapasztalhatja, hogy a gyógypedagógusok is ugyanolyan emberek, mint bárki más, akik – a jelen kötetben – nemcsak a gyógypedagógia-történet félmléteinek meghatározó egyéniségei, hanem egyúttal a XX. század szemtanúi is.

Az interjú-alanyok az 1910–30-as években születtek, életüket, sorsukat viharos történelmi események alakították már gyermekkoruktól. Gyermekként vagy fiatal felnőttként élték át a második világháborút, főiskolai hallgatóként vagy fiatal oktatóként, pályakezdő gyógypedagógusként az ötvenes éveket, valamint az 56-os eseményeket. Átélték a hetvenes-nyolcvanas évek nyugodtabb időszakát, ekkor teljesedtek ki szakmai pályájukon, és a kilencvenes évek rendszerváltása idején is még meghatározói voltak a hazai gyógypedagógia életének. Mondhatjuk, hogy a történelmi eseményeknek köszönhetően igen mozgalmas és változatos életsorsokat ismerhetünk meg.

Nagyon érdekes és izgalmas volt számomra olyan történeteket olvasni, melyekhez hasonlóakat még nagyszüleimtől hallhattam. Egy egész korszak történelmét ismerhetjük meg egy-egy ember világlátásának szűrőjén keresztül, hiszen az elbeszélte élettörténet az események, történések sorozatán keresztül a mindennapi élet legbelső szintjeire vezet. Kiderül, hogy a sorsok nagyon egyediek, az élettörténetek részletei nagyon különbözőek, ám nagy egészében mégiscsak kirajzolódnak a múlt század második felének hétköznapijai.

Az „elbeszélte történelem” mint történeti forrás, módszertani sajátosságaiból adódóan, egyedülálló módon interaktív folyamat eredményeként jön létre. A kérdezők irányítják az emlékezést, mely ez esetben három fő témakör köré rendezhető: az egyéni élettörténet, az egyéni szakmai életút és a Főiskola története. A beszélgetéseket olvasva azt tapasztaltam, hogy az interjúzók nagyon finoman irányították a beszélgetéseket, egyedileg alkalmazkodva a beszélgető-partnerek gondolatmenetéhez, ugyanakkor nem tévesztették szem

elől az eredeti témaköröket, célokat sem. Ebben könnyebbiséget jelenthetett az is, hogy a kérdezők személyesen is ismerték, ismerik a megkérdezetteket, pontosan tudták, hogy kitől mit kell és mit érdemes megkérdezni.

A végső szöveg a felvett interjúk legépelt, majd a kérdezők és az interjúalanyok által javított változata. Stílusában azonban meghagyták a beszédszerűséget, éppen ezért könnyen olvasható. Élvezetes olvasmány, hiszen az elbeszélők mind 40-50 éves oktatói, előadói gyakorlattal a hátuk mögött beszélnek, így elbeszélésük nagyon képszerű, szemléletes.

A beszélgetések írásban történő visszaadása során felmerülhet, hogy bár a szöveg beszédszerű, ám elvesznek a beszédet kísérő non-verbális és metakommunikatív elemek, hiszen nem látjuk a beszélő arcát, szemeit, gesztusait. Nekem személy szerint ez nem okozott hiányérzetet a könyv olvasása közben, hiszen mindegyik mesélőt ismerem személyesen, többségük a tanárom volt, többekkel a mai napig rendszeres szakmai és informális kapcsolatban vagyok. A róluk bennem élő emlékképek segítettek abban, hogy olvasás közben szinte magam előtt láttam az arcukat, mozdulataikat, mosolyukat vagy éppen futólag összeráncolt homlokukat. Hallottam hangjukat, el tudtam képzelni beszédtempójukat, hangerejüket és a beszédben tartott szüneteket.

Azonban azoknak az olvasóknak sem kell nélkülözniük ezeket az élményeket, akik nem ismerik a szereplőket. A könyvhöz ugyanis *Szaffner Gyulának* köszönhetően készült DVD-melléklet is készült. A tizenegy megszólaló közül kilencet láthatunk és hallhatunk interjú közben. Természetesen az interjúk nem szerepelnek teljes terjedelmükben az DVD-filmen, személyenként 10-15 perces részletek kerültek összevágásra a beszélgetésekből. Ez viszont elegendő ahhoz, hogy azok is el tudják képzelni a gyógypedagógia félmúltjának meghatározó alakjait, akik nem ismerik őket személyesen.

Ha kritikai észrevételt is szabad tenni a méltató szavak sorában, akkor azt említtem meg csupán, hogy a kötet hiányos. Néhány igen fontos személy maradt ki amiatt, hogy csak 2005-ben kezdődhettek el a munkálatok. Nagyon szívesen olvastam volna interjút a sokat emlegetett *Göllesz Viktorral, Illyés Sándorral* és *Lovász Tiborral*. Ők sajnos az interjú-kötet megvalósítása előtt eltávoztak, ami miatt pótolhatatlan hiányérzet maradt. Néhány más meghatározó személy is kimaradt, akik szerepeltek az eredetileg tervezett 30 személyt felsoroló listán, az ő megszólaltatásuk elsősorban az anyagi források szűkössége miatt nem valósulhatott meg.

Nagyon fontosnak tartom, hogy valamilyen módon legyen folytatása a *Gyógypedagógus-történeteknek*, hogy a most 60-as éveik közepén-végén járó generáció tagjai közül ne veszítsük el azokat, akik személyes élményeik, tapasztalataik alapján további adalékokat adhatnak a magyar gyógypedagógia és a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar XX. századi történetéhez.

A könyv végén két szerkesztő eltérő perspektívából bemutatott olvasatát ismerhetjük meg. *Bánfalvy Csaba* – lévén szociológus – a társadalom, a társadalmi mobilitás szemszögéből elemzi az interjúk tartalmát, a szocializmus és az azt megelőző rendszerek társadalmának változásai tükrében. *Zászkaliczky Péter* a gyógypedagógiai hagyomány és szemlélet nézőpontjából foglalja össze az olvasottakat utószavában. E két tanulmány elsősorban a gyógypedagógiát közelebről ismerő szakemberek számára kínál elgondolkodtató fejtegetéseket, vitaindító gondolatokat.

A borítón szereplő interjúzók és szerkesztők mellett, a kötet „társ-szerzői”, azaz a beszélgető partnerek, akik megosztják velünk életüket és szakmai pályájuk tapasztalatait (az interjúk sorrendjében): *Gordosné dr. Szabó Anna, Hatos Gyula, Illyés Gyuláné, Lányiné dr. Engelmayer Ágnes, Méhes József, Mérei Vera, Mesterházi Zsuzsa, Mezeiné dr. Isépy Mária, Pálhegyi Ferenc, Subosits István és Révay György.*

Ajánlom mindenkinek ezt a könyvet, aki ismeri a felsorolt személyeket, hiszen olyan dolgokat tudhatunk meg róluk és tőlük, melyek színesebbé teszik szakmai munkásságukról alkotott képünket.

Ajánlom mindenkinek ezt a könyvet, aki nem ismeri a kötet szereplőit, mert nagyon érdekes életsorsokat ismerhetnek meg belőle. Az idősebb olvasók saját gyermek- és fiatalkorukat eleveníthetik fel, a fiatalabbak pedig megismerhetik belőle szüleik és nagyszüleik generációjának életét, mindennapjait, örömeiket, nehézségeiket. Mindemellett pedig „emberközele”, „életszerű” képet kaphatnak a gyógypedagógusokról, a gyógypedagógiáról.

Bíztatásomat a *Mérei Vera* interjúból vett szavakkal erősítem meg: „*Hát az a legérdekesebb, egy ember, nem? Épp a múltkor mondta valaki nekem, hogy a dokumentumfilmeket szereti, és mondtam én meg az önéletrajzokat, mert hát tényleg, ez a legérdekesebb, ez egy kiapadhatatlan forrás.*” (137. o.).

Márkus Eszter

Gyógypedagógusként két év az Amerikai Egyesült Államokban

DEMETER CSILLA és DEMETER GYULA

(Közlésre érkezett: 2006. október 5.)

2003-ban először volt alkalmunk hallani gyógypedagógusokként a Faces (Foreign Academic & Cultural Exchange Services, Inc.) programról, amely szakképzett tanároknak (nem csak gyógypedagógus tanároknak) nyújt lehetőséget, hogy Dél-Karolina valamely állami iskolájában tanítsanak. A program szorgalmazza a különböző nemzetiségű fiatal pedagógusok közötti kapcsolatteremtést, egymás kulturális elfogadását, valamint oktatási tapasztalatra ad lehetőséget. Ezen magánszervezet, mely az Amerikai Egyesült Államok Minisztériumának megbízásából támogatja a világ különböző részéről érkező tanárokat, gyógypedagógusokat, biztosította számunkra is, hogy már a 2003-2004-es tanévet Estillben kezdjük.

Gyógypedagógusokként majd minden típusú akadályozottsággal rendelkező gyermek egyéni vagy frontális oktatására van lehetőség. A széles palettának mi személy szerint két formáját ismertük meg: a 10-14 éves tanulás- és viselkedészavaros gyermekek egyéni fejlesztését, valamint a 15-19 éves tanulásban akadályozott és viselkedésbeli-, szociális problémákkal küzdő fiatalok frontális oktatását. Bár mindkét életkornak és tanítási, fejlesztési módnak megvannak a maga sajátos vonásai, itt csak összefoglalóként szeretnénk ismertetni és megfogalmazni néhány gondolatot az államokbeli integrált oktatásról és saját tapasztalatainkról.

Megérkezésünket követően egy hetes képzésben részesültünk, melyen megismerkedtünk az dél-karolinai oktatási rendszer alapjaival, valamint eligazítást kaptunk arról, hogy milyen élettapasztalatokra tehetünk szert, hiszen nem csak iskolát, de kultúrát is váltottunk. Még azt hozzá kell tennünk, hogy már szeptemberben több vizsgán is meg kellett felelnünk, hogy a dél-karolinai normáknak megfelelően felkészült szakembereknek tekintsenek bennünket. Ezek nem jelentettek gondot jól felkészült gyógypedagógusok

számára és lényegesen nagy segítség volt, hogy egy extra órát kaptunk az esetleges nyelvi nehézségek elkerülése végett. Az első időszak nagy kihívás volt a számunkra. Megismerkedtünk módszereikkel és értékelési rendszerükkel, beleszoktunk ritmusukba és alkalmazkodtunk stílusukhoz és az ottani nevelési normákhoz.

Szegregált oktatással már csak iskolákba integrált osztályok keretén belül találkoztunk, de még a súlyosan halmozottan sérült gyermekek is találkoztak egészséges társaikkal nap, mint nap. A speciális segítséget igénylő gyermekek több mint fele egészséges gyerekekkel töltötte a nap 80-90 %-át és a többieknek is próbáltak teret biztosítani a közös tevékenységekhez (ének, zene stb.). A másság fogalma itt Dél-Karolina eme kicsi falujában egészen egyszerűen hétköznapi fogalomná vált (ennek negatív és pozitív oldalaival persze). Mi „másak” voltunk, mint európaiak, magyarok, mely országról még nagy részük nem is hallott, a speciális igényű gyermekeink „másak” voltak a maguk egyéni igényeivel, de a gyerekek nagy többsége „más” volt, lévén a 95%-a az iskolai gyermek populációnak afro-amerikai, ugyanakkor a fehér gyermekek is „másnak” érezték magukat. Tanulóink mássága csak színezte a bőrszínek és kultúrák másságának játékát.

Egy tipikus iskolai nap reggel 7óra 45 perckor kezdődött és délután 3 órakor lett vége. 180 iskolai nap van minden évben és még 20 munkanap a tanároknak. Az iskolai év augusztusban elkezdődik és május végén vakáció.

Módszereink és tanítási stílusunk, melyeket nagyon gyorsan adaptáltunk a környezetnek megfelelően, jól beváltak. Íratlan szabályok azonban itt nem voltak. Minden ok-okozati összefüggésen alapult, rendszerbe foglalva és írott formában, kerülendő az esetleges támadásokat. Úgy a tanárok, mint a szülők és a gyermekek kézbe kapták azokat a szabályokat, melyek szerint működni és viselkedni lehet a tanulási folyamat alatt, de még a pár perces szabadidőben is. Ezen felül bármelyik tanár a csoport, tantárgy vagy foglalkozás specifikus voltát figyelembe vevő szabályrendszert alakított ki, melynek alapja a közös rend.

A tanórák vagy fejlesztések hasonlóan szerveződtek, mint idehaza, rengeteg manipulatív és mozgásos tevékenységre téve a hangsúlyt. A gyermek motiváltságát a tanárnak kell biztosítani, ami néha nem volt kis feladat. Az infrastruktúra támogató ereje nagyon megkönnyítette a munkánkat. Jó szemléltető eszközök, könyvek, technikai felszereltség és bármilyen szükséges anyag áll a tanár rendelkezésére, hogy a legmegfelelőbb módon adja át a megtanulandó ismereteket. A továbbképzések, konferenciák nagyon gyakoriak, hogy új ismeretekkel, új ötletekkel és módszertani fogásokkal tudja a győgyepedagógus elvárásolni diákjait, és egyre mélyíteni, készséggé tenni a tudást. A tanításnak érdekesnek és dinamikusnak kellett

lennie, amit gyakran ellenőriztek is erre hivatott kompetens tanárok. Valamint péntek délután vagy legkésőbb hétfőn reggel 8 óráig bizonyos vezető szaktanárok kezében kellett legyen a gyógypedagógus, illetve bármely tanár heti lecketerve, heti óravázlata.

A tanítási órák beosztása, a lecke vázlatok, a szabályok tanárok és iskolánként változtak. Ezen okból kifolyólag nem tudunk egy az Egyesült Államok vagy Dél-Karolina Államára jellemző modellt kiemelni, de általános sajátosság, hogy minden tanuló a tanév végén egy felmérésben részesül (PACT Test), mely eredményeket állami, majd országos szintű adatbázisként kezelnek és a gyermekek megtudják, hogy megfelelnek-e a velük azonos osztályban, életkorban lévő gyerekek átlagának vagy sem. Ezen felül a speciális igényekkel rendelkező gyermekek még gyógypedagógusi-pszichológusi felmérésben is részesülnek, mely eredményekre épül a következő évi fejlesztési tervük (Individual Educational Plan). A részfeladatok kijelölését és elsajátítását teljesen a gyógypedagógusok kompetenciájára bízzák, de következő évi felméréskor újra értékeli a tanulót, s ugyanakkor latens módon a tanárait is.

A tanár felelősége, hogy a napi feldolgozandó, elsajátítandó ismeretei megfeleljenek az állami és a helyi tantervnek. Általános a szülőkkel való kapcsolattartás. Rendszeresen fel kell mérni a tanulók szintjét és erről minden 9. héten (az év négy 9 hétből áll) a szülőknek írásbeli értesítést kell kapniuk, abban az esetben is, ha gyermekük a céloknak megfelelően jól halad. Szülő, szociális gondozó, a 14. életévét betöltött gyermek, a gyermekkel foglalkozó tanárok, gyógypedagógusok, valamint egy személy az iskola vezetéséből van jelen az éves közös megbeszélésen (Annual Review), melynek lényege, hogy megbeszéljék, milyen eredmények észlelhetők a gyermek fejlődésében és hogyan tovább, beszélgetnek távolabbi vagy rövidtávú célokról. Évközbeli problémák esetén (új gyógyszerelés elkezdése, viselkedés vagy motiváció romlása, esetleges bűnözési problémák) bármikor szervezeten összehívható volt ez a csapat (Special Review). Mindenki együtt lévén hangot adhatnak kétélyeiknek, elvárásaiknak, véleményeiknek, persze olyan formában, hogy ez senkit se sértsen, mert itt nem csak a speciális igényű egyének, de bármely egyén polgári jogait nagyon védik.

A két éves gyógypedagógusi munkánk alatt az Amerikai Egyesült Államokban nagyon nagy tapasztalatra, élethelyzetbeli megoldásokra tettünk szert. Diplomatikusan, nyíltan és tisztán lehet képviselni gyógypedagógusokként a világ bármely pontján a speciális igényű egyének jogait, érdekeit, hiszen mindannyian megértésre, emberségre és szeretetre vágyunk.

Tanultunk és tanítottunk egy fejlett ország rendszerében. Kívánjuk, hogy sok pályakezdő fiatalnak vagy gyakorló gyógypedagógus kollégának adasson meg a lehetőség, hogy ebben vagy egy hasonló programban részt vehessen.

Szakmai tapasztalat, nyelvtanulás, életszemlélet és világlátás, amit a Faces program www.facesorg.inc nyújtott nekünk.

A szerzők címe:

1141 Budapest, Szugló u. 141. fszt. 2.

KÖZLEMÉNY

Értesítjük a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete (MAGYE) tagjait, hogy az Egyesületünkkel kapcsolatos kérdéseik, közölni valóik esetén az alábbi e-mail címeket vegyék igénybe:

Belépéssel, kérésekkel, javaslatokkal a főtítkárhoz fordulhatnak (MEZEINÉ DR. ISÉPY MÁRIA) tovabbkepzo@barczy.hu címen.

A Gyógypedagógiai Szemle (GYOSZE) szerkesztésével kapcsolatos kérdésekkel, javaslatokkal, kéziratokkal a főszerkesztőt (GORDOSNÉ Dr. SZABÓ ANNA) keressék anna.gordos@barczy.hu címen.

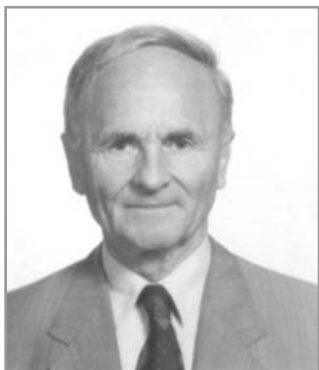
Lakcím- és névváltozás, tagdíjfizetés, GYOSZE postázási ügyekben a gazdasági titkárhoz (RÉVAY GYÖRGY) kell fordulni magye.1972@gmail.com vagy revay.gy@gmail.hu.

e-mail címmel rendelkező tagtársainkat kérjük, hogy saját e-mail címüket a két előző e-mail cím valamelyikére írják meg.

Végül örömmel közöljük Olvasóinkkal, hogy a honlapunk elkészült:
www.magye-1972.hu

Köszönettel,

MAGYE Titkárság



IN MEMORIAM

Kovács Tibor
(1924-2006)

2006. október 22-én elhunyt egy krisztusi humanizmust sugárzó, kiemelkedő intelligenciájú, magas fokú szakmai felkészültséggel rendelkező gyógypedagógus, Maróthi díjas nyugalmazott Hajdú-Bihar megyei szaktanácsadó.

1924. szeptember 29-én Hajdúnánáson született. A Debreceni Református Főgimnáziumban szerezte meg azt a magas fokú műveltséget, amelyet egész élete során folyamatosan gyarapított. Kiváló tanárai közül kiemelkedett Karácsony Sándor, akinek pedagógiai munkásságát már tanítványként is csodálattal figyelte. Élvezte a magyar föld szépségét. A sport, a természetjárás, a kertészkedés nemcsak iskolás éveiben volt kedvelt tevékenysége, hanem a későbbiekben is szabadidejének meghatározó része volt.

Theológus hallgatóként, majd segédlelkészként is sokat foglalkozik a fiatalokkal, valamint a beteg, fogyatékosok, nyomorékok és neurotikus emberek megsegítésével.

1953-ban nem hajlandó a „hivatalos egyház” politikai irányvonalát képviselni, prédikációjába a szocialista mezőgazdaság fejlesztésének fontosságát belefoglalni. Az erre utasító körlevelet lelkészi összefüggés nélkül nyíltan bírálja. Ennek következményeként a lelkészi szolgálatról felfüggesztik, felszólalását hitetlennek, szeretetlennek, engedetlennek és erkölcstelennek minősítik.

Elbocsátása után geodéziai és gyógyszertári segédmunkásként gondoskodik családjá eltartásáról. Az 1956-os forradalmat követően ismét lehetőséget kap a lelkészi hivatás gyakorlására. Erre az időszakra jellemző légkör egyre jobban szorítja a torkát a szószéken. Az egyházi szolgálatot felcseréli a gyógypedagógia szolgálatával. Régi vágyát valósította meg azzal, hogy 1963-ban Tornanádaskára kerül, és képesítés nélküli nevelőként értelmi fogyatékos gyermekekkel kezd el foglalkozni. Közel 40 évesen maximális pontszámot elérve, felveszik a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolára, ahol kiváló eredménnyel véggez. Debrecenbe visszakérülve a Hajdú-Bihar Megyei Pedagógiai Intézet munkatársaként, iskolai-érettségi vizsgálatok, értő olvasás és a korai beszédfejlesztés kísérletét vezeti. Élre

áll az újat és korszerűt akaró pedagógiai törekvéseknek, publikációi jelennek meg, országosan is elismert szakember. Az Országos Pedagógiai Intézet felkérésére bekapcsolódik a részképesség-kieséssel küzdő tanulók korrekciós nevelését segítő fejlesztő programok kidolgozásába. Meixner Ildikó munkatársaként meghatározó szerepe van a dislexia prevenciós módszer kidolgozásában, elterjesztésében. Csabai Katalin logopédus a beszédükben akadályozott gyermekek, tanulók fejlesztéséhez készítette LEXI című szakmai kiadványába a Tibor bácsi által írt mozgásos mondókákat és verseket is beépítette.

Az 1970-es években szakfelügyelői munkakörben is „szaktanácsadói” beállítódás jellemzi. Továbbképzéseket szervez, helyi kutatásokat indít, előadásvázlataival segíti a területi munkaközösségi foglalkozások sikerét. Fontosnak tartotta az értékek mentését, az értelmi fogyatékos tanulókkal való foglalkozásnál a családi légkört, az igényes és szakszerű munkát. Jó érzékkel felfedezte munkatársaiban a tehetséges pedagógusokat, akiket munkával bízott meg és szakmailag segített. Többen is vagyunk, akik neki köszönhetjük, hogy a gyógypedagógiában vezetőként is alkalmazhatjuk a tőle kapott szakmai tudást, beállítódásban pedig az emberséget és a gyógypedagógia iránti elkötelezettséget. Gyógypedagógus feleségével segítette annak a szakmai munkaközösségnek a munkáját, akik a közép súlyos értelmi fogyatékos tanulók számára a ma is használt könyveket írták.

Sokat dolgozott azért, hogy értelme legyen a munkájának. Szakmailag országosan olyan elismertségre tett szert, hogy az akkori helyi „hatalmasságok” nem merték bántani. Így megőrizhette szakmai autonómiáját, és a gyakran értelmetlen központi szabályozók helyi adaptációját megfelelően tudta irányítani.

Aktív pedagógiai pályafutásának a végén, a nyugdíjas évek kezdetén a Debreceni Tanítóképző Főiskolán – az akkor kísérletként induló – gyógypedagógiai szakkollégista tanítójelöltekkel ismertette meg a gyógypedagógiai tevékenység értékét, szépségét. Munkája eredményességét igazolja, hogy a végzett hallgatók többsége gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézményekben helyezkedett el, majd a fogyatékoság típusához igazodó gyógypedagógiai szakképesítést is megszerezték.

Nyugdíjas éveiben verseinek számát tovább gyarapította, és kiadót is talált a megjelenítésre. Bárczi Gusztáv születésének 100. évfordulójára is verssel emlékezett. Nekünk is hasonló gondolatok jutnak eszünkbe, amikor Tibor bácsi arcképe megjelenik előttünk.

„Nézzél ránk okos szemeddel
s az ugarra, melyen sorra-sort
húzza, kezünk kezeddél
összeér, mint a Van s a Volt,”

Emlékét tisztelettel és szeretettel megőrizzük.

Szabó Imre

Megalakult a Látássérült Személyek Rehabilitációs Szakembereinek Egyesülete (LÁRESZ Egyesület)

Már a 90-es évek végén felmerült a gondolat egy olyan egyesület létrehozására, amely egyesítené a látássérültek rehabilitációjában dolgozó szakembereket. A körülmények és az egyre növekvő igények hatására 2006-ban ismét próbát tettünk az egyesület létrehozására. 2006. október 2-án a Fővárosi Bíróság nyilvántartásába vette a Látássérült Személyek Rehabilitációs Szakembereinek Egyesületét (LÁRESZ Egyesület).

Az egyesület fő célja, hogy ellássa tagjai – elsősorban a működési területén élő látássérült személyek részére nyújtott rehabilitációs tevékenységet ellátó szakemberek – érdekvédelmét, módot nyújtson tagjainak érdekeik kifejezésére, lehetőséget teremtsen azok érvényesítésére, és ellássa érdekképviselőtüket. Az egyesület közhasznú tevékenységének céljai:

- a látássérültek tájékozódását és közlekedését, mindennapos tevékenység végzését tanító gyógypedagógiai tanárok (mozgástrénerek, rehabilitációs tanárok) oktatása és érdekeinek képviselése;
- a látássérültek tájékozódás- és közlekedés, mindennapos tevékenység tanítása színvonalának javítása;
- szakmai konferenciák szervezése, tapasztalatcsere a hazai és külföldi rehabilitációs szakemberekkel;
- a szakma níveljének védelme;
- a rehabilitációs szakemberek etikai kódexének kidolgozása, gondozása;
- egységes szakmai irányvonal kidolgozása.

Az Egyesület szeretne együttműködni az állami, társadalmi, és kiemelten a fogyatékosügyi, a szociális, az egészségügyi, az oktatási szervekkel, személyekkel, valamint minden – együttműködést vállaló – civil szervezettel, intézménnyel, személlyel. Ennek egyik területe az akadály-mentesítési munkákban való részvétel. Az Egyesület szeretné szakmai tudását átadni, más, látássérültekkel foglalkozó egyesület, szervezet szakembereinek.

Az Egyesület honlapjának készítése folyamatban van, addig is elérhetőségünk: onalloan@citromail.hu

Konner Eszter Éva és Veress Éva
elnökségi tagok

Bíró Csaba

LÁRESZ

1147 Budapest, Czobor u. 1. fszt. 1.

A tanulásban akadályozott (enyhe értelmi fogyatékos) tanulók hosszmetzeti növekedésvizsgálatának eredményei, tapasztalatai 30 év tükrében – 1975–2005 –

2006. szeptember 4-én és 5-én került megrendezésre az *Európai Antropológiai Társaság 15. Kongresszusának kétnapos Szatellit Konferenciája*, Homokon, a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Kollégium, Pedagógiai Szakszolgálat és Gyermekotthonban (Homok, Beniczky G. út 5.)

A fenti intézményben 30 éve (1975-2005) folynak *hosszmetzeti növekedésvizsgálatok*, Dr. Buday József vezetésével.

Értelmi fogyatékos (tanulásban és értelmileg akadályozott) gyermekek növekedésének és testi fejlődésének tanulmányozásával Magyarországon a gyógypedagógia klasszikusai (pl. Szondi Lipót, Bárczi Gusztáv) foglalkoztak. A fogyatékos gyermekek növekedésére vonatkozó, eddig publikált adatok főként keresztmetzeti vizsgálatokon alapultak.

A tanulmányok egyetértenek abban, hogy a fogyatékos gyermekek testméreteinek átlagai rendszerint nem érik el a hasonló korú ép gyermekek átlagait, bár ritka, hogy a különbség matematikai módszerekkel igazolhatóan szignifikáns. A hosszmetzeti növekedésvizsgálatok időigényesek, kitartást, jó szervezőmunkát igényelnek; s az első eredményekre is legalább 10 évet szükséges várni. *Ezért kiemelkedő jelentőségű e 30 éves vizsgáldás!*

A kilencvenes évek elejétől a növekedési paraméterek mérése kiegészült a fizikai állóképességre (physical fitness) vonatkozó vizsgálatokkal. Ez azért lényeges, mert a tanulásban akadályozott (enyhe értelmi fogyatékos) tanulók – valószínűsíthetően – elsősorban fizikai munkából fognak megélni, körükben „kenyérkérdés” a fizikai munkára való alkalmasság, a fokozott teherbíró és állóképesség megléte.

Nevelésük-oktatásuk során tehát fokozott figyelmet szükséges szentelni a testi nevelésnek, fizikai munkára nevelésnek!

Megjegyzendő, hogy a fizikai állóképesség mérésére a legutóbbi időkhöz nem volt nemzetközileg elfogadott egységes módszer. Erre a célra dolgozták ki az ún. EUROFIT tesztet, 1993-ban. E tesztből – értelmi fogyatékos gyermekek esetében az utasításértés akadályozottsága okán – néhány szubtesztet szükséges volt kihagyni.

Ismeretes, hogy a gyermekek növekedése voltaképpen egy előre meghatározott genetikai program megvalósítását jelenti. E program a lehetőségeket adja meg, a testméretek értékeit a környezeti hatások is befolyásolják. A külső faktorok közül lényeges a táplálék minősége és mennyisége, valamint a fizikai terhelés, edzés minősége, foka.

A fizikai munkára nevelés - mely Homokon, a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Kollégium, Pedagógiai Szakszolgálat és Gyermekotthonban jellemző és kiváló - segíti a tanulók testi fejlődését és megnöveli az esélyüket a társadalmi betagozódásra, a munkavállalásra.

A fent említett Szatellit Konferencia (többnyire angol nyelvű) előadásai tematikájukat, tartalmukat tekintve széleskörűek voltak, de az alábbi témakörök köré csoportosíthatók:

- az értelmi fogyatékos gyermekek növekedésének, testi fejlődésének és diszproporcionális testalkatának, valamint az értelmi fogyatékosok súlyosságának összefüggései;
- az etiológiai tényezők hatása a növekedésre / testi fejlődésre és testalkatra;
- a felnőtt értelmi fogyatékosok testalkata, fizikai állóképessége és munkahelyi bevétele.

Dr. Buday József mellett, neves külföldi professzorok (pl.: Prof. Dr. William D. Ross Kanadából, Prof. Dr. Gertrude Hauser a bécsi egyetem orvoskaráról, Prof. Dr. László Aranka a Szegedi Egyetem Orvostudományi Karáról és Prof. Dr. Farkas Gyula a Szegedi Egyetem Természettudományi Karáról), hazai gyógypedagógiai intézmények képviselői és a mérésekben résztvevő lelkes hallgatók ismertették eredményeiket.

A 30 éves vizsgálódás tapasztalatai később tanulmány formájában is megjelennek.

Úgy tűnik, hogy álló- és teherbíró képesség, fizikai erőnlét szempontjából az enyhe értelmi fogyatékos tanulók erősebbek, terhelhetőbbek, mint a hasonló életkorú, ép értelmű társaik, ugyanakkor körükben gyakrabban fordulnak elő testtartási elváltozások, „deformitások”.

A konferencia előadásait követően színes program várta a magyar és külföldi előadókat, illetve a hallgatóságot, így például a tiszakürti arborétum megtekintése, cserkeszőlői fürdőzés és a Parafónia nevű, értelmileg sérült (főként Down szindrómás) fiatalokból álló zenekar színvonalas koncertje. Koncertjük megható, feledhetetlen élményt nyújtott.

A konferencia megrendezéséért köszönet illeti a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Kollégium, Pedagógiai Szakszolgálat igazgatóját, szakembereit; valamint *Dr. Buday József* Tanár Urat.

Buday Tanár Úr meghívására e konferencián én is részt vehettem. Megtisztelve éreztem magam.

Jó szívvel emlékszem vissza azokra a főiskolai évekre (tavaszokra), amikor akadályt nem ismerve mértük a homoki fiúkat, lányokat.

Előfordult, hogy egészen Zánkáig követtük a tanulókat, hogy „Ki mit tud?”-os szereplésük után megejthessük a növekedés-vizsgálatokat.

A vizsgálódások hozadéka, gyümölcse volt számunkra egy-egy kiemelkedő – Tudományos Diákköri Konferencián elért – eredmény, egy-egy sikeres, tartalmas szakdolgozat. Mindezeket látva, átélve, eltörpül az a „csöppnyi” izgalom, szorongás, amelyet a kezdetek kezdetén az anatómia vizsga jelentett. Hallgató társaim nevében is tisztelettel köszönetet mondok *Dr. Buday József Tanár Úrnak* a következetes okításért, a sok-sok segítségért. Legfőképpen egészséget és sok-sok erőt kívánunk további munkájához és a növekedés-vizsgálatok eredményeinek tanulmány-kötetben való megjelenítéséhez.

Vankóné Kálló Krisztina

A szerző gyógypedagógus

Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Pedagógiai Inézet. Pedagógiai Szakmai és Szakszolgálat, Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, (Szolnok)

Add a kezed!

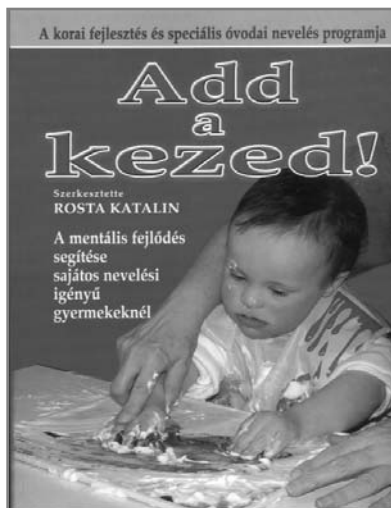
A korai fejlesztés és speciális óvodai nevelés programja

Szerkesztette: Rosta Katalin. Budapest, Logopédiai Kiadó, 2005. p. 352

Közel 10 év után a korai fejlesztés témáival kibővítve újra megjelent az „Add a kezed!” óvodai program gyógypedagógiai óvodák számára. Az ELTE Speciális Gyakorló Óvoda és Korai Fejlesztő Módszertani Központ munkatársai által ki - és átdolgozott 350 oldalas kiadvány fontos, hiánypótló szerepet tölt be az értelmileg akadályozott gyermekek gyógypedagógiai fejlesztésének területén. A felhasználhatóságot a gyakorlatokat, módszereket illusztráló fényképek és az ügyes szerkesztés rendkívül könnyeddé és hatékonná teszik.

A korai intervenció általános kérdéseinek megfogalmazása (fogalom, alapelvek, célok) után nem szorítkoznak a szerzők csupán a fejlesztés területeinek és módszereinek leírására, hanem olyan fontos kérdésekre is kitérnek, mint a gyermek fejlődésének ellenőrzése, tanácsadás a szülőknek az otthoni fejlesztéshez, vagy az egyéni fejlesztési tervek eseteleírásokkal színebbé tett formái. Tudjuk jól, hogy a szülők gyakran bizonytalanná válnak abban, hogy mit tehetnek, játszhatnak értelmileg akadályozott gyermekükkel. Rendkívül újszerű és igen öröndetes, hogy a szülőknek ötlettárral segítenek megoldani ezt a problémát. Az ötlettár a gyakorlatban dolgozó gyógypedagógusoknak is igen hasznos lehet. A fejlesztési területeknél külön fejezetekben térnek ki a testtudat kialakítására és a szociális-érzelmi terület fejlődésére, fejlesztésére, amelyek talán így még nagyobb hangsúlyt kaphatnak a fejlesztés során.

Napjaink elvárásainak megfelelően a mű röviden érinti az értelmileg súlyosan akadályozott, halmozottan sérült gyermekek korai fejlesztését is a Fröhlich-féle bazális stimuláció bemutatásával. Mint a mellékelt képek is mutatják, a módszer nem csupán halmozottan sérült gyermekek fejlesztésénél



fontos, hanem kiválóan alkalmazható (és alkalmazandó) súlyosabban értelmileg akadályozott, „csak” járulékos zavarokkal együttjáró eseteknél is.

A kiadvány második része foglalkozik az óvodai nevelés témaköreivel. Ez a rész az 1997-ben megjelent óvodai fejlesztés programja alapján készült. A könyv fontos részét képezi - a felhasználható versekkel, dalokkal, és játékokkal együtt – a műben szerepelő valamennyi fejlesztési területnél ismertetett tanmenetjavaslat és csatolt tanítási tervezet.

A Gyógypedagógiai Gyakorló Óvoda és Korai Fejlesztő Módszertani Központ széleskörű tevékenységét jelzi, hogy a „Zenei nevelés alapjai” c. fejezetben az Ulwila – módszerrel is megismerkedhetünk.

A kiadvány szerves része a több, mint 100 oldalas melléklet, amelyben a gyakorlatban dolgozó szakemberek találhatnak fontos segítséget munkájukhoz. Egymás után megtalálható itt többek között az anamnézis felvételi lap értelmileg akadályozott gyermekek számára, a gyógypedagógiai jellemzés szempontrendszere, vagy szempontok az egyéni fejlesztési tervekhez. Fontosnak tartom, hogy a fejlődési szint megállapítására szolgáló Strassmeier-féle felmérés bekerült a mellékletbe, ennek segítségével a gyógypedagógusok a korai és óvodai fejlesztés során is (akár 8 éves korig) objektív képet kaphatnak a gyermek fejlettségéről. Igazán valamennyi melléklet fontos és jól használható, talán kiemelném még a fejlesztő-gyűjtemények és módszertani leírások fejezetet.

A kötet tartalmán jól érződik a sokéves kierielt gyakorlat hatása, mind a szerkesztésben, mind az egyes fejezetekben lényeges, a gyakorlatban jól használható kérdésekre térnek ki. A kötet szerencsés összeállítása és praktikus kivitelezése lehetővé teszi, hogy igen széles körben használható legyen: jól forgathatják a szülők vagy a segítő családtagok, sikeresen beépíthető a gyakorlati munkába és nem utolsósorban a korai segítségnyújtás módszereit tanuló értelmileg akadályozottak pedagógiája szakos hallgatók egyik tankönyvéül szolgálhat a képzésben. Jó lenne, ha a társtudományok szakembereihez is eljutna a kiadvány, ők is képet kaphatnának a korai segítségnyújtásban folyó komoly, kidolgozott munkáról.

Dr. Radványi Katalin

Budapest Bridge

I. Nemzetközi Paralimpiai Sport Film Fesztivál

Szakmai tanulságok egy hazai fogyatékoságügyi eseménnyel kapcsolatban

2006. március 30 - április 1. között széleskörű rendezvénynek adott otthont a Millenáris Park. A Budapest Bridge fesztivál *Ponyiczky László* ötletadója és főszervezője, valamint *Nádas Pál*, a Magyar Paralimpiai Bizottság elnöke rendezésében vált valóra.

A filmfesztivál nemzetközi szinten is az első ilyen alkalom volt. A filmfesztivált *dr. Ábrahám Pál*, a Nemzeti Sporthivatal elnöke nyitotta meg, köszöntőt mondott sir Philip Craven, a Nemzetközi Paralimpiai Bizottság (IPC) elnöke, valamint *Nádas Pál*, a Magyar Paralimpiai Bizottság (MPB) elnöke.

A rendezvény többcélú és több szinten zajló eseményeket fogott össze. Éppen ezért jelentősége nemcsak nemzetközi szinten volt érdemes, hanem a fogyatékos emberek sportjának hazai gyakorlatában is.

Az események középpontjában a fogyatékoságüggyel és sporttal foglalkozó *filmfesztivál* állt, amelyre 20 országból 55 film érkezett, és amelyből a zsűri 33 filmet választott bemutatásra. A rendezvény két teljes napja alatt a kiválasztott filmek bemutatása folyamatos volt, a rendezők legnagyobb meglepetésére a vetítések lelkes nézősereg előtt zajlottak. Az eredményhirdetést a zsűri elnöke, *Jancsó Miklós* vezette. A filmeket sir Philip Craven a Nemzetközi Paralimpiai Bizottság elnöke, *Nádas Pál*, a Magyar Paralimpiai Bizottság elnöke, Vincze Zoltán rendező, és *dr. Fejes András*, az első hazai paralimpiai érmes sportoló zsűrizte.

A Sportfilm-fesztivál kilenc kategóriában meghirdetett nyertesei közül a fő díjat *Gouxin Chen* kínai rendező nyerte az „*Árral szemben*” című filmmel. A magyar rendezők is szép eredményeket értek el. Az Európai Parlament külön díját *Ponyiczky László* az „*Athén 2004*” című filmmel hozta el, és a portré film kategória nyertese szintén magyar rendező volt, *Tamás Éva* „*Athén 2004. Paralimpia*” című filmmel.

Jelentős esemény volt a Magyar Sport Házában tartott: „*A média és a paralimpiai mozgalom*” elnevezésű nemzetközi konferencia, 2006. március 31-én. Az előadások a paralimpiai mozgalomról, és a mozgalomnak a médiával való kapcsolatáról szóltak, kitérve ennek szakmai, szakmapolitikai kérdéseire és nem utolsósorban megfogalmazva a jövő feladatait. *Philip Craven* (IPC elnök) összegezte az IPC és a média kapcsolatát és a paralimpiai

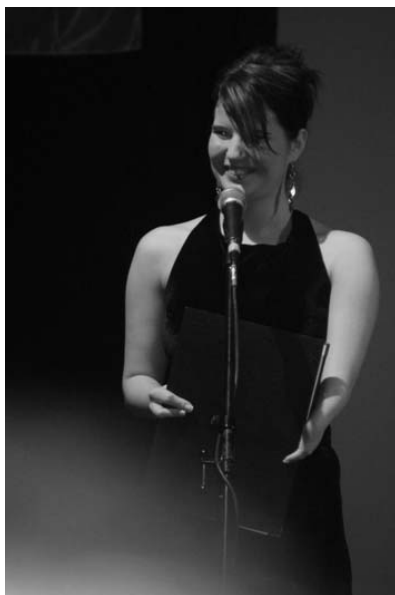
eseményeinek statisztikai megoszlását a média szempontjából, hangsúlyozva a partnerség gondolatát a paralimpiai mozgalmon belül és kívül egyaránt. *Tony Garrett* a BBC sport csatorna működését és a fejlődés lehetőségeit ismertette. Talán a legérdekesebb és legelőremutatóbb előadás *Andreas Schneider* nevéhez kötődik, aki bemutatta IPC új internetes TV csatornája működését. Az internetes alapú TV a szakmai és a kis csoportos bemutatkozást teszi lehetővé a parasportban. Az előadó ismertette az internetes TV csatorna működési elveit. Fontosnak tartják az elit versenysport híreinek és azok szakanyagainak közlését, a tömegsportok bemutatását, a szakma több csatornás megjelenítését: az IPC eseményeket, archív sportanyagok lehívásának lehetőségét, valamint az egyéni, vagy akár egyedi (mysport) bemutatkozásra küldött anyagok közlését is (www.paralimpic.sportTV).

Az athéni paralimpia és a média kapcsolatának pozitív és negatív vonásait *Skordilis Antonics* az athéni paralimpiai média felelőse, újságíró értékelte. Sok érdekes következtetést fogalmazott meg a közelmúlt tapasztalatai alapján. Elmondta, hogy az olimpia két hete alatt a média „jó tudást” közvetített fogyatékoságügyről és a sportról azzal, hogy közvetítéseiben megfelelő módon a sporton, a konkrét eredmények bemutatásán volt a hangsúly és nem az érzelmeken. Előadásában kitért a paralimpiai közvetítések szervezésére és az athéni két olimpia összehasonlítására. Elmondott néhány negatív tapasztalatot is. Például, hogy a paralimpia után két héttel már csökkent a média érdeklődése a parasportról. Diszkriminációnak értékelte, hogy eltérő elhelyezést kapott az IPC elnöke a nyilvános eseményeken, nem minden esetben volt a környezet az adott fogyatékosági csoport sajátosságai szempontjából megfelelő, pl. látássérülés esetén a szükséges csendességet nem biztosították az események során. A jövő szempontjából fontosnak ítélte meg, hogy minden rendezvényen és képi közvetítés során a legkisebb részletekre is oda kell figyelni, hogy ki kell alakulnia a fogyatékos személyek sportjára specializálódott média szakember gárdának, mivel csak a sportra koncentráló közvetítések segíthetik a fogyatékos emberek sportjának fejlődését. Sajnálatosan ezen a konferencián a magyar média részéről meglehetősen kevesen jelentek meg.

A Budapest Bridge rendezvénysorozat számos további rendezvénynek adott otthont. Így az „*Add az arcod a toleranciához!*” több száz beküldött fényképpel épített hidat az emberek között, 1300 gyermekrajz érkezett a rajzkiállításra, és sok száz iskolás gyermek vett részt azokon az osztályfőnöki órákon, amelyeket a parasportolók tartottak. Az integrációt volt hivatva segíteni a parasportolók és az érdeklődők folyamatos találkozására, ismerkedésére adott lehetőség napközben.



*Philip Craven a Nemzetközi
Paralimpiai Bizottság elnöke
köszönti a megjelenteket*



*Pásztor Dóra paralimpikon, mint
műsorvezető*



A foto-kiállítás minden érdeklődő számára nagy élményt jelentett. A fesztivál ideje alatt az athéni paralimpián készült képek, valamint számos kiállító szakanyaga tette teljessé a résztvevők teljes körű tájékoztatását a parasportról.

A fesztivál teljes kétnapi programot jelentett a résztvevőknek, mivel a filmvetítések külön helyiségben és a szabad területeken folyamatosan zajlottak az események, a baráti és szakmai találkozók.

A záró ünnepélyen *Philip Craven* az Nemzetközi Paralimpiai Bizottság oklevélét nyújtotta át a magyar paralimpiai mozgalom hazai úttörőinek, *dr. Plesa István* szakorvosnak, *dr. Fejes Andrásnak* az első hazai parasportolónak, és *Benczúr Miklósné dr.-nak*, a mozgalom módszertanosának.

A Budapest Bridge fesztivál alatt vetített filmek valóban bemutatták a hazai közönségnek a parasport jeles eseményeit, a paralimpikonok küzdelmeit és eredményeit, a paralimpiai mozgalom nemzetközi megítélését. Mindannyian sokat tanultunk az ott tapasztaltakból. Köszönet érte a Magyar Paralimpiai Bizottságnak, a fesztivál szervezőjének *Ponyiczky Lászlónak*, valamint az események műsorvezetőinek, a mindig jó hangulatot, gördülékeny esemény-vezetést irányító *Szili Nórának* és a most debütáló műsorvezetőnek, *Pásztory Dóra* paralimpikonnak.

Benczúr Miklósné dr.

Brandau, H., Pretis, M. , Kaschnitz, W.:

Az ADHS szindróma kisgyermeknél és óvodáskorúaknál (ADHS bei Klein-und Vorschulkindern)

Ernst Reinhardt Verlag, München/ Basel, 2004 ISBN 0940 8967

Az osztrák pszichiáter ill. pszichológus szerzők ebben a kötetben átfogó képet adnak a német nyelvterületen rövidítetten ADHS (figyelem deficit és hyperaktivitási szindróma) elnevezésű tünet-együttesről.

A nyitófejezet az ADHS különböző diagnosztikai ismérveit taglalja: kiemeli a hyperaktivitás és az impulzivitás jellemzőit és elhatárolja más tünetektől. A következő két fejezet az ADHS genetikai és pre- valamint

perinatális okait, befolyásoló tényezőit (károsító anyagok, táplálék allergiák, neuroanatómiai, neurokémiai okok, pszichoszociális hatások) és a magyarázó elveket (anyagcserezavarok hipotézise, aktivációs hipotézis, filter-rendszer hipotézis, a gátlások szabályozásának hiányossága, az evolúciós elmélettel kapcsolatos hipotézisek, a gyermek elnyomott játékosztónéval foglalkozó magyarázat) részletezi. A szerzők evvel kapcsolatban összegzésként levonják, hogy a tünet-együttes mai ismereteink szerint multifaktoriális eredetű biopszicho-szociális magatartási rendellenesség, mely már a korai életkorban jelentkezik, bár ekkor gyakran még tesztekkel pontosan nem diagnosztizálható. A továbbiakban a szerzők az ADHS korai felismerésének lehetőségeivel foglalkoznak, s felsorolják az 1, 2 ill. 3 éves gyermekeknél feltűnő ismérveket. Részletes bemutatásra kerülnek a figyelem korai fejlődésének szakaszai, valamint az önkontroll és az exekutív funkciók (emlékezet, érzelmek kontrollja) kialakulásának állomásai. Ezután kifejtik a szerzők az ADHS egyes rész-összetevőit, mint a szociális interakció problémát az ellenségesen dacoló viselkedést, s egyben hozzáfűzik a felnőttek teendőit. Ugyanakkor felsorolják a pozitív kísérőjelenségeket is (pl. erős érzék az igazságosságra, spontán segítőkészség, jó tájékozódási képesség, gyors reakciós készség). A gyógypedagógus és a szülők szempontjából legfontosabb két fejezet kitér a prevenció bizonyos lehetőségeire, és a hyperaktív kisgyermek és óvodáskorúak fejlesztésének részleteire. Ennek során egyrészt gyakorlati példákkal is illusztrálva mutatják be az intervenciók és a terápiák különböző lehetőségeit (interakciós terápia, játékkerápia, csoportterápia, mozgásterápia, gyógyszeres terápia, alternatív kezelés, tanácsadás, „coaching”), másrészt a gyermeki magatartás irányításának szükséges változatait veszik sorra, kiemelve a gyermekekkel folytatott különböző ajánlott játékoknál érvényesítendő legfontosabb szempontokat. A két utolsó fejezetben a szerzők a klinikai differenciáldiagnosztikát elemzik, mely a globális kezelési koncepció előfeltétele, és kiemelik a team munka fontosságát a kezelés során. Gyakorlati példák, konkrét esetleírások teszik érthetőbbé és érdekesebbé ezeket a fejezeteket. A könyvet gazdag bibliográfiai adatok egészítik ki.

A könyv feltétlenül ajánlható a szakemberek és a szülők minél szélesebb köre számára, minthogy a szindróma egyre gyakrabban bukkan fel önállóan vagy kísérőjelenséggént a sajátos nevelési igényű gyermekek legkülönbözőbb csoportjainál.

Dr. Csányi Yvonne

Az olvasási képesség fejlődése, fejlesztése

Szerkesztette: Józsa Krisztián, Dinasztia Tankönyvkiadó, Budapest, 2006

A tizenhárom szerzős mű hiánypótló kötet az anyanyelvi kutatások körében, az olvasástanítás szakirodalmában. Bár számos tanulmány, cikk, könyv jelenik meg az olvasással kapcsolatban, mégis ez a szerkesztés átfogó képet ad az olvasás szerteágazó elemeiről, a készség és képesség rendszerében rendet teremtve.

Három témakörbe rendezte a szerkesztő a tanulmányokat. Az első az olvasási képesség fejlődésének és fejlesztésének kontextusában tartalmazza az egyes fejezeteket. A megoldási stratégiák kérdéseivel *Nagy József* foglalkozik. Az olvasásról sokat tudunk ma már, az azonban a legújabb kutatásoknak köszönhető, hogy kezdjük megismerni a fejlődési ívet, amelyet bejár az ember a tanulás során. A pszichés funkciók rendszerében az olvasási készség és képesség összetevőit a szerző és munkatársai kutatásai alapján lehet elhelyezni. Az elméleti alapokat feltáró és leíró fejezet megalapozza a kötet további oldalait, keretet ad a későbbi gondolatoknak. Emellett a paradigmaváltás jeles képviselője újabb szemponttal jelentkezik, a kritériumorientált személyiség-fejlesztő olvasástanítást bemutatva, azt modellálva.

Molnár Edit Katalin az olvasási képességet az iskola oldaláról vizsgálja. A képesség és teljesítmény, tanulási eredményesség összefüggéseit előre vetítve. Feltárja, hogy a szövegtanulás, a tankönyvből való tanulás milyen magas szintű olvasási képességet igényel.

Csépe Valéria a diszlexia kutatásával kapcsolatos eredményeket gyűjti össze egészen a gyökerekig visszatérve, majd napjaink friss eredményeit bemutatva. A fejezet azonban nem csak a kutatót szólítja meg, hanem a gyakorló szakembert is, rámutatva arra, milyen félreértelmezések és ebből származó rossz pedagógiai gyakorlat fedezhető fel napjaink iskolájában.

Az olvasást a kognitív folyamatokban helyezi el *Csapó Benő* és *Steklács János*. *Nagy József* modellje kiteljesedik a fejezetben azáltal, hogy a szerzők bemutatják azt a kognitív utat, ami lehetővé teszi a hatékony olvasást, az információ legjobb megragadását.

A könyv második témaköre az olvasási képesség fejlődésével foglalkozik.

A kritériumorientált olvasási modell egy konkrét elemével ismerkedik meg az olvasó *Nagy József* tanulmányában. Az írott szókincs fejlődési íve rajzolódik ki 2-12. évfolyam között a kutatásban. A szóolvasási készség fejlődésének leírása új adatsor az olvasásról tudottak palettáján.

Az olvasási képesség fejlődésének kezdetei rendkívül izgalmas és tanulságos terepet jelentenek, mivel azt tudhatjuk meg, hogyan érdemes segíteni a tanulókat, a jó alapok kialakulásának milyen feltételei vannak. Ezen kívül rendkívül fontos az a szempontsor, ami kirajzolódik *Molnár Éva* és *B. Németh*

Mária tollából: hogyan mérjük a tanulók olvasási képességét. A ma iskolájában a mért és mérni kívánt terület sokszor nagyon távol esik egymástól.

Józsa Krisztián a szerkesztési feladatokon túl szerzői tevékenységet is folytatott többek között Pap-Szigeti Róberttel. Az olvasási képesség fejlődését a tanulási folyamat utolsó szakaszában vizsgálták. Tanulmányukban az anyanyelv-használat fejlődésével vetették össze a tanulók olvasását. Adataik alapján megállapítható, hogy nem fejlődik a tanulók olvasási képessége a 8. évfolyam után.

Az olvasási képesség keresztmetszeti vizsgálata a 3-11. osztályosok olvasási képességét mutatja be. *Molnár Gyöngyvér* és *Józsa Krisztián* mindezt különböző szövegtípusok során nyert teljesítmények összehasonlításával mutatja be. Módszertani újdonságot is magában rejt a tanulmány, mivel a tesztfelvételi eljárás is bővebb a megszokottnál.

Az olvasáskutatás nemzetközi tanulságait gyűjti össze *Csíkos Csaba* tanulmányában. Izgalmas olvasmány összevetni a magyar eredményeket egy határokon, olvasástanítási eljárásokon átívelő kontextusban.

Az olvasási készség és képességfejlődés feltárása nem csak egy kutatói kíváncsiságot tükröz. Az adatok birtokában a tanítási gyakorlatra vonatkozó javaslatok is megfogalmazhatók. A kötet harmadik területe így tehát azokat a tanulmányokat szerkeszti egybe, melyek a fejlesztés, az iskola világába kalauzolja az olvasót.

Talán nem véletlen, hogy a fejezetek szerzői között több gyógypedagógus is szerepel. Az olvasás zavarainak köre a gyógypedagógia kompetenciájába tartozik. A gyógypedagógus az olvasástanulás segítése során kénytelen a folyamat algoritmusát figyelni. Nincs elkényeztetve a spontán fejlődés jótékony hatása által, a rábízott tanuló nem tud önállóan megbirkózni a pedagógiai műhibákkal. A tanulókat „nem kapja készen”, „nem érettek” az olvasástanulásra, a feladatok alacsonyabb exteriorizációs szintjén képesek teljesíteni. A fejlesztést tehát a feltételek kialakításával kell kezdeni. Éppen ezért *Fazekasné Fenyvesi Margit* az akusztikus és vizuális észlelés szerepét írja le tanulmányában. A két terület kialakulása, kialakítása alapvető feltétel. A többségi pedagógusok figyelmét különösen fel kell hívni ennek jelentőségére, mivel ezek meglétét természetesnek veszi a ma iskolája.

Torda Ágnes az olvasás- és írászavar diagnosztikáját és terápiáját foglalja elméleti keretbe. Megismerteti az olvasót a diagnosztikus eljáráson túl azokkal az intézményekkel is, melyek a gyermekek vizsgálatát végzik, ahol a pedagógiai szakszolgáltatás a közoktatás égisze alatt ellátja ezt a területet.

Pap-Szigeti Róbert, *Zentai Gabriella*, *Józsa Krisztián* a kutatáson túl leírnak olyan eljárásokat is, melyek az iskolai munkában segítik a szövegfeldolgozást. Konkrét feladatokkal szolgálnak a gyakorló pedagógusok számára.

Molnár Edit Katalin arra hívja fel a figyelmet, hogyan lehet kiaknázni a különböző műfajokban rejlő szövegtani ismereteket, ezek hogyan befolyásolják a hatékony tanulást.

Végezetül *Molnár Éva* és *Józsa Krisztián* az informatika olvasással kapcsolatos hatékonyságát emelik ki. Ez a fejezet különösen izgalmas, hiszen a számítógépet éppen az olvasás gátló tényezői között emlegetik napjainkban.

A kötetet haszonnal forgathatják számosan. A kutatók további területek feltérképezéséhez nyúlhatnak forrásként. A gyakorló pedagógusok különösen a harmadik fejezetben találnak a napi rutint segítő feladatokat. Jóllehet a kutatások leírásának nyelvezete nehezebben befogadható, érdemes azokat is elolvasni, mert hozzájárulnak a tanulásirányítás hatékonyabbá tételéhez. A főiskolai, egyetemi hallgatók tanulmányaik során hasznos tananyagot kaphatnak kézbe a kötet feldolgozásakor. A hallgatókat oktató tanárkollégák a legújabb eredményeket építhetik be oktatási folyamataikba.

Dr. Papp Gabriella

KÖSZÖNTÉS

Gyógypedagógusok kitüntetése a Magyar Kultúra Napján 2007-ben

A Magyar Kultúra Napja alkalmából *Dr. Hiller István* oktatási és kulturális miniszter és *Dr. Szüdi János* szakállamtitkár kiemelkedő gyógypedagógiai munkáért **Éltes Mátyás-díj**at adományozott:

Bagotai T. Györgyinek, a Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és a Bliss Alapítvány logopédusának,

Kröpfel Mihálynénak, a Fővárosi Önkormányzat Pilisi Óvodája, Általános Iskolája és Gyermekotthona igazgatójának,

Máténé Sej Jolánnak, a pécsi Éltes Mátyás Általános Iskola, Szakiskola és Kollégium igazgatójának,

Pató Endrénének, a sárospataki Erdélyi János Általános Iskola és Kollégium gyógypedagógusának,

Virágh Károlynénak, a IX. kerületi Szabóky Adolf Műszaki Szakközépiskola és Szakiskola gyógypedagógusának.

Valamennyiüknek szívből gratulálunk!

Gordosné dr. Szabó Anna

KÖZLEMÉNY

Az *ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar*
Gyógypedagógiai Továbbképző Központja

államilag elismert tanfolyamokat és szakirányú továbbképzéseket indít 2007-ben, melyekben hangsúlyozottan szerepelnek a fogyatékos emberek életminőségének javítását támogató ismeretek, különös tekintettel a fejlesztő pedagógiai módszerekre.

Folyamatosan várjuk az érdeklődő jelentkezőket az alábbi tanfolyamainkra:

A képzés megnevezése	Óraszám	Költség
Sindelar-Zsoldos program 1. (Fejlesztő program tanulási- és magatartási zavarok megelőzésére óvodáskorban és iskolakezdéskor)	30	43 000 Ft
Sindelar-Zsoldos program 2. (Tanulási- és magatartási zavarok terápiája iskoláskorban)	30	43 000 Ft

2007. szeptemberében induló képzéseink:

A képzés megnevezése	Költség/félév
Rehabilitációs úszásoktatás (3félév)	100 000 Ft
Fogyatékosok együttnevelési (integrációs) pedagógiája (4félév)	100 000 Ft
Zeneterápiás személyiségfejlesztés (120 óra)	85 000 Ft/képzés
Súlyosan és halmozottan fogyatékos emberek gyógypedagógiája	Tervezés alatt
Látássérült személyek elemi rehabilitációja	Tervezés alatt
Bevezetés a szexuálpedagógiába	Tervezés alatt

2008. januárjától induló képzéseink:

A képzés megnevezése	Óraszám	Költség
A matematika tanulási zavarai (diszkalkulia)	60	75 000 Ft
Logopédiai diagnosztika	90	85 000 Ft
Zeneterapeuta módszer-specifikus szakirányú továbbképzés (4félév)		160 000 Ft/félév
Rehabilitációs konzultáns (4 félév)		100 000 Ft/félév
Bevezetés a korai fejlesztésbe		Tervezés alatt

Bővebb tájékoztatás a **www.barczi.hu** honlapon található, valamint a **358-5557** telefonszámon kérhető.

Dr. Cser Erika, igazgató

CONTENTS

<i>Németh, Ágnes: Maintenance of health of school-aged children</i>	1
<i>Garai, Dóra: Losing and formation of identity in the mirror of memories</i>	12
<i>Dr. Torda, Ágnes: Our future in the frame of our present</i>	27
<i>Dr. Kálmán, Zsófia: Humbug or an effective method?</i> Theoretical considerations on augmentative communication	35
<i>Károlyi, Kinga: Professional program in Győr</i>	45
Forum: Feast of the Hungarian Sciences – 2006 –	
Conference on Learning Difficulties for the honour of Zsuzsa Mesterházi (<i>Mrs. Gordos dr. Szabó, Anna</i>)	49
Exhibition of stamp and medal collection on disability of Viktor Göllesz (<i>Mrs. Gordos dr. Szabó, Anna</i>)	51
Book presentation (<i>Dr. Márkus, Eszter</i>)	55
Study visits, exchange of experiences	
<i>Demeter, Csilla – Demeter, Gyula: Two years as special teachers in the U.S.A.</i>	60
In Memoriam	
Kovács, Tibor – 1924-2006 (<i>Szabó, Imre</i>)	64
Observer (<i>Konner, Eszter – Veress, Éva – Mrs. Vankó Kálló, Krisztina – Dr. Radványi, Katalin – Mrs. Benczúr, Judit dr. – Dr. Csányi, Yvonne – Dr. Papp, Gabriella</i>)	66
Greetings (<i>Mrs. Gordos dr. Szabó, Anna</i>)	79
Announcement (Secretariat of MAGYE, <i>Dr. Cser, Erika</i>)	63, 80

TARTALOM

<i>Németh Ágnes</i> : Iskoláskorú gyermekek egészségmegtartása	1
<i>Garai Dóra</i> : Identitásvesztés és identitás-alakulás az emlékek tükrében	12
<i>Dr. Torda Ágnes</i> : Jövők, jelenünk tükrében	27
<i>Dr. Kálmán Zsófia</i> : Humbug vagy hatékony módszer? Kommunikációelméleti megfontolások az augmentatív kommunikációról	35
<i>Károlyi Kinga</i> : Szakmai nap Győrben	45
Fórum: A Magyar Tudomány Ünnepe – 2006 –	
Konferencia a tanulási akadályozottságról Mesterházi Zsuzsa tiszteletére (<i>Gordosné dr. Szabó Anna</i>)	49
Kiállítás Göllész Viktor gyógypedagógiai bélyeg- és éremgyűjteményéből (<i>Gordosné dr. Szabó Anna</i>)	51
Könyvbemutató – Gyógypedagógus-történetek (<i>Dr. Márkus Eszter</i>)	55
Tanulmányút, tapasztalatcsere	
<i>Demeter Csilla és Demeter Gyula</i> : Gyógypedagógusként két év az Amerikai Egyesült Államokban	60
In memoriam Kovács Tibor –1924–2006. (<i>Szabó Imre</i>)	64
Figyelő (<i>Konner Eszter, Veress Éva, Vankóné Kálló Krisztina, Dr. Radványi Katalin, 66 Benczúr Miklósné dr., Dr. Csányi Yvonne, Dr. Papp Gabriella</i>)	
Köszöntés (<i>Gordosné dr. Szabó Anna</i>)	79
Közlemény (<i>MAGYE Titkárság, Dr. Cser Erika</i>)	63, 80

Gyógypedagógiai Szemle

XXXIV. ÉVFOLYAM



A Magyar Gyógypedagógusok
Egyesületének folyóirata

2006

A Gyógypedagógiai Szemle munkatársai 2006-ban

Dr. Balázs Anna	Laemers, Frank
Dr. Balázs Boglárka	Prof. Dr. László Aranka
Dr. Balázs János	Lórik József
Benczúr Miklósné dr.	Márkus Eszter PhD
Dr. Berényi Mariann	Dr. Mesterházi Zsuzsa
Boresová, Anna	Muzsnai István
Dr. Buday József	Dr. Nagy Beáta
Bujdosóné Arató Adrienne	Oláh Örsi Tibor
Dr. Csepely Hilda	Ősz Tamásné
Dr. Csiky Erzsébet	Dr. Papp László Tivadar
Dr. Csocsán Emmy	Dr. Pataki László
Prof. Dr. Ellger-Rüttgardt, Sieglind	Dr. Patakiné Barkóczy Ildikó
Fazekasné Fenyvesi Margit	Pásztor Éva
Prof. Dr. Ferencz Antal	Dr. Perlusz Andrea
Földes Tamás	Dr. Pronzkel Erzsébet
Dr. Gáborné Seres Krisztina	Dr. Radványi Katalin
Gál Dániel	Schenk Lászlóné
Gereben Ferencné dr.	Stefanik Krisztina
Gordosné dr. Szabó Anna	Subosits István
Gráf Rózsa	Süvegesné Rudan Margit
Dr. Hatos Gyula	Szabó Ákosné dr.
Hohendorf Csilla	Szanati Dóra
Hódi Marianna	Szarka Attila
Ilosvai Ferenc	Szauder Erik
Józsa Krisztián	Prof. Dr. Szemere György
Prof. Dr. Kabai Péter	Szöllősiné Sipos Virág
Kappéter István dr.	Tölgyszéki Papp Gyuláné
Dr. Kálmán Zsófia	Urbánné Varga Katalin
Kerekes Ferenc Béla	Vágó Éva Anna
Dr. Kern Ágnes	Prof. Dr. Víg Béla
Dr. Kiss Péter	Dr. Zászkaliczky Péter
Dr. Kullmann Lajos	Weisz Ildikó

Eredeti közlemények

<i>Dr. Balázs János: „Gyógypedagógus pályatükör” Gyógypedagógusok pályautja és társadalmi helyzete</i>	1.	38.o.
<i>- Fazekasné Fenyvesi Margit: A DIFFER programcsomag alkalmazási lehetősége tanulásban akadályozott gyermekeknél I. rész</i>	2.	133.o.
<i>- Fazekasné Fenyvesi Margit: A DIFFER programcsomag alkalmazási lehetősége tanulásban akadályozott gyermekeknél II. rész</i>	3.	161.o.
<i>Józsa Krisztián - : A DIFFER programcsomag alkalmazási lehetősége tanulásban akadályozott gyermekeknél II. rész</i>	2.	133.o.
<i>Józsa Krisztián - : A DIFFER programcsomag alkalmazási lehetősége tanulásban akadályozott gyermekeknél I. rész</i>	3.	161.o.
<i>Lőrik József: Jól és gyengén olvasó gyermekek olvasása (idő- és hibajellemzők) I. rész</i>	3.	177.o.
<i>Lőrik József: Jól és gyengén olvasó gyermekek olvasása (idő- és hibajellemzők) II. rész</i>	4.	241.o.
<i>- Dr. Nagy Beáta: A koraszülöttség, mint a preverbális képességek fejlődését befolyásoló tényező</i>	1.	23.o.
<i>Oláh Örsi Tibor: Látens részképesség-problémák és a nyelvi kompetencia kapcsolata</i>	1.	9.o.
<i>Süvegesné Rudan Margit: Egy budapesti kérdőíves felmérés néhány tapasztalata a „problémás gyermek” ellátásának jelenleg működő formáiról Előzetes közlemény</i>	1.	1.o.
<i>Szanati Dóra - : A koraszülöttség, mint a preverbális képességek fejlődését befolyásoló tényező</i>	1.	23.o.

Gyógypedagógia-történet

<i>Szőllősiné Sipos Virág</i> : 80 éve a nagyothalló gyermekekért	1.	51.o.
<i>Subosits István</i> : Egy pedagógiai segédkönyv tanulságai – nyolc évtized múltán	3.	204.o.

Továbbképzés

<i>Dr. Balázs Anna</i> - : Evidencia-alapú szakmai állásfoglalás az autizmus spektrum zavarral élő személyek ellátásáról	4.	276.o.
<i>Dr. Emmy Csocsán</i> - : ISaR – A látássérültek integrációját segítő virtuális módszertani központ	1.	44.o.
<i>Dr. Csocsán Emmy</i> : A szonifikáció didaktikai vonatkozásai a matematika oktatásában	4.	255.o.
- <i>Frank Laemers</i> : ISaR – A látássérültek integrációját segítő virtuális módszertani központ	1.	44.o.
<i>Hohendorf Csilla</i> : Súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek iskolai nevelése, oktatása Németországban	2.	142.o.
- <i>Őszi Tamásné</i> : Evidencia-alapú szakmai állásfoglalás az autizmus spektrum zavarral élő személyek ellátásáról	4.	276.o.
<i>Dr. Radványi Katalin</i> : A gyermek szocializációját elősegítő tényezők a korai gyógypedagógiai segítségnyújtásban	4.	266.o.
- <i>Stefanik Krisztina</i> - : Evidencia-alapú szakmai állásfoglalás az autizmus spektrum zavarral élő személyek ellátásáról	4.	276.o.
<i>Szauder Erik</i> : Marginalitás és liminalitás a gyógypedagógiában	3.	193. o.

A gyakorlat műhelyéből

- Dr. Gáborné Seres Krisztina:* „Tailor made” Adaptált
ICT használatat a speciális nevelési igényű/halmozottan
sérült/gyermekek oktatásában-nevelésében **3.** 210.o.
- Pásztor Éva - :* Egy Phare program tapasztalatai a felnőtt
hallássérült személyek képzésében **1.** 59. o.
- *Dr. Perlusz Andrea:* Egy Phare program tapasztalatai
a felnőtt hallássérült személyek képzésében **1.** 59. o.

A MAGYE életéből

- Benczúr Miklósné dr.:* Mozgásfogyatékoság-ügyi
Szakosztály – Hódmezővásárhely, 2006. június 23. – **4.** 315.o.
- Bujdosóné Arató Adrienne:* Hallásfogyatékoság-ügyi
Szakosztály – Hódmezővásárhely, 2006. június 23. – **4.** 301.o.
- Földes Tamás:* Felnőttfogyatékoság-ügyi Szakosztály –
Hódmezővásárhely, 2006. június 23. – **4.** 298.o.
- Gereben Ferencné dr.:* Logopédiai Szakosztály –
Hódmezővásárhely, 2006. június 23. – **4.** 314.o.
- Gordosné dr. Szabó Anna:* XXXIV. Országos Szakmai
Konferencia és a MAGYE 2006. évi rendes
Közygylése – Hódmezővásárhely, 2006. június 22-25. – **4.** 286.o.
- *Hódi Marianna:* Látásfogyatékoság-ügyi Szakosztály –
Hódmezővásárhely, 2006. június 23. – **4.** 310.o.
- Kerekes Ferenc Béla:* Értelmi Fogyatékoság-ügyi
Szakosztály Értelmileg akadályozottak pedagógijája
szakcsoport – Hódmezővásárhely, 2006. június 23. – **4.** 296.o.
- Dr. Kern Ágnes:* Iskolaegészségügyi Szakosztály –
Hódmezővásárhely, 2006. június 23. – **4.** 307.o.
- Őszi Tamásné:* Autizmus Szakosztály –
Hódmezővásárhely, 2006. június 23. – **4.** 289.o.

<i>Dr. Patakiné Barkóczy Ildikó: Kórházpedagógiai Szakosztály – Hódmezővásárhely, 2006. június 23. –</i>	4.	309.o.
<i>Szabó Ákosné dr.: Értelmi Fogyatékoság-ügyi Szakosztály Tanulásban Akadályozottak Szakcsoportja – Hódmezővásárhely, 2006. június 23. –</i>	4.	293.o.
<i>Szarka Attila: Pszichopedagógiai Szakosztály – Hódmezővásárhely, 2006. június 23. –</i>	4.	317.o.
<i>Weisz Ildikó - : Látásfogyatékoság-ügyi Szakosztály – Hódmezővásárhely, 2006. június 23. –</i>	4.	310.o.

Tanulmányút, tapasztalatcsere

<i>Prof. Dr. Sieglind Ellger-Rüttgardt: Az iskolai integráció 30 éve Németországban – tapasztalatok és kihívások -</i>	3.	213.o.
--	-----------	--------

V. Országos Neveléstudományi Konferencia

Közoktatás – pedagógusképzés – neveléstudomány Budapest, 2005.
október 6-8. MTA székház, díszterem

Az MTA Pedagógiai Bizottság Gyógypedagógiai Albizottságának szimpóziuma MTA székház, Képes terem

A gyógypedagógus-képzés átalakulása – program	2.	81.o.
<i>Balázs János: Gyógypedagógusok pályautja és társadalmi helyzete</i>	2.	103.o.
<i>Csocsán Emmy: Opponensi összefoglaló</i>	2.	84.o.
<i>Gereben Ferencné: A gyógypedagógiai tudás hasznosulása a közoktatásban</i>	2.	112.o.
<i>Gordosné Szabó Anna: A hazai gyógypedagógus-képzés fejlődéstörténeti elemzése</i>	2.	87.o.
<i>Mesterházi Zsuzsa: Szimpózium összefoglaló</i>	2.	82.o.

<i>Mesterházi Zsuzsa:</i> Európai gyógypedagógus-képzési modellek napjainkban	2.	95.o.
<i>Dr. Mesterházi Zsuzsa:</i> Beszámoló a Magyar Tudományos Akadémia Pedagógiai Bizottsága Gyógypedagógiai Albizottságának működéséről (2002 – 2005)	2.	130.o.
<i>Tölgyszéki Papp Gyuláné:</i> A gyógypedagógiai kompetencia a gyakorlat nézőpontjából	2.	124.o.
<i>Dr. Zászkaliczky Péter:</i> Az antropológiai stúdiumok jelentősége a gyógypedagógusok képzésében	2.	98.o.

Köszönet - Köszöntés

<i>Gordosné dr. Szabó Anna:</i> Gyógypedagógusok kitüntetése a Magyar Kultúra Napján 2006-ban	1.	66.o.
<i>Gordosné dr. Szabó Anna:</i> Kitüntetések március 15-e alkalmából - 2006 -	2.	157.o.

In memoriam

<i>Dr. Hatos Gyula:</i> Tarnai Ottó emlékére (1925-2005)	2.	158.o.
<i>Szabó Ákosné Dr.:</i> Szauder Erik (1967 – 2006)	3.	226.o.

Fórum/Vitafórum

<i>Ilosvai Ferenc:</i> Bármilyen lehet megbélyegző	1.	67.o.
<i>Dr. Kálmán Zsófia:</i> Kommunikáció a Közös Világban.	3.	221.o.
<i>Márkus Eszter PhD.:</i> Tanévnyitó az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karon Változások és állandóság a gyógypedagógiában (tanévnyitó beszéd, 2006. szeptember 4.)	4.	281.o.

Muzsnai István: Hogyan tehető hozzáférhetővé a siket
tanulók számára a magyarországi siketoktatás **2.** 152.o.

Figyelő - Közlemény - Hírek - Felhívás

Anna Boresová: VANCOVÁ, ALICA: Az értelmileg
akadályozottak pedagógiájának alapismeretei
(Základy pedagogiky mentálne postihnutých)
Sapientia, Bratislava,
2005. p. 332 (ISBN: 80-968797-6-6.) **3.** 236.o.

- *Gál Dániel:* Értesítés a CÉHálózat megalakulásáról **4.** 320.o.

Gereben Ferencné dr.: In memoriam Illyés Gyuláné
sz. Dr. Kozmutza Flóra a Magyar Tudomány
Napján – 2005 – **1.** 74.o.

Dr. Hatos Gyula: ARMIN GUGELMANN: A sajátosra
szükség van, 100 éves a gyógypedagógiai taneszköz,
10 éves a Gyógypedagógiai Taneszköz Kiadó (Das
Besondere ist nötig, 100 Jahre heilpädagogische
Lehrmittel, 10 Jahre Heilpädagogischer
Lehrmittel-Verlag) Feldbrunnen, 2005. **3.** 238.o.

Dr. Hatos Gyula: HEINZ BACH: Pedagógia mentálisan
akadályozottakkal, az értelmileg akadályozottak
pedagógiájának revíziója (Pädagogik bei mentaler
Beeinträchtigung, Revision der Geistigbehinderten-
pädagogik) Verlag Paul Haupt, Bern-Stuttgart,
Wien. 2001. UTB 2193. 128 oldal, kart.
ISBN: 3-8252-2193-8. **1.** 70.o.

Dr. Hatos Gyula: Hírek, tudósítások gyógypedagógiai
intézményeink életéből **1.** 79.o.

Kappéter István dr.: Dr. Hárdi István tiszteletére Sehringer,
Wolfgang és Vass Zoltán (szerk.): Lelki folyamatok
dinamikája - a képi világ diagnosztikájában és
terápiában A német-angol kiadás 2002-ben
jelent meg, magyar fordítás Flaccus Kiadó,
2005. 320 old. ISBN 963 9412 341 **3.** 231.o.

<i>MAGYE Titkárság: Az Egyesülettel kapcsolatos e-mail címek</i>	4.	265.o.
<i>Schenk Lászlóné - : Értesítés a CÉHálózat megalakulásáról</i>	4.	320.o.
<i>Urbánné Varga Katalin: LINDENBERGERNÉ KARDOS ERZSÉBET: Zeneterápia szöveggyűjtemény – válogatott írások a művészetterápia köréből, a tudomány és a média világából Kulcs a muzsikához Kiadó, Pécs, 2005. p. 343</i>	1.	78.o.
<i>Vágó Éva Anna: A Csalogány utcai iskola feledhetetlen ajándéka...</i>	3.	239.o.

Hibaigazítás

<i>A Gyógypedagógiai Szemle 2005/4. száma hibásan került nyomtatásra – A borítólapok belső oldalain az aktuális szöveg helyett a 2005/3. szám szövegei olvashatók</i>	1.	69.o.
---	-----------	-------

Különszám

A Magyar Tudomány Napja – 2004 –

<i>Dr. Balázs Boglárka: A logopédia szerepe a gégen és a nyakon végzett műtétek után</i>		83.o.
<i>Dr. Berényi Mariann: Köszöntés</i>		4.o.
<i>Dr. Buday József: Előszó</i>		2.o.
<i>Dr. Buday József: A Tudományos Diákköri munka története a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán</i>		92.o.
<i>Dr. Csepely Hilda: Rendszeres orvosi vizsgálatok Down szindrómások körében</i>		62.o.
<i>Dr. Csiky Erzsébet: Koraszülöttek utóvizsgálatának eredményei</i>		55.o.

<i>Prof. Dr. Ferencz Antal:</i> Az új genetika bioetikai kérdései	25.o.
<i>Gordosné dr. Szabó Anna:</i> Az olvasóhoz	1.o.
<i>Gráf Rózsa:</i> Hozzászólás - Dr. Horváth Katalin: Saját eseteink c. előadásához	54.o.
<i>Dr. Horváth Katalin:</i> Saját eseteink	52.o.
<i>Prof. Dr. Kabai Péter:</i> Tanulás, cortex és ami alattuk van	43.o.
<i>Dr. Kiss Péter:</i> A szindróma diagnosztika jelentősége az értelmi fogyatékoság vizsgálatában	20.o.
<i>Dr. Kullmann Lajos:</i> Funkcionális diagnosztika a gyógypedagógiában és a medicinában	68.o.
<i>Prof. Dr. László Aranka:</i> Az értelmi fogyatékoság anyagcsere-genetikai háttere	5.o.
<i>Dr. Papp László Tivadar:</i> Szembetegségek oktatásának szükségessége és nehézségei a gyógypedagógus hallgatóknál	76.o.
<i>Dr. Pataki László:</i> A hallás diszkrimináció vizsgálatának újabb eredményei – összefoglalás –	82.o.
<i>Dr. Pronzkel Erzsébet:</i> A koraszülöttek utóélete	50.o.
<i>Prof. Dr. Szemere György:</i> „Szűrni vagy nem szűrni” ez itt a kérdés!	16.o.
<i>Prof. Dr. Vígh Béla:</i> Az idegrendszer fejlődése	36.o.